Предания о непрерывном медицинском образовании

Категория: Качество и ресурсы здравоохранения
Опубликовано: Среда, 05 апреля 2017, 12:26
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 7742

Споры вокруг непрерывного медицинского образования (далее – НМО) не утихают на протяжении нескольких лет, и тому есть очевидное объяснение: в новую систему НМО, рано или поздно, придётся «включиться» каждому специалисту сферы здравоохранения, и завтрашнему выпускнику, и его учителю.

Ни квалификация, ни опыт, ни звание, ни должность, ни заслуги, ни какие другие профессиональные достижения и достоинства не помогут отгородиться от новой обязанности. Избежать этой участи смогут, разве что, те, кто с сертификатом специалиста уходит по той или иной причине из профессии.

В дискуссии на самых разных уровнях вовлечены многие профессионалы сфер здравоохранения, образования, других отраслей. Обсуждаются различные аспекты системы НМО, как базовые принципы и общее устройство системы, так и частные вопросы, жизненно важные для каждого специалиста: до какого момента «можно жить спокойно», кому и когда «включаться» в систему НМО, как и где готовиться к предстоящей аккредитации, что, как и «почём» набирать «в актив», где и как пройти процедуру, «что будет, если…» и т.п. Эта статья совсем другая.

Часть I. Реформа

Само НМО существует давно как важная общественная потребность, личная профессиональная необходимость, добрая профессиональная традиция и требование Закона. Первые три из названных источников не могут содержать точных количественных, качественных и временных характеристик НМО. Последний источник на законодательном уровне определяет НМО в качестве необходимого условия профессиональной деятельности медицинских и фармацевтических работников принципиально, в подзаконных актах правительственного уровня указывает обеспечение кадрами, имеющими достаточный уровень профессиональной подготовки, в качестве необходимого условия осуществления медицинской деятельности, а в отраслевых подзаконных актах уточняет квалификационные требования к специалистам и регламентирует образовательный процесс. Изменения, вносимые в настоящее время преимущественно в последний компонент, отраслевые подзаконные акты, носят фундаментальный характер и полностью перестраивают систему НМО.

В существующей на сегодняшний день системе НМО все специалисты с высшим и средним медицинским и фармацевтическим образованием обязаны повышать свою квалификацию один раз в пять лет на циклах обучения по государственным образовательным программам с подтверждением факта

Phoca PDF

повышения квалификации и усвоения программы обучения документом государственного образца. Право самостоятельной работы по специальности подтверждается сертификатом специалиста, выдаваемым по результатам усвоения образовательной программы повышения квалификации и успешной сдачи сертификационного экзамена.

Специалист, имеющий несколько специальностей, для «сохранения» оных должен аналогичным образом повышать квалификацию, сдавать экзамены и иметь подтверждающие документы по каждой специальности. Кроме того, для обеспечения медицинской деятельности по отдельным направлениям, медицинским организациям необходимы специалисты, имеющие тематическую подготовку вне основных специальностей (экспертиза трудоспособности, организация и проведение экспертизы и контроля качества медицинской помощи и др.). Помимо обязательных требований к квалификации специалистов, обеспечивающих различные направления медицинской деятельности организации, каждый специалист вправе в частном порядке осваивать в полной мере и другие специальности в пределах, установленных для каждой «базовой» специальности отраслевым подзаконным актом (номенклатурой специальностей), а также расширять свою область компетенций, получая специальные знания на различных тематических образовательных мероприятиях.

С 2016 года специалисты, по мере истечения пяти лет с предыдущего «сертификационного» цикла обучения, проходят свои последние циклы повышения квалификации и в последний раз продляют свои сертификаты, после чего «включаются» новую систему НМО с обязательной ежегодной подготовкой по аккредитованным образовательным программам, минимальной самостоятельной образовательной и иной профессиональной активностью, наполняющей «портфолио» специалиста, и процедурой аккредитации в итоге каждого пятилетнего периода. Выпускники стоматологических и фармацевтических факультетов вузов включились в новую систему НМО с 2016 года, в нынешнем году в неё будут включаться все выпускники.

Очевидно, и прежняя, и новая образовательные системы – суть, НМО. Основные отличия новой системы от действующей заключаются, на наш взгляд, в следующем.

Первое. Основательная подготовка по государственным образовательным программам «раз в пятилетку» дробится на ежегодные фрагменты, краткосрочную подготовку. Дробление не очень тщательно задрапировано «индивидуальными траекториями обучения», «личными кабинетами» и другими новшествами, но все понимают, что в реальности произойдёт именно дробление, т.к. возможности возможностями, а требования – требованиями. Хорошо это или плохо?

Регулярное ежегодное повышение квалификации специалистов – благо для общества, но «потерю» солидного цикла обучения каждые пять лет вряд ли

Phoca PDF

можно охарактеризовать подобным образом. В новой системе НМО никто не мешает специалисту пройти такой цикл дополнительно к «ежегодной образовательной активности» в частном порядке, и даже зачесть такой цикл в качестве одного из пяти ежегодных кусочков, но вряд ли многие специалисты смогут позволить себе потратить на него целиком свой отпуск и солидную сумму, а из тех, кто мог бы это сделать, далеко не все достаточно мотивированы. В существующей системе также никто не мешает специалисту сколько угодно в частном порядке повышать свою квалификацию на краткосрочных курсах обучения по отдельным профессиональным вопросам в дополнение к традиционным солидным циклам, и это не требует больших временных и финансовых затрат. Т.о., мы наблюдаем рокировку: фрагментарная подготовка по частным вопросам становится обязательной и во многих случаях полностью или частично оплачиваемой работодателем, а основательная профессиональная подготовка переходит из разряда обязательных в разряд опциональных, добровольных и оплачиваемых из собственных средств.

Второе. У каждого специалиста появляется обязанность регулярного активного получения профессиональных знаний. Самообразование – это здорово и, безусловно, необходимо каждому специалисту и сейчас. Теперь эту необходимость невозможно будет игнорировать. В существующей системе активное самообразование и иная профессиональная активность учитываются только при аттестации специалиста на категорию. При этом, во-первых, требования в этой части не конкретны, оценочные критерии отсутствуют, а во-вторых, в системе здравоохранения, за исключением некоторых регионов, так и не были выработаны значимые мотивирующие факторы как для самих специалистов аттестоваться на категорию, так и для их руководителей стимулировать их к этому. Появление чётких критериев оценки самостоятельной профессиональной образовательной активности устраняет первую проблему и это можно только приветствовать.

В то же время, аккредитация специалиста предполагает довольно внушительное «портфолио» с ежегодным солидным личным «вкладом» как в своё образование, так и образование коллег. Сейчас специалист, имея достаточный уровень профессиональной подготовки и допуск к работе по специальности (сертификат специалиста), нередко может спокойно работать и без категории, повышая свою квалификацию только на циклах обучения один раз в пять лет и ничего нового не осваивая в остальное время. В новой системе НМО он будет вынужден нарабатывать своё «портфолио» постоянно, вне зависимости от доступности способов самообучения для него лично, свободного времени и прочих условий, часть из которых он сам изменить не в силах без увольнения.

Третье. Замена сертификации аккредитацией. Суть термина «сертификация» заключается в исследовании соответствия изучаемого объекта установленным требованиям по заданным параметрам, а термина

Phoca PDF

«аккредитация» – в исследовании способности изучаемого объекта осуществлять возлагаемые на него функции – иными словами, в обосновании доверия. Наличие сертификата специалиста, т.о., означает, что уровень профессиональной подготовки и профессиональные навыки его обладателя должным образом исследованы, официально подтверждены и на этом основании специалист имеет право работать по специальности и выполнять все предусмотренные этой специальностью функции в полном объёме (что, в известной степени, является лукавством). Получение специалистом свидетельства об аккредитации означает, что проведённые исследования его профессиональных компетенций убеждают в том, что ему можно доверить осуществление определённых функций. То есть, конкретных «услуг (работ)». Отсюда следует логичный вывод о необходимости формирования т.н. «системы допусков и компетенций» вместо номенклатуры специальностей и тотального к ней перехода.

Соответствующие намерения «отраслевого регулятора» звучат с самого появления темы НМО. Приходится констатировать, что изменения в этой части гораздо глубже смены вывески и процедурных трансформаций. В действующей номенклатуре медицинских услуг более десяти тысяч позиций, значительная часть из которых не имеет отношения к какой-либо специальности и должна, в предусмотренных случаях, выполняться любым специалистом. Либо всем, в т.ч. опытным, специалистам придётся подтвердить свою способность выполнять их все, либо «регулятору» и в этом вопросе придётся отказаться от логики.

Четвёртое. В существующей системе НМО сертификат специалиста выдаёт тот, кто учит, несмотря на очевидную порочность такого подхода и многолетнюю справедливую его критику. Участие профессионального сообщества и «глобального заказчика» в процедуре аккредитации специалиста искореняет этот порок. А можно было бы устранить его раньше, не меняя сертификацию на аккредитацию, а лишь изменив процедуру сертификации специалиста? Вполне. В рамках процедуры сертификации это было бы реализовать чуть сложнее, что связано с существующим распределением полномочий. Федеральным законом «Об образовании в Российской Федерации» от 29 декабря 2012 года № 273-ФЗ предусмотрена государственная аккредитация образовательных программ, осуществляемая аккредитационным органом системы образования, а «глобальным заказчиком» «сертифицированных» специалистов является система здравоохранения. Поставить надёжный межведомственный фильтр качества подготовки специалистов так никто и не рискнул. В настоящее время не только существенно меняются условия и правила проведения экзамена, но и прорабатывается тема профессионально-общественной аккредитации учебных программ, в результате чего таковой фильтр перестанет быть межотраслевым и не будет уже бередить душу чиновника.

Пятое. *Попытки* навести порядок в финансовом обеспечении профессиональной подготовки специалистов. Здесь, пока всё.

Phoca PDF

Шестое. Новые и дополнительные возможности обучения, учитываемые в качестве образовательной активности в новой системе НМО. И (наконец-то!) полностью легализуемое дистанционное обучение, и размещение на специальном портале в сети Интернет одобряемых представительной комиссией образовательных модулей, и зачёт участия специалиста в конференциях, семинарах и т.п. мероприятиях, и прочая активность в «портфолио» – это всё, безусловно, благо. Возможно ли было реализовать учёт «прочей» образовательной активности в существующей системе НМО? Как мы выше уже отметили, такая активность учитывается только при аттестации на квалификационную категорию, что не даёт в условиях слабой проработки мотивации на всех уровнях организации здравоохранения ощутимого эффекта, да в научной карьере.

Седьмое. Новые глобальные технологические платформы образовательного процесса. Кружат начальствующие головы специализированные мощные образовательные Интернет-порталы, личные кабинеты, широкие возможности обучения, индивидуальнй подход, тотальный охват, персонифицированный учёт… Абсолютно прозрачный для администраторов ресурсов и, соответственно, для заказчика, «отраслевого регулятора». В общем-то, это прозрачность тотального «колпака». Она вызывает некоторые опасения в плане возможного использования с целью дискредитации и устранения из системы здравоохранения неугодных, недовольных системой специалистов под предлогом их мнимой, спровоцированной некомпетентности. В существующей системе сделать подобное без риска «провала» и огласки почти невозможно. Технологии позволяют поставить такой способ избавления на поток, а выработкой специальных профилактических мер вряд ли кто-либо «наверху» озаботится. Впрочем, сами технологии лишь открывают возможности, пользуются которыми конкретные люди.

А можно ли было внедрить такие прогрессивные технологии в существующей системе НМО? Конечно. Но, опять же, не так просто, т.к. существующая система с тяжеловесными программами и традиционными способами подачи материала довольно инертна и новые обучающие технологии внедряются в ней с трудом.

Последнее. Дополнительное профессиональное образование медицинских и фармацевтических работников становится… Нет, не европейским. Европеоидным. С одной стороны, это будет способствовать сближению российской и европейской медицины. С другой – облегчит и усилит миграцию профессионалов. Вряд ли в нашу пользу. На протяжении всего постперестроечного периода мы наблюдаем эмиграцию интеллектуальной элиты на Запад вкупе с иммиграцией малообразованных масс с Востока. Возможно, эти опасения напрасны и существенного влияния на профессиональную миграцию новая система НМО не окажет.

Автор не претендует на полный перечень отличий новой системы НМО от существующей. Напротив, уверен в том, что при желании их можно найти

Phoca PDF

множество. В настоящей работе я лишь пытаюсь определить суть нововведений и стараюсь понять, какие последствия они могут иметь и существует ли им альтернатива.

Часть II. Альтернатива

Мы смогли убедиться в том, что новая система НМО во многих аспектах принципиально отличается от существующей. Новая технологическая основа образовательного процесса открывает широкие возможности не только в решении практических задач профессиональной подготовки специалистов, но в реорганизации самой системы. Помимо обретения невиданных ранее возможностей в получении знаний, специалисты нагружаются обязанностями формирования индивидуальных пятилетних планов обучения и следования им, со всеми дополнительными расходами – прежде всего, финансовыми и временными. Все премудрости новой системы НМО, чтобы в неё вписаться, нужно ещё как-то освоить каждому специалисту (и его работодателю).

Дополнительная нагрузка расслоит врачебное сообщество на три большие группы: на тех, кто без труда адаптируется к новой системе, найдёт в ней плюсы для себя лично или примет, как должное; на тех, кто примет солидный довесок к своей ноше, и побредёт дальше избранной стезёй, ещё глубже прогнув спину; и тех, для кого ноша станет уже невыносимой, и они тем или иным способом покинут профессию. Ясно, что последняя группа – это целиком старшее поколение носителей непонятного и потому ненавистного чиновникам «клинического мышления», на котором из последних сил держится «первичное звено» здравоохранения. Вторую группу, в основном, составят работники крупных региональных и федеральных центров, а первую – молодые специалисты, амбициозные, но не обладающие достаточным для самостоятельной работы клиническим опытом. Выдавив из профессии старшее поколение, системе будет легче вывести за пределы крупных городов и завершить процесс замены государственных и муниципальных учреждений здравоохранения частными медицинскими организациями в «первичном звене», однако опыт молодым специалистам передавать будет некому, и им придётся обретать его самостоятельно ценой многих, в т.ч. фатальных, ошибок.

Новая система НМО создаёт несколько новых «ниш» для бизнеса, как «на знаниях», так и на подтверждениях «образовательной активности». Часть средств, расходуемых глобально системой здравоохранения на профессиональную подготовку специалистов, значительно увеличится. Если это увеличение не будет сопровождаться пропорциональным увеличением притока, в отрасли следует ожидать углубления финансового, а следом и кадрового дефицита, и публичными заявлениями о «двухсотпроцентной средней зарплате» его уже не прикроешь. В то же время, некоторые опытные специалисты смогут обнаружить новые возможности: они будут не просто передавать свой бесценный опыт молодым коллегам, но и иметь от

Phoca PDF

этого дополнительный доход.

В общем, везде есть свои плюсы и свои минусы. Пожалуй, вопрос состоит не в том, хороша новая система НМО или плоха, ведь во многом её появление отражает реальные потребности настоящего времени, а в том, что некоторые её негативные эффекты можно было бы минимизировать, ликвидировав уже знакомое нашим уважаемым коллегам и читателям явление: смешение принципов. Некий идеал, к которому следовало бы стремиться, в очередной раз провозглашён обязательным требованием, неисполнение которого влечёт за собой ужасные последствия, в случае с НМО – потерю профессии, своего дела. Это жизненная катастрофа для отдельного специалиста и кадровая катастрофа в «первичном звене» для отрасли. Почему нельзя сделать сразу нормально, не смешивая обязательные требования с далёкими идеалами? Ведь, всё давно уже придумано, проработано и описано. Более того, всё находится у «отраслевого регулятора» прямо перед носом.

Государственная разрешительная система работает по принципу минимальной достаточности, и это правильно. Есть специалист с достаточным уровнем профессиональной подготовки и документом, подтверждающим его способность к труду по специальности – есть лицензия, нет специалиста – нет лицензии. Минимальные конкретные требования, граница между недостаточным и достаточным. Всё, что выше, работает на улучшение, и принцип минимальной достаточности в зоне роста от достаточного к идеальному уже неприменим. Здесь должен использоваться принцип соответствия, соответствия реального положения достижимому в настоящих общественно-исторических условиях идеалу. Аккуратный постепенный подъём минимальных требований стимулирует систему к развитию, но их резкий рост сокращает зону улучшений и уничтожает стимулы стремления к лучшему, подменяя их страхом нарушения требований и порождая застой, запустение и стагнацию. Именно эта угроза сформировалась в новой системе НМО.

По мнению автора, и в существующей, и в новой системе НМО можно обойтись без насилия. Есть прямой путь ко всеобщему благу, и ликвидация смешения принципов – первый шаг, который необходимо сделать на этом пути. Нужно чётко определить, где минимальные требования, а где идеал, к которому следует стремиться. Второй шаг – выработка стимулов раздельно к соблюдению требований (сохранение смысла заниматься общественно полезным делом) и к достижению идеала (поддержка стремления к улучшениям на необходимом для развития уровне) на всех уровнях организации системы здравоохранения, от специалиста и его непосредственного руководителя до высших федеральных органов власти. Третий – создание единой системы и правил её функционирования. Четвёртый – разработка практического инструментария. К слову, новая система НМО движется в противоположном направлении.

Phoca PDF

О минимальной достаточности и степени приближения к идеалу

Врач, получивший диплом (т.е., успешно освоивший базовую профессиональную программу подготовки), имеющий специальность (т.е., успешно освоивший программу специальной подготовки) и подтвердивший свои знания и умения (т.е., преодолевший экзаменационный барьер), должен иметь право работать по специальности. В дальнейшем, при условии работы по специальности, минимально каждые пять лет ему необходимо освежать знания – т.е., осваивать программу повышения квалификации, и вновь преодолевать экзаменационный барьер, что должно давать ему право работать по специальности следующие пять лет. Указанные логичные требования действуют сейчас и никаких особых причин их существенно менять нет. Они легко контролируются по дихотомическому принципу («да/нет», «соответствие/несоответствие», «достаточно/недостаточно»), как и должно быть в разрешительной системе.

Если врачу (руководителю медицинской организации, органу управления здравоохранением) нужно, чтобы врач учился ежегодно, осваивал новые «компетенции», участвовал в конференциях, съездах, семинарах, публиковался в научных изданиях, усваивал дистанционные образовательные модули, проходил периодическое тестирование, получал или подтверждал категорию и другими способами проявлял свою «образовательную активность», дайте ему (врачу, руководителю медицинской организации, органу управления) стимулы достаточной силы и чёткую систему учёта. Он сделает всё добровольно и радостно. И не нужно его запугивать.

О стимулах

Их полно, и страх наказания, потери – не самый из них удачный. Он хоть и действенный, но обладает побочным эффектом: злоупотребление страхом приводит к деградации как стращаемого, так и стращающего. Затравленный работник может быть хорошим исполнителем, но не специалистом. Стремиться к лучшему он не будет, но будет пытаться освободиться, пока жива воля, и будет отдавать себя борьбе вместо дела. Его «начальник» всю свою энергию спустит в удержание этого и других работников в узде, забыв о деле. Проиграют в итоге все. Чтобы стремление каждого работника к лучшему возникло и развернулось в полную силу, позитивные стимулы должны в целом преобладать над негативными. То же касается медицинских организаций и более высоких уровней организации здравоохранения. Причём, для стимулирования работников и организаций есть достаточная нормативная правовая база.

Персонифицированный учёт работы специалистов, включающий в себя и уровень их профессиональной подготовки, и использование его результатов в целях управления, в т.ч. в целях материального и

Phoca PDF

морального поощрения, обмена опытом, распространения позитивного опыта в коллективе, планирования улучшений – давно известные и законные управленческие инструменты. Разработано множество моделей дифференцированной оплаты труда и систематического использования иных мотивирующих факторов с учётом индивидуальных количественных и качественных характеристик труда, достигнутых результатов и квалификационного уровня специалистов, часть из которых сопровождается организационными и методическими материалами, средствами автоматизации расчётов и др. Есть такая модель и у нас.

Обеспечение кадрами и квалификационный уровень специалистов относятся к категории главных условий качества и безопасности медицинской деятельности, качества медицинской помощи. Качественная медицинская помощь стоит дороже, и это следует признавать открыто, особенно когда обсуждаются вопросы ресурсного обеспечения здравоохранения. Чтобы привлечь квалифицированных специалистов и обеспечить их профессиональный рост, придётся раскошелиться. И пока у органа управления здравоохранением, медицинской организации, самого врача не будет понятного и ощутимого резона вкладываться в профессиональный рост, вся система будет пытаться работать на страхе, это неизбежно. Как неизбежен и провал такой кадровой политики. То же касается иных условий качества медицинской помощи и безопасности медицинской деятельности, не только кадрового обеспечения.

Естественный вывод: необходимо обоснованное использование дифференцированных тарифов в системе ОМС, как бизнес использует различные цены для разных сегментов рынка с обоснованием качеством, в том числе, определёнными условиями деятельности и квалификацией задействованных специалистов. Ключевой вопрос: как обосновать применение дифференцированных тарифов? И на это есть решения.

Стимулирующая система

Необходима объективная оценка состояния медицинской организации и её подразделений (либо муниципального здравоохранения, либо регионального, либо службы и т.п. объектов, в зависимости от масштаба поставленных задач). То есть, понадобится всеобъемлющая система управляемых параметров, описанные идеология, принципы, технология и методология оценки, регламентированные процедуры, ответственный орган и специалисты (эксперты или аудиторы), а также средства автоматизации, поскольку вручную обрабатывать такие объёмы данных нереально. О-о. Жуть какая. Но и это существует!

В настоящее время зарегистрированы, одобрены и могут использоваться в здравоохранении системы добровольной сертификации: наша «Система оценки соответствия в здравоохранении «ЭкспертЗдравСервис», имеющая двадцатилетнюю историю и опыт использования в 28 регионах, и совсем

Phoca PDF

молодая, проходящая апробацию в нескольких медицинских организациях шести регионов система «Качество и безопасность медицинской деятельности». Последняя построена на Предложениях (Практических рекомендациях) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (стационаре), разработанных ФГБУ «ЦМИКЭЭ» Росздравнадзора, первым разделом (из одиннадцати) в которых объектом изучения обозначена «Система управления персоналом». В нашей системе«ЭкспертЗдравСервис», специально созданной для проведения всестороннего объективного анализа медицинских организаций и их подразделений, оценка кадрового обеспечения и оценка квалификации персонала выступают двумя из пяти–семи (в зависимости от профиля и типа оцениваемого подразделения) основных показателей высшего уровня иерархии оцениваемых параметров в каждой Автоматизированной экспертной технологической карте (АЭТК). То есть, влияние этих показателей на итоговую оценку очень мощное, что отвечает актуальной отраслевой задаче. В нашей системе оценка квалификационного уровня специалистов опирается на параметры, близкие к внедряемым в новой системе НМО, и достичь полного их соответствия не составляет проблемы.

При добровольной сертификации, в отличие от лицензирования, должен использоваться принцип соответствия достижимому идеалу и градационная оценочная шкала. Не исключается также осмысленное сочетание принципов, когда в одной системе заложены и обязательные требования, соответствие которым оценивается по принципу минимальной достаточности, и идеальные ориентиры, степень приближения к которым оценивается по принципу соответствия. Сочетание (но не смешение!) принципов расширяет возможности применения системы и усиливает управленческую ценность результатов.

Когда в системе здравоохранения легитимные результаты оценки соответствия ощутимо влияют на тарифы в системе ОМС, у руководителей медицинских организаций, муниципальных и региональных властей (и федеральных – почему бы и нет?) тут же появляются серьёзные причины вкладываться в развитие, в т.ч. в кадровое обеспечение и квалификацию специалистов.

На региональном уровне управления здравоохранения мы ещё 15 лет назад использовали рейтинговую систему из ста основных показателей результативности и эффективности муниципального здравоохранения, это также методологически проработанная и автоматизированная технология. 10 лет назад появились первые несколько «президентских» показателей, после их число постепенно росло. Появились и преумножились всевозможные «мониторинги». Несколько лет назад появилась тема т.н. «независимой оценки качества», в рамках реализации которой также осуществляется централизованный сбор информации по заданным параметрам. И ЕГИСЗ, вне всяких сомнений, будет использоваться в целях

Phoca PDF

мониторинга состояния системы здравоохранения и управления. Когда (и если) все эти успешные и не очень решения будут собраны в единую логичную систему управления, вопросы кадрового обеспечения и квалификации специалистов должны занять в ней достойное место. Как будут использоваться эти ценные сведения, на что будут влиять результаты? И что мешает заложить туда нужные стимулы к развитию?

Выводы

Новая система НМО прогрессивна и её построение необходимо на данном этапе общественно-исторического развития. В то же время, в новую систему, наряду с конструктивными решениями, заложены и потенциально деструктивные. Смешение принципов минимальной достаточности и соответствия нагружает специалистов дополнительными заботами, расходами и страхом, и приведёт к выдавливанию старшего поколения специалистов из профессии и кадровой катастрофе в «первичном звене». Осмысленное раздельное использование принципов оценки (минимальной достаточности в разрешительной системе и соответствия в стимулирующих системах), системный подход к управлению здравоохранением и применение современных технологий управления позволят минимизировать негативные эффекты внедрения новой системы НМО и в полной мере реализовать все её преимущества.

Обсудить в Телеграм

Обсудить вКонтакте

Каталог решений Здрав.Биз.

Всегда ваш, Андрей Таевский.

Phoca PDF