

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

8280

– 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 наций. 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.

~~«Предложение В. Погобиной о создании Минздрава, которое бы определяло правила игры для всех, невозможно не только в принципе, но и в практическом отношении»~~

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

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.

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 последиplomной 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

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

## Бодрый спотыкач. Часть II. Шоу стреноженных зомби

Категория: Проблемы здравоохранения

Опубликовано: Среда, 15 июля 2015, 20:16

Автор: Андрей Таевский

Просмотров:

8280

---

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 в Контакте](#)

[Каталог решений Здрав.Биз.](#)

---

Всегда ваш, Андрей Таевский.