Управление качеством в системе врач–пациент. Часть II. В перекрестии прицела

Категория: Управление качеством медицинской помощи
Опубликовано: Суббота, 14 октября 2023, 07:11
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 3547

Продолжим, уважаемые коллеги, наши изыскания, начало которым было положено здесь: «Управление качеством в системе врач–пациент. Часть I. Под градом камней и палок».

В ходе рассмотрения проблем взаимоотношений внутри лечебно–диагностического процесса выяснилось, что они не являются исключительно частными, а отражают глобальное рыночное противостояние потребительских интересов. В этом противостоянии здравоохранение испытывает возрастающее давление потребительского запроса с одной стороны, и противодействие общества росту экономического бремени охраны здоровья, с другой.

Общие общественно–экономические противоречия в пределах одной общественно–исторической формации неразрешимы и находят выход во множестве частных конфликтов. Это справедливо для любой отрасли, однако в профессиональном отношении медики постоянно имеют дело со здоровьем, жизнью и благополучием людей – высшими человеческими ценностями. На этом взрывоопасном субстрате конфликты вспыхивают особенно быстро, мощно и разрушительно. Кроме того, вся деятельность в сфере здравоохранения связана с риском наступления неблагоприятных событий, любое из которых распахивает врата конфронтации. Ресурсная ограниченность отрасли и сопротивление общества возрастанию расходов на здравоохранение создаёт для них благодатную почву. Рост потребительского запроса в таких условиях естественно ведёт к умножению числа и тяжести конфликтов. Нельзя ли как–нибудь его ограничить?

Скромность, как внутренний культурный сдерживающий фактор потребительского запроса, справляется с ним не у всех и не всегда, а с медицинской точки зрения – нередко тогда, когда не надо. Внешние барьеры культурных традиций в базирующемся на индивидуализме обществе потребления также неуклонно ослабевают. И тому, и другому есть свои причины. В либеральной парадигме спрос определяет предложение и, тем самым, является двигателем экономики. Поэтому с высоких трибун то и дело звучат призывы к стимулированию спроса, а также к устранению «лишних» административных барьеров на стороне предложения.

Чёткие узаконенные правила, как и культурные традиции, ограничивают потребительский запрос, что в рамках либеральной парадигмы считается вредным для экономики. Однако там, где нет внятно сформулированных правил, идёт война на два фронта: потребительских экстремистов с медиками и диких коммерсантов от медицины с людьми. И там, и там больше страдают честные люди. Борьба интересов открывает новые доходные ниши для посредничества – юридического, страхового, экспертного, административного и т.д., которое уже обходится обществу довольно дорого, с устойчивой тенденцией к росту.

Phoca PDF

Категория: Управление качеством медицинской помощи
Опубликовано: Суббота, 14 октября 2023, 07:11
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 3547

Посредники немало отъедают от здравоохранения и усугубляют его ресурсный дефицит, а также стимулируют потребительский запрос, унавоживая, тем самым, почву для будущих конфликтов, на рост урожайности которых они могут уверенно рассчитывать. Замкнутый круг. С другой стороны, посреднические институты нуждаются в надёжных правовых основаниях при разбирательстве, тем самым способствуя выработке правил, сдерживающих рост потребительского запроса.

В практическом плане, безумному давлению потребительского запроса нечего противопоставить, кроме стандартизации. Стандартизации в самом широком смысле, охватывающем правовые основы охраны здоровья и медицинской деятельности, устанавливаемые регулятором лицензионные и другие обязательные требования и нормы, программы высшего и дополнительного профессионального медицинского образования и профессиональные стандарты, технологические регламенты и протоколы, рекомендации ведущих специалистов и профессиональных сообществ, стандарты качества и иные документы систем добровольной сертификации. В медицинских организациях на этой основе устанавливаются локальные регламенты и иные регулирующие документы, должностные инструкции, стандартные операционные процедуры и т.д. В случае реализации системного подхода в управлении, это тоже стандарты.

Лучшая защита от проблем, связанных с организацией и непосредственным осуществлением медицинской деятельности – её безупречность. В данном контексте её следует понимать, как осознанное стремление к условному идеалу, соответствующему актуальным представлениям о надлежащей практике. Такие представления, так или иначе, описываются стандартами. Благодаря научно–технологическому развитию, условный идеал подвержен изменениям – именно поэтому стандарты должны регулярно пересматриваться. Тем более важны постоянные усилия, направленные на достижение улучшений деятельности. Стандартизация даёт надёжную опору для таких улучшений.

Стандарты, будучи исполненными, защищают от потребительского людоедства. Так к ним лучше и относиться, однако принимая во внимание следующие два обстоятельства.

Первое. Немалую часть стандартов, а в медицине – подавляюще большую часть, составляют требования, вышедшие из–под пера совокупного чиновника, который заботился в своём нормотворчестве, прежде всего, о собственном благополучии. Безопасность и удобство тех, кто эти требования будет исполнять – это так, побочный эффект, когда заметен, а когда и нет. В силу крайней сложности и потенциальной опасности медицинской деятельности, требований чиновники насочиняли уйму, и всяких разных. Разобраться в них решительно невозможно, и, тем более, все их исполнить. Так себе защита. Которая, к тому же, всегда обходится слишком дорого, что пытаться исполнять досконально все

Phoca PDF

спускаемые сверху требования, что нет.

Второе. Большая часть установленных требований либо не затрагивает собственно врачебной работы, либо касается её, но напрямую не регламентирует, а лишь предписывает произвести в определённой ситуации какие–то юридически значимые действия. Зачастую выполнение предписываемых действий не требует врачебной квалификации исполнителя, однако достаётся врачам. Распределение ответственности за исполнение предписаний может передаваться на уровень медицинских организаций либо, реже, производиться непосредственно в нормативных документах. Там, где нормативные документы напрямую регламентируют работу врача, это отчасти какие–то мелочные указания, какими чернилами буковки в бланки вписывать, и т.п. Настоящей защиты с них нет – напротив, чем больше формальных поводов для придирок, тем более врач уязвим. К сожалению, подобный мелочный подход нередко воспроизводится и в локальных регламентах. Подмена преследования управленческих целей, в т.ч. в области качества, суетливым выискиванием недочётов только отвлекает врачей от клинической практики и способствует его, качества, ухудшению.

Существо врачебной работы состоит в управлении лечебно–диагностическим процессом в непосредственном взаимодействии с пациентом. То есть, в динамическом анализе и активном прояснении клинической ситуации, обсуждении её с пациентом, совместной выработке и совместной же реализации клинически значимых решений. Всё это предельно индивидуально, а сам лечебно–диагностический процесс носит вероятностный характер. Результаты исследований вариабельны. Дополнительные исследования могут как подтверждать диагноз, так и, напротив, усложнять диагностический поиск. Ни одна хирургическая операция не повторяет досконально другую, а её результат не гарантирован. Реакции на терапевтические воздействия всегда уникальны, причём их диапазон ничем не ограничен, как и время наступления тех или иных последствий. Ещё большая вариабельность результатов присуща сочетаниям методов, прогнозировать которые мы можем весьма приблизительно.

Чем бы мы ни занимались, в медицине нет никаких гарантий. То, что некоторые умозаключения и принятые на их основе решения окажутся ошибочными, отдельные выполненные действия – неправильными, а последствия каких–то медицинских воздействий – негативными, предопределено самой природой человека, естественной ограниченностью научных медицинских знаний и существом медицинской практики. Дальше – простая математика: чем больше клинической практики, тем выше вероятность врачебных ошибок, как и других неблагоприятных событий при оказании медицинской помощи. И чем больше практики – тем выше риск негативных последствий, как связанных, так и не связанных с врачебными ошибками.

Phoca PDF

Управление качеством в системе врач–пациент. Часть II. В перекрестии прицела

Категория: Управление качеством медицинской помощи
Опубликовано: Суббота, 14 октября 2023, 07:11
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 3547

Как прояснилось уже довольно отчётливо, в медицинской деятельности именно врачебный труд сопряжён с наибольшим риском и одновременно с наивысшей ответственностью за результаты при ограниченных возможностях управления лечебно–диагностическим процессом. И именно здесь отсутствуют чёткие регламенты, формальным исполнением которых можно было бы уверенно отбиваться от завышенных притязаний и надуманных претензий. Неудивительно, что на врачей направлено сейчас остриё поддерживаемого заинтересованными структурами потребительского экстремизма. Оно и понятно – бьют туда, где защита слабее. Врач пред ними безоружен! Мы только что в этом убедились. Как тысячи раз на практике.

Но как столь несправедливое положение врача вообще возможно? Может, у него в арсенале какие–то средства защиты, всё–таки, имеются? Поищем в следующей части.

Обсудить в Телеграм

Обсудить вКонтакте

Каталог решений Здрав.Биз.

Всегда ваши, команда Здрав.Биз и Андрей Таевский.

Phoca PDF