

Категория: Управление качеством медицинской помощи

Опубликовано: Вторник, 27 августа 2024, 09:35

Автор: Андрей Таевский

Просмотров: 450

Вновь приветствую вас, уважаемые коллеги!

Предлагаю продолжить наше небольшое исследование в области качества, посвящённое наблюдаемому исчезновению проблематики качества медицинской помощи из профессиональных дискуссий. Конечно, вопросы качества медицинской помощи, так или иначе, в них и сейчас затрагиваются, да только без должной фокусировки на нём самом. Складывается впечатление, будто оно стало чем-то простым и само собой разумеющимся, не заслуживающим какого-либо обсуждения.

Однако на поверку, когда удаётся старательное избегание этой темы коллегами, всё же, преодолеть и вывести их на разговор, раз за разом обнаруживается, что никакого общего понимания нет и в помине! Его нет ни в отношении содержания понятия качества медицинской помощи и смежных к нему понятий, ни в представлениях о методологии его оценки, ни в плане возможностей и ограничений полезного применения её результатов.

И дело не только в волнах популярности. Есть вещи, которые востребованы всегда, и качество медицинской помощи, несомненно, одно из них. У меня складывается впечатление, что тема качества медицинской помощи постепенно становится, как сейчас говорят, «токсичной», как ранее стала токсичной сама экспертиза качества медицинской помощи (далее – ЭКМП). Но к тому, хотя бы, имелись (и, увы, имеются) явные и довольно серьёзные объективные причины, включая преимущественное использование результатов ЭКМП в репрессивных целях[1].

Избегание темы качества медицинской помощи противоречит ожиданиям, ведь оно, как будто, должно интересовать наших современников никак не меньше, чем людей прошлого. Сложившиеся более полувека назад предпосылки к развитию общественных и профессиональных институтов, в которых качество медицинской помощи обретает единообразно различаемые и понимаемые признаки, действуют и сегодня. Первая часть настоящей работы завершилась обещанием вернуться к их рассмотрению[2]. Так, сделаем это. Быть может, мы найдём в них ответы на интересующие нас вопросы.

Разошлись пути-дорожки

Всё началось с того, что искушённое начавшимся в конце позапрошлого века бурным научно-техническим прогрессом общество всё больше хотело качества. Во многих странах, и наша страна не исключение, появлялись различные теории качества. Некоторые становились весьма популярными [3, 4].

Однако мир вскоре раскололся на два лагеря, каждый со своими

Категория: Управление качеством медицинской помощи

Опубликовано: Вторник, 27 августа 2024, 09:35

Автор: Андрей Таевский

Просмотров: 450

доминирующими представлениями о правильном и неправильном. Поэтому и теоретические наработки в области качества, бывшие ранее общим достоянием человечества, получили различное дальнейшее развитие в капиталистических и социалистических странах.

Коротко, дабы не вдаваться в подробное рассмотрение многочисленных теорий, которое явно не входит в формат настоящей публикации, можно сформулировать коренное различие следующим образом.

Капиталистический путь указывал на качество, как на потребительскую категорию и, соответственно, превращал его в объект заботы конкурирующих за внимание потребителей «игроков рынка».

Социалистический путь выражался в обеспечении советского народа товарами и услугами надлежащего качества, что предполагало развитие теории качества в направлении нормирования и стандартизации.

В практическом плане, однако, различия оказались не столь велики. У нас качество не перестало быть совокупностью потребительских свойств продукции, а стандартизация на Западе развивалась ничуть не меньше, чем в странах социалистического лагеря.

Что касается качества медицинской помощи, дело обошлось без ярких теорий. Здравоохранение заимствовало науку управления, включая управление качеством, из производственных отраслей. Конечно, с необходимой адаптацией к медицинской специфике.

Как было у нас

В социалистических странах медицинская помощь гарантировалась и полностью обеспечивалась государством. А государство – это учёт и контроль, как говорил Владимир Ильич Ленин. Что подразумевает полноценное управление и ответственность за принимаемые решения. Государство вырабатывало нормативы и стандарты качества, и оно же контролировало их соблюдение.

Стандартов качества медицинской помощи, правда, не было, однако были нормы, направленные на его ресурсное и технологическое обеспечение. Клинические базы, кадровый состав отрасли, материально-техническое обеспечение, нагрузка на специалистов – всё это регулировалось в целях охраны здоровья населения, в т.ч. улучшения качества оказываемой населению медицинской помощи.

Однако не стоит думать, будто всё и вся контролировало государство. Да, оно стояло на страже интересов советских людей, однако само советское общество, посредством честного труда, активной защиты своих

Категория: Управление качеством медицинской помощи

Опубликовано: Вторник, 27 августа 2024, 09:35

Автор: Андрей Таевский

Просмотров: 450

ценностей и приоритетов, обеспечивало устойчивое развитие страны, в т.ч. и нашей отрасли. К сожалению, со второй половины 70-х годов идеологический базис советского общества стал постепенно ослабевать, замещаясь показухой, двуличием, ползучим неравенством и блатом. Что, в конечном счёте, наряду с накопившимися экономическими и политическими проблемами, и привело советскую систему к катастрофе.

А «главную скрипку» в качестве медицинской помощи играло, всё же, профессиональное медицинское сообщество, принадлежность к которому ощущал каждый работник здравоохранения. Об этом специально заботились. Именно профессиональное сообщество, от медицинских коллективов до республиканских и союзных научных и образовательных учреждений, занималось анализом случаев оказания медицинской помощи, в т.ч. ошибок и исходов, создавало научную базу клинической практики и вырабатывало практические рекомендации и правила.

Да и отраслевое управление, в отличие от нынешнего «рыночного регулирования», было профессиональным. В органах управления здравоохранением всех уровней не было случайных людей, не имевших опыта практической работы. Врачи и управленцы, в этой связи, хорошо понимали друг друга. Более подробно исторические аспекты качества я разбирал в недавней трилогии «Фокусы качества»[5-7].

А как у них

В капиталистических странах качество изначально было проблемой не государства, а потребителя. Государство, конечно, и там создаёт институты, предотвращающие появление на рынке недобросовестных «игроков» и их небезопасной продукции, однако с трудом, поскольку этому препятствуют другие институты, защищающие рынок и гражданские свободы от государства. Но и после создания барьерных структур участие государства в них сводится к необходимому минимуму. В остальном, заботы о качестве находятся вне сферы его интересов.

В либеральной демократии именно потребитель выбирает для себя ровно то качество, за которое готов заплатить. А поставщики товаров и услуг (производители, посредники, продавцы, подрядчики и т.п.) конкурируют между собой, пытаясь лучше других удовлетворить потребительский спрос, победить конкурентов и захватить рынок.

Поскольку финансовые возможности потребителей сильно различаются между собой, расходятся по качеству продукции и предложения, что неизбежно приводит к сегментации рынка. Для каждого сегмента – своё позиционирование продуктов. В верхних сегментах работает формула «высочайшее качество за любые деньги», в среднем – «наилучшее соотношение цены и качества», в нижнем же о качестве вообще речи не

Категория: Управление качеством медицинской помощи

Опубликовано: Вторник, 27 августа 2024, 09:35

Автор: Андрей Таевский

Просмотров: 450

идёт, там на первом месте ценовая доступность. Сказанное справедливо и для «рынка медицинских услуг», где появляются V.I.P.- клиники, «массовый сегмент» и богадельни.

Каждый сегмент рынка предъявляет свои требования к поставщикам, а через них – к модели обеспечения качества, она должна обеспечивать каждый рыночный сегмент соответствующими ресурсами. Система профессиональной подготовки медицинских кадров, к примеру, точно также сегментируется. Работа в престижной клинике представляется вершиной врачебной карьеры, и такие клиники выставляют соответствующие требования к соискателям. А в богадельне многое может делаться руками волонтеров, не имеющих серьезного медицинского образования.

В крайнем варианте такое расслоение качества медицинской помощи по финансовым возможностям «потребителей медицинских услуг» выглядело бы совершенно диким, противоречащим гуманистическим принципам, лежащим в основе медицинской профессии. Ведь речь идёт о пациентах – людях, нуждающихся в медицинской помощи.

Благо, в действительности его нет. Точнее, оно есть, но относится в большей степени к условиям оказания медицинской помощи и её ресурсному обеспечению, нежели к её профессиональному содержанию. Именно оно, наряду с развитой правовой системой и усилиями «регуляторов» по обеспечению доступа к необходимой медицинской помощи, стабилизирует отношения в сфере охраны здоровья в условиях социального неравенства.

Западные страны на протяжении всего XX века искали способы сочетать задачи охраны здоровья населения с рынком медицинских услуг. Постепенно они пришли к расщеплению и обособлению областей клинических, производственных и потребительских аспектов качества медицинской помощи, в каждой из которых находятся оптимальные решения характерных для неё проблем.

Профессиональное саморегулирование отрасли с широким участием специалистов здравоохранения, а также рыночная основа общественных отношений в сфере охраны здоровья способствовали в таких странах формированию институтов, обеспечивающих качество медицинской помощи в каждой из названных областей. В частности:

- клинического аудита (клинические аспекты качества медицинской помощи);
- менеджмента качества деятельности клиник (производственные аспекты);
- гармонизации гражданских отношений (потребительские аспекты).

Небольшое размышление ожидаемо приводит нас к выводу, что система здравоохранения в рыночных условиях не может быть устойчивой без

Категория: Управление качеством медицинской помощи

Опубликовано: Вторник, 27 августа 2024, 09:35

Автор: Андрей Таевский

Просмотров: 450

надёжной работы общественных и профессиональных институтов в любой из этих пересекающихся областей.

Хорошая работа институтов в области клинического аудита означает, что по каждому медицинскому профилю большое количество специалистов здравоохранения осознанно стремятся быть частью профессионального сообщества. Они активно участвуют в накоплении, осмыслении и обсуждении клинически значимой научной и практической информации. Они вносят свой посильный вклад в выработку на этой основе профессиональных рекомендаций, помогающих коллегам ориентироваться в различных клинических ситуациях и принимать правильные решения.

Специалисты здравоохранения применяют рекомендации в своей клинической практике и делятся своими наблюдениями с коллегами. Корпоративная культура способствует тому, что профессиональные ассоциации получают достаточную для отраслевого самоуправления информацию, включая сообщения о неблагоприятных событиях, связанных с оказанием медицинской помощи [8]. Также они получают полноценную обратную связь относительно результатов практического применения рекомендаций, и непрерывно совершенствуют их с широким вовлечением профессионалов. Клинически значимая информация заботливо собирается, анализируется и публикуется [9].

В области менеджмента качества деятельности медицинских организаций надёжная работа институтов, таких как стандартизация, сертификация и аккредитация [10–12], приводит к тому, что клиники стремятся к улучшению качества и повышению безопасности своей деятельности. Они стараются обеспечить наилучший уход за пациентами. А тот, кто этого не делает, не выдерживает конкуренции и покидает рынок, не успев принести большого вреда пациентам и обществу.

Что касается гармонизации гражданских отношений, то здесь, вероятно, большую роль играют такие факторы, как неотвратимое стремление потребительского давления к росту и длительность «экспозиции» подобного давления, которое учит общество ему противостоять. Такая «учёба» даётся ценой долгого и трудного опыта и стоит больших усилий многих людей. Каждая страна проделала свой собственный путь к гармонизации отношений в сфере охраны здоровья. Причём, гармония хрупка, и её поддержание в непрерывно меняющемся мире требует всё новых усилий и поиска.

В развитых странах работают институты страхования, медиации и иного посредничества, позволяющие урегулировать конфликт до того, как его участники дойдут до причинения друг другу непоправимого ущерба. Для того, чтобы посредники справлялись со своими задачами в столь чувствительной области, как взаимоотношения, связанные с оказанием медицинской помощи, требуется очень тонкая постоянная настройка

Категория: Управление качеством медицинской помощи

Опубликовано: Вторник, 27 августа 2024, 09:35

Автор: Андрей Таевский

Просмотров: 450

системы.

Поскольку западные институты гармонизации гражданских отношений работают согласованно с обозначенными выше институтами клинического аудита и менеджмента качества, то клинические и производственные аспекты медицинской помощи не мешают процессу урегулирования потребительских споров. А потребительское давление, в свою очередь, не препятствует развитию медицинской науки и практики и не нарушает излишне работу медицинских клиник и специалистов. Не препятствует и не нарушает за пределами, имеется в виду. А так, конечно, своих проблем всем хватает.

А что теперь у нас

У нас пока подобную «тонкую настройку» невозможно даже представить. Колебания качества медицинской помощи – взаимоотношения врача и пациента, в настоящих условиях чрезвычайно трудно поддерживать в здоровом состоянии. В недавней серии публикаций «Управление качеством в системе врач-пациент» были подробно рассмотрены разнообразные обстоятельства, препятствующие их нормализации [13–17].

Увы, и новомодные концепции вроде «пациентоцентричности» вряд ли нам в этом сильно помогут, поскольку «пациентоцентричность» – это не модель и не набор установок, а базовый принцип, который не может быть реализован в дефицитной системе здравоохранения [18,19].

Нам, с нашими скромными тремя десятками лет нового либерализма, вероятно, ещё предстоит найти свой уникальный правильный путь. Это если мы по-прежнему идём в рынок, конечно (и если оно нам действительно надо).

Западные подходы в наших условиях хорошо работать не будут – по крайней мере, до тех пор, пока общественные и профессиональные институты во всех трёх областях обеспечения качества медицинской помощи, клинической, производственной и потребительской, не начнут развиваться согласованно. У нас же имеется своя новейшая история качества медицинской помощи, о которой мы поговорим в [следующей части](#) работы.

Использованные материалы:

1. Таевский А.Б. [«Проблемы установления и интерпретации причин неблагоприятных событий при оказании медицинской помощи»](#). – ЗдравЭкспертРесурс, 143.
2. Таевский А.Б. [«Качество медицинской помощи – всё? Часть первая. Предпосылки»](#). – Здрав.Биз, 323. а

3. Тейлор Ф.У. [«Принципы научного менеджмента»](#). – Библиотека «Куб».
4. Бурганов Р.Ф. [«Научная организация труда: история и современность»](#) // Экономический анализ: теория и практика. 2011. №44.
5. Таевский А.Б. [«Фокусы качества. Качество медицинской помощи»](#). – Здрав.Биз, 315.
6. Таевский А.Б. [«Фокусы качества. Качество медицинской деятельности»](#). – Здрав.Биз, 317.
7. Таевский А.Б. [«Фокусы качества. Качество здравоохранения»](#). – Здрав.Биз, 318.
8. [«Incident Categories and Data Analysis; Incident Category and Data Collection Framework»](#). – The International Association for Healthcare Security and Safety (IAHSS).
9. [«The Leapfrog 2019 Never Events Report»](#). – Leapfrog.
10. ISO 7101:2023 [«Менеджмент организации здравоохранения. Системы менеджмента качества в организациях здравоохранения. Требования»](#) (Healthcare organization management. Management systems for quality in healthcare organizations. Requirements).
11. [Joint Commission International](#) (JCI).
12. [Healthcare Information and Management Systems Society](#) (HIMSS).
13. Таевский А.Б. [«Управление качеством в системе врач-пациент. Часть I. Под градом камней и палок»](#). – Здрав.Биз, 304.
14. Таевский А.Б. [«Управление качеством в системе врач-пациент. Часть II. В перекрестии прицела»](#). – Здрав.Биз, 305.
15. Таевский А.Б. [«Управление качеством в системе врач-пациент. Часть III. Без каски»](#). – Здрав.Биз, 306.
16. Таевский А.Б. [«Управление качеством в системе врач-пациент. Часть IV. Верхом на резвом виртуальном ишаке»](#). – Здрав.Биз, 307.
17. Таевский А.Б. [«Управление качеством в системе врач-пациент. Часть V. Улыбаемся и пашем»](#). – Здрав.Биз, 308.
18. Таевский А.Б. [«Пациентоцентричность, как медицинское, социальное и коммерческое явление»](#). – ЗдравЭкспертРесурс, 195.
19. Отчет о результатах экспертно-аналитического мероприятия [«Оценка формирования и финансового обеспечения реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи в 2021-2022 годах и истекшем периоде 2023 года»](#). – Счетная палата Российской Федерации, 2024.

Для цитирования:

Таевский А.Б. [Качество медицинской помощи – всё? Часть вторая. Институциональная](#). – Здрав.Биз, 324. <https://zdrav.biz/index.php/management-kachestva-med-pomoschi/324-zapadnoe-med-kachestvo>.

Всегда ваш, Андрей Таевский.

Качество медицинской помощи – всё? Часть вторая. Институциональная

Категория: Управление качеством медицинской помощи

Опубликовано: Вторник, 27 августа 2024, 09:35

Автор: Андрей Таевский

Просмотров: 450

[Обсудить в Телеграм](#)

[Обсудить вКонтакте](#)

[Каталог решений Здрав.Биз.](#)
