Качество медицинской помощи – всё? Часть вторая. Институциональная

Категория: Управление качеством медицинской помощи
Опубликовано: Вторник, 27 августа 2024, 09:35
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 1451

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 доминирующими представлениями о правильном и неправильном. Поэтому и

Phoca PDF

Категория: Управление качеством медицинской помощи
Опубликовано: Вторник, 27 августа 2024, 09:35
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 1451

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 ценностей и приоритетов, обеспечивало устойчивое развитие страны, в

Phoca PDF

Категория: Управление качеством медицинской помощи
Опубликовано: Вторник, 27 августа 2024, 09:35
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 1451

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 идёт, там на первом месте ценовая доступность. Сказанное справедливо и

Phoca PDF

Категория: Управление качеством медицинской помощи
Опубликовано: Вторник, 27 августа 2024, 09:35
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 1451

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 волонтёров, не имеющих серьёзного 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 надёжной работы общественных и профессиональных институтов в любой из

Phoca PDF

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 системы.

Phoca PDF

Категория: Управление качеством медицинской помощи
Опубликовано: Вторник, 27 августа 2024, 09:35
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 1451

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 запредельно, имеется в виду. А так, конечно, своих проблем всем хватает.

А что теперь у нас

У нас пока подобную «тонкую настройку» невозможно даже представить. Колыбель 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».

Phoca PDF

Категория: Управление качеством медицинской помощи
Опубликовано: Вторник, 27 августа 2024, 09:35
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 1451

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.

Обсудить в Телеграм

Phoca PDF

Категория: Управление качеством медицинской помощи
Опубликовано: Вторник, 27 августа 2024, 09:35
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 1451

Обсудить вКонтакте

Каталог решений Здрав.Биз.

Phoca PDF