О критериях качества. Конкретно

Категория: Управление качеством медицинской помощи
Опубликовано: Вторник, 28 апреля 2015, 13:33
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 7640

В настоящей работе уточняются основные характеристики системы оценочных критериев, пригодной для использования в целях контроля качества и безопасности медицинской деятельности, а также производятся некоторые обобщения современных тенденций развития этого направления в стране.

Система критериев качества и безопасности медицинской деятельности – иерархическая структура, переход между уровнями которой осуществляется путем детализации признаков.

На высшем уровне система критериев неизбежно распадается на два блока – критерии качества, включающие неразрывно связанные с ними аспекты безопасности (минимизация рисков) и критерии безопасности, регламентация которых в соответствии с действующим законодательством должна осуществляться отдельно. Второй блок в настоящее время только обретает свои цели, идеологию, признаки (параметры), нормативно-правовую базу, задачи, методологию и смысл. Опыт покажет, насколько жизнеспособным будет это направление. Полностью разделив пересекающиеся множества (отделив качество от безопасности, медицинскую деятельность от лекарственного обеспечения, качество медицинской помощи от качества медицинских изделий и т.д.) получаешь насколько красивый, настолько и лживый анализ. И, как следствие, пустой контроль и дефективное управление. А проработка пересечений требует слишком больших интеллектуальных и иных затрат.

В первом блоке критериев ясности больше. В стране наработан огромный опыт, и сбрасывать его в утиль было бы неразумно. Ниже мы опишем главные моменты.

Верхний уровень блока – оценка качества медицинской помощи. Её формируют основные 4–6 крупных показателей, содержание каждого из которых должно быть раскрыто. «Выполнение общих требований», «Оценка качества диагностики», «Оценка качества лечения», «Оценка эффективности». Часто искусственно выделяются «Ведение документации» и «Оценка диагноза». Раскрываются они на один–два уровня вниз, в зависимости от того, какая степень детализации является оптимальной для того или иного параметра.

Например, «Оценка эффективности» может включать оценку достигнутого медицинского результата, удовлетворённости пациента и экономической эффективности медицинской помощи, а «Оценка качества диагностики» оценку своевременности и полноты первичного осмотра и опроса, соответствия (и обоснованности отклонений!) стандартам медицинской помощи и клиническим рекомендациям по основному заболеванию, сопутствующему заболеванию и осложнениям, проведения всех необходимых консультаций и совместных осмотров, консилиумов и, в установленных случаях, рассмотрения на заседаниях врачебной комиссии. И, так далее.

Phoca PDF

Чем выше в иерархии находится тот или иной показатель, тем выше его влияние на общий результат. Каждый показатель связан с целью. Если необходимо провести детальный анализ соответствия установленным порядкам оказания и стандартам, эксперт (а лицо, осуществляющее контроль качества, неизбежно принимает на себя роль эксперта) открывает соответствующий документ и сверяется с ним. Впрочем, документы по «своим» профилям профессионал обычно знает наизусть и в этом нет необходимости.

Эксперт не просто оценивает соответствие лечебно-диагностического процесса установленным нормативным требованиям, но в их связи с результатом. Он, на основании своих знаний и опыта, определяет, какое влияние тот или иной выбор врача по каждой позиции (выполнено, выполнено частично, выполнено другое или не выполнено: обязательное, необязательное, не предусмотренное или запрещённое) имел на результат лечения. И это единственный способ получить реальную оценку медицинской помощи.

Теперь, сравните этот системный подход с «критериями качества», которые являются ничем иным, как профильными «чек-листами» исполнения порядков и стандартов, и которые Минздрав пытался «протащить» через общественное обсуждение под Новый год. Мы писали об этом в работе «Хаотическая концепция качества». И, протащит. Обещали к 2016 году.

Вряд ли мы там увидим что-то иное, так как не наблюдаем понимания подчинённой роли исполнения требований в обеспечении качества медицинской помощи. Яркий пример такого непонимания – выведение контроля качества деятельности среднего медицинского персонала на один уровень с контролем качества медицинской помощи в одной региональной модели. Об этом шёл разговор в статье «Челябинская поэма гиперконтроля». И там, и тут контроль ради контроля, так как разорвана связь контролируемых параметров с целью – достижением результата лечения. А эту связь может оценить только человек и только профессионал. Никакими «чек-листами» его не заменишь.

Впрочем есть и другой момент, разделяющий эти, столь сходные в своих проявлениях, примеры. Если медицинскую помощь превратить в реализацию медицинских услуг, то качество этих услуг, как раз, и должно измеряться соответствием. Обслуживание человеческих организмов ничем принципиально не отличается от обслуживания механизмов, этими организмами сотворённых. Различия заключаются лишь в степени сложности изделий. Точнее, в её постижимости.

Каким бы ни было сложным изделие, сотворённое человеком, оно постижимо и обслуживаемо. На каждый механизм можно создать стандарты обслуживания (включая технологии выполнения работ, технику манипуляций, запчасти и расходные материалы), и контролировать

Phoca PDF

качество по определённым параметрам. Каждое отклонение будут равно снижению качества определённой величины.

С человеческим организмом дело обстоит иначе. Исполнение требований не гарантирует результата, а отклонения не равны снижению качества. Чтобы не провалиться в бесконечность с количеством учитываемых параметров и вариантов, кто-то должен отрезать всё «лишнее», оставив в стандартах и «чек-листах» только «очевидные» признаки. Раньше этим «кем-то» был чиновник Минздрава. Сейчас он им быть уже не хочет. Он хочет регламентировать процесс обрезания, которое мы обязаны будем производить сами.

Этим достигается воистину великая цель: полная безответственность чиновника. Негативный результат будет объясняться либо невыполнением требований, либо неправильными (обрезанными не в том месте) требованиями. Ни к тому, ни к другому чиновник более отношения иметь не будет. А то, что медицина системно сдвинута в сферу обслуживания, когда в смысловом содержании качества медицинской деятельности осуществлена подмена качества оказания медицинской помощи качеством предоставления медицинских услуг, ни для прокурора, ни для суда, ни для журналиста, ни для обывателя, при случае, не будет иметь никакого значения.

Когда Минздрав утвердит сферу «Критерии качества» мы их включим в [illegible] сделаем [illegible] но не сразу. Решение мы найдем. Лишь бы

Всегда ваши, команда Здрав.Биз и Андрей Таевский.

Phoca PDF