Управление качеством в системе врач–пациент. Часть V. Улыбаемся и пашем

Категория: Управление качеством медицинской помощи
Опубликовано: Среда, 15 ноября 2023, 08:51
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 3163

Здравоохранение является одной из важнейших отраслей экономики, определяющих будущее страны и народа. Общественные потребности в сфере охраны здоровья задают желаемые параметры системы здравоохранения.

Эти параметры могут варьироваться, однако обычно содержат такие характеристики, как обеспечение населения доступной и качественной медицинской помощью, предупреждение инфекционных и неинфекционных заболеваний среди населения, качество и безопасность осуществляемой на данной территории медицинской деятельности, медицинских изделий и лекарственных препаратов. Сюда же относится гармонизация правоотношений в сфере охраны здоровья и соблюдение этических принципов, в т.ч. при проведении клинических исследований. Государство заинтересовано в надёжности, результативности и экономической эффективности системы здравоохранения.

Здравоохранение такой страны, как Россия, представляет собой громадный и чрезвычайно сложный социально-экономический институт, объединяющий и направляющий к общественной пользе усилия многих людей, проживающих на огромной территории. Государственная политика и цели в области охраны здоровья определены. Полномочия, ресурсы, цели и задачи на различных уровнях организации здравоохранения расписаны. Права и обязанности в сфере здравоохранения законодательно закреплены. Медицинская наука, промышленность, фармацевтика, технологии открывают всё новые возможности сбережения здоровья населения. Планы, программы, проекты разного масштаба регулярно возбуждают интерес широкой публики и оживляют медицинскую практику. Всё направлено на развитие здравоохранения, улучшение его характеристик.

Для того, чтобы всё великолепие здравоохранения обернулось реальным качеством медицинской помощи и воплотилось в здоровье населения, оно должно пройти сквозь игольное ушко системы взаимоотношений врача и пациента.

Именно здесь окончательно оформляются в «надлежащие условия оказания медицинской помощи» продукты грандиозного в масштабах страны труда. Именно здесь концентрируются и стараниями врача превращаются в качество медицинской помощи достижения медицинской науки. В этом свете знакомая формулировка качества медицинской помощи, как «совокупности характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора [и применения]* методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата», обретает дополнительный объём и глубину.

Всё, что сужает возможности врача по оказанию медицинской помощи и

Phoca PDF

мешает ему выполнять свою работу, препятствует и достижению целей здравоохранения.

Самая большая проблема здравоохранения, как следует из этой формулы и реального положения дел – кадровая. Медицинских работников вообще не хватает, особенно в первичном звене, а те, кто есть, работают с большой перегрузкой, на износ. Кадровый голод является главным препятствием к улучшению качества. В силу специфики медицинской деятельности, это ограничение невозможно преодолеть одним повышением производительности труда. В медицине это долгий и трудный процесс с небольшой отдачей. Для радикальных улучшений требуется пересмотр кадровой политики с реализацией стратегии интенсивного и устойчивого наполнения отрасли специалистами, начиная с первичного звена. Ухищрения с временным эффектом, вроде отмены интернатуры с принуждением выпускников к отработке в первичном звене ради ординатуры и дальнейшей карьеры, здесь не помогут.

Клиническая практика, особенно в первичном звене, должна быть привлекательным, интересным, доходным, надёжным, безопасным и престижным занятием.

Конечно, всё перечисленное потребует как дополнительных вложений, так и моделирования на основе глубокой аналитической проработки обстоятельств, в силу которых наша реальность далека от идеала. На улучшение условий труда, в т.ч. повышение оплаты труда до уровня исключения совместительства и иных вынужденных подработок, укрепление материально-технической базы, полноценное лекарственное, иное материальное и информационное обеспечение лечебно-диагностического процесса, внедрение облегчающих труд технологий и т.п. нужны деньги и совместные усилия.

Привлекательность клинической практики означает самодостаточность и успешную карьеру специалиста, высокий уровень благосостояния в отсутствие переработки.

Условия труда медицинских работников тесно переплетаются с условиями оказания медицинской помощи, одной из главных составляющих качества. Вложения в улучшения оказывают мощное положительное влияние: растут доступность и качество медицинской помощи, повышается качество и безопасность медицинской деятельности, укрепляется надёжность и результативность системы, гармонизируются общественные отношения, связанные с охраной здоровья.

Улучшение условий оказания медицинской помощи и повышение привлекательности клинической практики – приоритетные задачи для государства.

Phoca PDF

Категория: Управление качеством медицинской помощи
Опубликовано: Среда, 15 ноября 2023, 08:51
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 3163

Процессный подход к управлению качеством применим к качеству медицинской помощи лишь с тем условием, что следует принимать в расчёт вероятностную природу лечебно-диагностического процесса. Чем объясняется, почему проваливаются раз за разом все попытки его жёсткой стандартизации. В третьей части статьи было рассмотрено немало документов, оказывающих различное влияние на врачебную работу, условия, в которых она осуществляется, её результаты, а также её последующую оценку. Большая часть документов содержит указания, которые врачу следует выполнять в соответствующих ситуациях под страхом ответственности за нарушения. Воз предписаний оттягивает на себя внимание и врача, и всех причастных к управлению и контролю в любой форме. Громоздкое и жёсткое, противоречивое регулирование усложняет процессы, распыляет внимание, смещает приоритеты и искажает реальность, затрудняет управление качеством и препятствует достижению целей здравоохранения.

Необходимо методично пересматривать нормативную правовую базу здравоохранения в целях регуляторной разгрузки медицинской деятельности и, особенно, клинической практики.

Многие функции, отправление которых необходимо для выполнения требований, являются организационно-распорядительными, социальными и т.п. – т.е., не врачебными и не медицинскими. При этом, ответственным исполнителем для них часто оказывается именно врач, что может быть прямо определено в нормативных правовых актах, либо сваливается на врача в ходе обеспечения правоприменения на каком-то этапе, чаще локальном. Врач вынужден посвящать немалую часть драгоценного рабочего времени и внимания на отправление большого количества фактически не врачебных функций. Каждое требование означает ещё контроль исполнения и оттягивает на себя ресурсы.

Не врачебные и немедицинские функции подлежат целенаправленному устранению из клинической практики путём отмены, изъятия и передачи иным работникам, перевода в разряд компетенций специалиста с устранением контроля исполнения либо совершенной автоматизации.

Под совершенной автоматизацией здесь следует понимать выраженное преобладание положительных эффектов над негативными, в т.ч. в отношении бережливого использования врачебного времени и внимания. Цифровизация здравоохранения не обязательно ведёт к улучшениям. Она таит в себе множество угроз, которые не всегда можно заранее определить. Цифровые медицинские технологии и их влияние на производительность врачебного труда мы разобрали в четвёртой части работы.

Будущее – за «умными» системами, облегчающими врачебный труд и уменьшающими риск врачебной ошибки.

Phoca PDF

Категория: Управление качеством медицинской помощи
Опубликовано: Среда, 15 ноября 2023, 08:51
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 3163

Врач планирует лечебно–диагностический процесс, осуществляет диагностический поиск, устанавливает диагноз, вырабатывает и принимает совместно с пациентом необходимые решения, реализует их, курирует больного, оценивает достигаемые результаты лечения и вносит в него соответствующие коррективы на основе своих знаний и опыта. Иногда врачу критически важна помощь коллег, и дело организаторов здравоохранения ему эту помощь обеспечить. Врачебная комиссия, консилиумы, консультации специалистов, в т.ч. удалённые, и т.д. А самое главное – культура качества в медицинской организации и отрасли в целом.

Вне благоприятной профессиональной среды качества не бывает.

В работе врачу нужны оперативные информационные источники. Прежде всего, клинические рекомендации – документы, отражающие консенсус специалистов по вопросам ведения больных с различными заболеваниями в доступной лаконичной форме.

Широкое применение клинических рекомендаций способствует улучшению качества медицинской помощи и достижение целей здравоохранения.

На возможность придерживаться рекомендаций влияет реальность условий клинической практики. Стандарты медицинской помощи, на основе которых осуществляются финансовые расчёты в системе ОМС, по закону должны соответствовать клиническим рекомендациям. Если соответствия нет, нет и адекватного финансового обеспечения. Порядки оказания медицинской помощи включают в себя стандарты оснащения и рекомендуемые штатные нормативы, которые также должны опираться на содержание клинических рекомендаций с учётом уровней организации медицинской помощи и маршрутизации больных. Разработка и переработка порядков оказания и стандартов медицинской помощи не должна запаздывать относительно появления новых клинических рекомендаций и их пересмотра, либо оказывать них ограничивающее влияние.

Необходимо исчерпывающее нормативное, кадровое, материально–техническое, лекарственное и финансовое обеспечение полноценного применения клинических рекомендаций в деятельности практического здравоохранения.

Следует иметь в виду, что клинические рекомендации не воплощаются в качестве медицинской помощи непосредственно не только из–за неидеальных условий её оказания. В каждом случае они требуют профессиональной интерпретации. Особенно, при стёртой клинической картине, необычном течении заболевания, наличии сочетанной патологии и в других сложных случаях, неоднозначных в плане целесообразности применения тех или иных рекомендаций.

Phoca PDF

Категория: Управление качеством медицинской помощи
Опубликовано: Среда, 15 ноября 2023, 08:51
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 3163

Клинические рекомендации раскрывают свой потенциал улучшения качества медицинской помощи только в руках профессионалов.

Профессионализм – долгосрочная стратегия развития личности и устойчивая характеристика общественных отношений.

Опытным специалистам бывает непросто включить регулярное использование клинических рекомендаций в свою профессиональную жизнь и обрести нужные навыки, от поиска актуальных рекомендаций до соучастия в обсуждении проектов документов. За счёт серьёзной теоретической подготовки «советской школы» и большого практического опыта, однако, трудности преодолимы, и оно того стоит. В здравоохранении уровень профессиональной подготовки во многом зависит от системы НМО, только она сама сейчас неоднозначно реформируется и требует внимания: «Непрерывное медицинское образование: проблемы для специалистов и вызовы для системы здравоохранения».

Систематическое повышение уровня профессиональных знаний и навыков медицинских работников представляет собой важнейшую задачу, как личную, так и государственную.

Молодым специалистам сформировать нужные в повседневной практике навыки много проще, однако под ними могут скрываться глубокие пробелы в знаниях. Это не упрёк поколению, ведь грамотных специалистов немало среди молодёжи, а сожаление. Заполучить такие пробелы в различные периоды общеобразовательной и профессиональной подготовки им было легче, чем избежать. Тотальный кризис общественных отношений 90-х перетёк в нескончаемое реформирование системы образования. Реформа, с её неоднозначными целями, «компетентностным подходом», упором на дистанционные формы обучения, «клиповой» подачей информации и натаскиванием на решение шаблонных задач, продолжается. Теперь – на фоне глобальной перестройки с туманными перспективами.

С реформой образования следует немедленно разобраться, это запущенный до критического состояния вопрос выживания нации.

Досадные пробелы в знаниях могут обнаружиться у любого специалиста, что может быть вызвано встречей с редким случаем в клинической практике, сведения о котором могли забыться, бурным развитием медицинской науки, за которой не угнаться или некогда гоняться из-за высокой нагрузки, новыми сбивающими с толку технологиями и другими причинами. Причём, пробелы нередко проявляются именно тогда, когда клиническая ситуация резко выходит из разряда обычных и требует быстрого принятия нестандартных, но выверенных решений и выполнения точных действий, от которых зависят здоровье и жизнь пациента.

Пробелы в знаниях могут сказываться на качестве врачебной работы

Phoca PDF

совершенно неожиданно и с высоким риском негативных последствий.

Такие пробелы – лишь одна из возможных причин врачебных и, шире, медицинских ошибок. При здравом рассуждении, правильной организации медицинской деятельности и здоровых общественных отношениях в области охраны здоровья, любой инцидент при оказании медицинской помощи – вовсе не повод заклеймить виной и покарать специалиста. Это основание провести анализ причин ухудшения качества, выявить и по возможности устранить или ослабить действие негативных факторов. Если причиной медицинской ошибки послужил пробел в знаниях, его следует заполнить.

Выявление пробелов в знаниях специалиста не может расцениваться иначе, как сигнал для проведения дополнительного обучения. Непременно, с созданием для того благоприятных условий.

Сейчас, к сожалению, любой медицинский инцидент запросто оборачивается уголовным преследованием специалиста, вплоть до лишения его свободы, доброго имени, профессии, семьи, материального и физического благополучия.

Уголовное преследование медицинских работников в последние годы часто становится средством доказательства их вины ради получения компенсации от медицинской организации в последующем гражданском процессе. Вовлечение правоохранительных органов в разбирательство с медиками позволяет пациентам и их родственникам обрести статус потерпевших. При участии в уголовном процессе в статусе потерпевших судебно-медицинская экспертиза проводится за государственный счёт, а оправдательный вердикт не связан с риском возмещения судебных расходов не грозит встречным иском. Признание же уголовным судом медиков виновными практически гарантирует победу и в гражданском процессе, можно смело рассчитывать на компенсацию не только материального, но и морального вреда. В остальном полезный институт преюдиции, суть которого состоит в том, что доказанные обстоятельства не требуют повторного доказывания, в «медицинских» делах работает деструктивно. Как насос, прокачивающий по сути гражданские споры через горнило уголовного преследования медицинских работников. Таким путём проходят уже тысячи «медицинских» дел ежегодно.

Перемалывающая специалистов машина безлимитной преюдиции в «медицинских» процессах подлежит остановке и демонтажу.

В любой момент жизнь любого медицинского работника может быть разрушена до основания. Ныне это одна из главных причин кадрового дефицита в здравоохранении.

Медики не могут и не должны пребывать в постоянном страхе. Ликвидация его оснований – вопрос национальной безопасности.

Phoca PDF

Категория: Управление качеством медицинской помощи
Опубликовано: Среда, 15 ноября 2023, 08:51
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 3163

Что, конечно, непросто, но возможно. Начать следует с устранения смешения понятий и самой возможности произвольно подменять их к своей выгоде. Выявление нарушений при оказании медицинской помощи – это одно, экспертиза качества медицинской помощи – другое, потребительская оценка качества услуг медицинских организаций – третье. Установление причинно-следственных связей – одно, клинический аудит – другое, услуги надлежащего качества – третье. Пресечение преступных деяний – одно, управление качеством – другое, гражданские споры – третье. Судебно-медицинская экспертиза – одно, экспертиза качества медицинской помощи – другое, установление причин ухудшения качества – третье. И т.д. См. также работу «Проблемы установления и интерпретации причин неблагоприятных событий при оказании медицинской помощи».

Решение данной проблемы откроет путь к другому давно назревшему решению – страхованию гражданской ответственности за неблагоприятные события, связанные с оказанием медицинской помощи. Для достижения своих целей страхование потребует глубокой организационной проработки модели и её скрупулёзного правового регулирования, а также изыскания источников финансового обеспечения страхового возмещения вреда и самой страховой деятельности. Представляется перспективным введение солидарной ответственности за неблагоприятные явления при оказании медицинской помощи и связанным с ними вредом.

Страхование гражданской ответственности за неблагоприятные события, связанные с оказанием медицинской помощи, способно гармонизировать общественные отношения в сфере охраны здоровья и ослабить безумное давление потребительского запроса.

О чудовищном разрушительном давлении потребительского запроса мы говорили в первой и второй частях работы. Конечно, введение такого страхования – не гарантия успешного решения проблем, а потенция, доступная при соблюдении ряда условий. Среди них предварительный демонтаж машины безлимитной преюдиции и грамотное планирование, продуманное выстраивание и тщательное регулирование модели страхования. В противном случае, проблемы лишь усугубятся. С «лёгкими» страховыми деньгами на кону конфликтов станет кратно больше, «медицинские» дела приумножатся. Которое из них станет той последней «соломинкой, ломающей хребет верблюду» здравоохранения?

Введению страхования гражданской ответственности в общественно полезной конфигурации препятствует также дискредитация экспертизы качества медицинской помощи (ЭКМП), что произошло по ряду причин. Прежде всего, ложная цель ЭКМП, «выявление нарушений при оказании медицинской помощи», закреплена в Законе. Фактически формулировка превращает ЭКМП в неполноценную СМЭ, хотя это совершенно разные виды экспертиз, со своими целями и методологией. Смешение понятий, о котором мы говорили выше, вкупе с зачастую некорректными вопросами к

Phoca PDF

экспертам, подменой результатов ЭКМП в гражданском споре полученными в уголовном процессе заключением СМЭ и другими эффектами, подкрепляет подлежащую демонтажу машину безлимитной преюдиции. Более всего заинтересованы в ложной цели ЭКМП страховые медицинские организации. Благодаря ей, они законно используют такую недоэкспертизу с целью выявления оснований для применения к медицинским организациям финансовых санкций. Об управлении качеством на основе объективных, полных и достоверных сведений о качестве медицинской помощи, полученных экспертным путём, речи в последние годы вообще уже не идёт.

Доминирующее использование результатов экспертизы качества медицинской помощи в карательных целях исключает управление качеством на основе надёжных экспертных данных.

Нет никаких надежд на улучшение качества медицинской помощи без надёжных сведений о качестве. Однако ЭКМП и её результаты, по сути, стали токсичными для медицинских организаций и специалистов. Тем самым, фактически заблокирована сама возможность появления в стране независимых экспертно-аналитических институтов. Вместо них, процветает торговля «экспертными» услугами. О системе клинического аудита, где экспертные данные имеют ключевое значение, и вовсе говорить не приходится.

Качество медицинской помощи в современном динамичном мире немыслимо без широкого добровольного соучастия специалистов здравоохранения в отраслевом самоуправлении.

Цель улучшения качества медицинской помощи в системе клинического аудита достигается за счёт систематического сбора и всестороннего анализа случаев оказания медицинской помощи, выявления неявных взаимосвязей и закономерностей в клинической практике, открытого обсуждения клинических и экспертных выводов в профессиональной среде.

Вовлечение максимального числа специалистов здравоохранения в клинический аудит – основа долгосрочной стратегии улучшения качества медицинской помощи.

Сейчас в России в рамках создания т.н. «единого цифрового контура здравоохранения» осуществляется переход к «электронной медицинской карте» (ЭМК), формируются «цифровые профили пациента» и базы обезличенных клинических данных. Международные стандарты медицинских данных (HL7) позволяют на региональном уровне дополнять медицинские данные любыми сведениями, в сборе и анализе которых имеется потребность. Для сбора и анализа результатов экспертиз вместе с медицинскими данными, таким образом, нет никаких препятствий. Это могло бы приблизить нас к формированию института клинического аудита на современной технологической основе. Пока, правда, активно

Phoca PDF

обсуждаются совсем другие вопросы – надо ли получать у пациента разрешение на обработку «его» обезличенных медицинских данных, и т.п.

Участие в аналитической работе и клиническом аудите, разработке клинических рекомендаций, иные формы профессионального взаимодействия необходимы специалистам здравоохранения для профессионального роста.

В стране необходимо целенаправленно создавать благоприятную, безопасную и комфортную для профессионального общения медицинских работников среду.

В то же время, самая лучшая профессиональная среда не может противостоять растущему потребительскому запросу – доминирующему ныне конфликтогенному фактору в сфере охраны здоровья. К сожалению, это справедливо не только для взаимоотношений медицинских работников с пациентами и их родственниками, но и внутренних отношений в системе здравоохранения.

Потребительские установки оказывают прямое негативное влияние на качество медицинской помощи и препятствуют достижению целей здравоохранения.

И дело вовсе не в противоборстве «хорошего» партнёрского и «плохого» патерналистского подходов. Дескать, «отсталые» российские врачи не способны окончательно сбросить свои «совковые» установки и преобразиться по западному «чудесному» образцу и подобию. Чушь! Подходы не являются противоположными, для их описания лучше подходит модель дополнительных рядов, где полюса – лишь крайности, а между ними один подход плавно перетекает в другой. Опытный врач использует в каждом случае оказания медицинской помощи индивидуальный подход, который может быть в большей или меньшей степени патерналистским или партнёрским, в зависимости от потребностей конкретного пациента и его коммуникативных предпочтений.

В любом случае, главное во взаимоотношениях врача и пациента – доверие, а как его добиваться – искусство. Однако никакому искусству не совладать с воинствующим потребительством.

Доверие в системе врач–пациент – обязательное условие качества медицинской помощи, ключевая характеристика общественных отношений в сфере охраны здоровья и определяющий фактор общественного здоровья на десятилетия вперёд.

При этом, врач, как и прежде, управляет лечебно-диагностическим процессом, непосредственно определяя качество медицинской помощи. Самооценка качества является одной из неотъемлемых функций врачебной работы. Понимание основ управления качеством и соответствующие навыки

Phoca PDF

Категория: Управление качеством медицинской помощи
Опубликовано: Среда, 15 ноября 2023, 08:51
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 3163

входят в обязательный набор врачебных компетенций.

Врач – не объект управления качеством, как это часто бывает, а ключевой субъект.

Этой позитивной мыслью я предлагаю завершить наше исследование связанных с качеством медицинской помощи аспектов взаимоотношений врача и пациента в современных условиях.

---

* Заключённого в квадратные скобки фрагмента, по мнению автора, не достаёт в приведённой формулировке, в остальном соответствующей определению понятия качества медицинской помощи согласно п.1 ст.64 Федерального закона от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Обсудить в Телеграм

Обсудить вКонтакте

Каталог решений Здрав.Биз.

Всегда ваши, команда Здрав.Биз и Андрей Таевский.

Phoca PDF