Проблема измерения и Требования Минздрава по внутреннему контролю*

Категория: Стратегические вопросы и проблемы управления качеством
Опубликовано: Понедельник, 07 октября 2019, 12:06
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 5820

Уважаемые коллеги! Как вы помните, не так давно нами был проведён аналитический разбор приказа Минздрава России от 7 июня 2019 года № 381н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» (далее – приказ 381н) в «**Комментариях**» к сему творению (Первая серия, Вторая серия, Третья серия).

Благополучно завершив сии труды и поучаствовав в их обсуждении на различных профессиональных дискуссионных площадках, я задался вопросом: с чего начать проработку обозначенных в «Комментариях» и в комментариях к ним проблем? Чуть не начал писать уже другую статью (по секрету: о форме сводного отчёта и прочих про-приказовых делах). Поразмыслив ещё, однако, пришёл к выводу, что начать следует с самых глубин, с проблемы измерения того, что пытается регулировать названный приказ. И только потом, разобрав принципы формирования надёжной основы, можно будет давать рекомендации по строительству видимой части системы внутреннего контроля в соответствии с новыми требованиями.

– А теперь ты что делаешь?
– У меня есть мысль! Мысль, и я её думаю…
– Какая мысль?
– У меня есть мысль, э… измерить свой рост!
– Ах! Какая хорошая мысль! А можно, я её тоже немножко подумаю?
(© м/ф «38 попугаев»)

Без измерения нет целесообразного управления. Чем более сложным и важным является объект управления, тем более полными, актуальными и надёжными должны быть сведения о его состоянии. В управленческом плане медицинская деятельность и медицинская помощь относятся к объектам, неоспоримо важным и неимоверно сложным, что задаёт высокие требования к информации. Методика измерения, как тщательно проработанная совокупность используемых принципов и методов оценки контролируемых параметров управляемых объектов, есть не единственное, но абсолютно необходимое условие получения таких сведений.

Проблема методики измерения неотделима от других проблем управления качеством медицинской помощи, обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности. В их числе такие серьёзные проблемы, как выявление и учёт медицинских инцидентов, выработка и совершенствование системы оценочных критериев, экспертиза качества медицинской помощи, анализ причин ухудшения качества, состояние экспертных институтов, включая состав экспертного корпуса и профессионализм экспертов, надёжность и технологичность используемого аналитического инструментария и др. Многие аспекты названных проблем уже были рассмотрены в публикациях на сайтах Здрав.Биз и ЭкспертЗдравСервис. По необходимости наиболее полного освещения темы, насколько позволит формат статьи, указанные проблемы будут затронуты и в настоящей

Phoca PDF

работе.

Ещё один важный момент, который я должен оговорить предварительно, дабы избежать необоснованных упрёков в поверхностности изложенных в статье суждений: по большому счёту, отталкиваться приходится не от методики измерения показателей, это уже следующий шаг, а от базовой проблемы измерений в управлении объектами. В нашем случае, поскольку рассматриваются практические эффекты выхода приказа 381н, под объектами управления следует понимать медицинскую деятельность, её качество и безопасность, а также качество медицинской помощи в индивидуальных случаях её оказания и в их множествах, сформированных по различным основаниям.

Эффективную систему управления столь сложными, вариабельными и насыщенными всевозможным риском объектами, как медицинская деятельность и медицинская помощь, невозможно целиком придумать «из головы». Силою мысли можно создавать и совершенствовать идеологию, концепции, принципы, технологии и методики, и даже структуру управляемых параметров, но не их самих. В деталях управление всегда будет опираться на накопленный в медицине и здравоохранении и осмысленный опыт, и развиваться вместе с культурой, как профессиональной, так и общей, как национальной, так и глобальной. Способы выявления проблем и достижения улучшений рождаются из систематического наблюдения, исследования, анализа и синтеза, и оттачиваются благодаря этим традициям в естественном управленческом цикле. Именно из систематического наблюдения рождаются (должны рождаться, если говорить об этом в России наших дней) контролируемые параметры, методы измерения и индикаторы состояния процессов, коррекционные возможности и способы предотвращение неблагоприятных событий, требования и рекомендации и т.д.

Во многих странах с развитыми системами здравоохранения традиции горизонтальных связей и восходящих запросов к коллегам и обществу устояли на протяжении столетий и привели постепенно к формированию мощной профессиональной самоуправляемой среды, находящейся в гармоничных отношениях с обществом и государством. Участие последнего не выходит за рамки минимально необходимого, причём, рамки эти устанавливает само медицинское сообщество в открытом диалоге с обществом. Профессиональное сообщество планирует и проводит необходимые исследования, собирает и анализирует данные о клинической практике, формирует рекомендации по ведению больных и определяет, что для этого нужно, вырабатывает системы стандартов и т.д. Медицинские работники формируют профессиональную среду, каждый член которой, разделяет её ценности и следует им, стремится внести свой вклад в системные улучшения, а в ответ ощущает всестороннюю поддержку и защиту.

Phoca PDF

Категория: Стратегические вопросы и проблемы управления качеством
Опубликовано: Понедельник, 07 октября 2019, 12:06
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 5820

В нашей стране, к сожалению, традиции профессионального самоопределения в прошлом веке были дважды утрачены. Попытки привнести в российское здравоохранение западные принципы и методы менеджмента качества встречают ожесточённое сопротивление. Не профессионального сообщества даже, оно у нас застыло в зачаточном состоянии и заметного влияния на систему здравоохранения оказывать не в состоянии, а тысячекратно мультиплицированного диссоциированного врача, затюканного, запуганного, вечно уставшего и голодного, ни на что не влияющего, и за всё отвечающего. Отягчающим моментом является необходимость адаптации западных принципов и технологий, которая принимает порой дюже странные формы благодаря воздействию различных политических сил и частных интересов. Образующийся при этом полноводный нисходящий поток мутных директив отвергается медицинскими работниками и организациями. Формальное исполнение требований «для проверяющих» является в России правилом с редкими исключениями. Удивительно, но и общество, как будто заинтересованное в изменениях, также оказывает им сопротивление, и не только пассивное, т.к. активные люди защищают сложившийся доходный бизнес.

Культурные различия проявляются во всём, и их необходимо учитывать. Чем в большей степени формализованы требования и методы оценки соответствия в какой-либо системе (лицензионные требования и условия, международные или национальные стандарты, системы оценки соответствия и т.д.), тем легче в России пойдёт внедрение. Ведь это так просто и привычно: придумать требование (или его подскажут «правильные люди»), ввести его в действие нормативным правовым актом (когда позволяет законодательство, а если нет – инициировать изменения последнего), прописать ответственность за нарушения, да наслать контролёров. Заставить! Укрепить власть, заодно.

Нисходящая формализация неизбежно ведёт к чрезмерной детализации требований, поскольку значение имеет уже не столько целесообразность того или иного требования (вообще либо выполнения его в конкретном случае), сколько факт его выполнения, как момент («гештальт») власти. Для обеспечения справедливости (или видимости справедливости) вердиктов, выносимых в отношении исполнителей требований, системе нужны формализованные сведения с возможностью категоричной оценки выполнения. Отсюда, из необходимости объективизации произвольных суждений, и проистекает стремление к чрезмерной детализации и к методологической ограниченности дихотомическим оценочным принципом.

– Нет! Так не получится!
– Почему это, «не получится»?
– Меня половинами мерить нельзя!
– Это почему это нельзя?
– Потому, что я целый!
(© м/ф «38 попугаев»)

Phoca PDF

Такая формализация всё далее отделяет нас от пути, на котором мы могли бы на равных присоединиться к международному медицинскому сообществу. Там тоже формализация, только она опирается на сообщества профессионалов, способных вырабатывать независимое мнение по любому вопросу медицины и здравоохранения, и это мнение будет иметь самый большой вес в обществе. В чрезмерной детализации оценочных критериев и дихотомической категоричности суждений при наличии доверия потребностей нет. Эксперт на основании своих знаний и опыта может позволить себе сделать по итогам аудита, по нашим меркам, слабо структурированное, весьма туманное и даже «лирическое» заключение, и его содержание прекрасно поймут его адресаты. И что совсем уж удивительно для нашей культуры, они станут ему следовать!

– Нет, что ещё за байда? Нам нужно другое! Не вот это вот всё, а понятное наше, родное! Что вы мутите воду? Напишите конкретно! Чего нам делать, немедленно и перманентно! Мы и будем следовать вашим писаниям, невзирая на все нарекания. Когда смотрят – уж точно! А раз нет – «может быть» – это в самую точку. Что, разве не старались мы? А ты поди докажи, поймай вначале за руку! Пошли ещё контролёров, им это на руку. А что развелось их, нечем дышать, так то лишний повод нам. Критиковать.

Вернёмся, однако, к нашему приказу 381н. Методики измерения в нём нет, и даже системы оценочных критериев нет, а есть лишь направления, внутри которых обозначены отдельные обобщённые требования – в основном, в виде многочисленных отсылок к положениям законодательства и действующим нормативным правовым актам.

– А ты, пожалуйста, ещё подумай!
– О-хо-хо-хо-хо! Я про одно и то же не умею думать два раза!
(© м/ф «38 попугаев»)

А что, собственно, стоит за введёнными требованиями? Сборная солянка, как нетрудно убедиться. Основные компоненты солянки представляют собой:

1) требования нормативных правовых актов прямого действия – т.е., подлежащие безусловному исполнению в качестве лицензионных требований и условий и, соответственно, оценке по дихотомическому принципу: «да, выполнено» = работать можно, либо «нет, нарушено» = работать (до устранения нарушений) нельзя. Оценочные принципы – «чисто» дихотомический и минимальной достаточности;

2) положения законодательства, не имеющие чётких требований к обеспечению их правоприменения в подзаконных актах, а также размытые требования нормативных правовых актов (типа «рекомендуемых штатных нормативов» в порядках оказания медицинской помощи или «средней

Phoca PDF

частоты назначения» в стандартах медицинской помощи). «Иди туда, не зная, куда, и сделай то, не зная, что». А проверяющий придёт, и оценит телодвижения, одним глазом. Оценка – триумф произвола, в отсутствие методики, позволяющей интегрировать спорные моменты в единую аналитическую модель;

3) благие намерения в отношении процесса оказания медицинской помощи и его результатов (клинические рекомендации в российской интерпретации, критерии оценки качества медицинской помощи, программы государственных гарантий с настольной книгой медицинского страхового штрафодёра – приказом ФФОМС от 28 февраля 2019 года № 36 и т.д.). Оцениваются, как правило, дихотомически с опорой на произвольные суждения «экспертов»;

4) документы системы стандартизации Российской Федерации (национальные, а точнее – локализованные международные стандарты), не обязательные к применению в сфере здравоохранения в соответствии с Законом о техническом регулировании, и не становящиеся обязательными ни целиком, ни в какой-либо части благодаря отсутствию конкретики в приказе 381н. Сюда же – международные стандарты, не имеющие пока российских аналогов, но учтённые частично Практическими рекомендациями Росздравнадзора. Оценочные принципы – разные (когда есть);

5) системы добровольной сертификации в здравоохранении (далее – СДС). СДС «Качество и безопасность медицинской деятельности» от РЗН, если говорить о приказе 381н, хотя это не единственная СДС в стране (есть ещё СДС «ЭкспертЗдравСервис», к примеру). Оценочные принципы – разные, это дело целиком на совести разработчиков СДС. У СДС от Росздравнадзора это попытка выстроить интеграцию на дихотомическом принципе оценки конечных (неделимых) показателей и «пороговом» проценте положительных ответов для групповых показателей, что, естественно, влечёт за собой существенные технологические сложности (СДС «ЭкспертЗдравСервис» гораздо более технологична). Каждая СДС отражает мировоззрение авторов, порождающее специфические проблемы;

6) отечественные традиции организации и проведения внутреннего контроля с созданием собственных (чаще – региональных и корпоративных) систем оценочных критериев и методик. Оценочные принципы – разные. Наиболее распространены оценочные шкалы: трёхбалльная («не выполнено», «частично выполнено» или «выполнено с нарушениями», и «выполнено»), пятибалльная от «1» до «5» и десятичная от «0» до «1» с шагом «0.2» либо «0.1». Последняя является на сегодняшний день наиболее методологически проработанной (ближе познакомиться с Методикой можно здесь по запросу);

7) находки разработчиков документа, сделанные ими по ходу отправления дела государственной важности.

Phoca PDF

Приказ 381н можно рассматривать в этой связи как попытку собрать в одну болтушку столь различные источники без сколько-нибудь серьёзного их осмысления, согласования и, по-хорошему, пересмотра, в тщетной надежде на то, что она как-то сама «устаканится» (где испарится, где выпадет в осадок). По установленным требованиям спокойно и эффективно может работать лишь эксперт-аудитор высокого класса, имеющий все нужные для этого инструменты в голове, и даже выдавать замечательные рекомендации (которые мало, кто в стране будет способен понять, не говоря уже о том, чтобы им следовать). Сами же медицинские организации, не на шутку озабоченные скоропостижно вступившим в силу приказом, в основной своей массе мгновенно скатятся к поиску наименее «напряжного» способа исполнить требования. То есть, к их формальной интерпретации и поиску «недостающих» бумажек, особо не вникая в то, что стоит за введёнными документом требованиями. Тот же уровень понимания будет демонстрировать большинство проверяющих. Поскольку экспертов-аудиторов высокого класса у нас в стране пока единицы, а медицинских организаций – многие тысячи, на основании обычной продолжительности реализации проекта в год-полтора и невозможности одновременного ведения большого числа проектов нетрудно спрогнозировать суммарный общественно-полезный эффект от введения новых требований, его предположительную траекторию на ближайшие несколько лет.

Существует ли способ добиться повсеместного внедрения интегрированных систем менеджмента качества (ИСМК) в медицинских организациях России в обозримой перспективе? Весьма непростой и чрезвычайно важный вопрос, поскольку в настоящей ситуации у реформаторов нет права на ошибку. Любое резкое движение чревато трагичными последствиями для балансирующего над пропастью российского здравоохранения. Равным образом вредны как попустительство, так и излишнее давление, и то, и другое ведёт к имитации и деградации вместо реальных системных улучшений.

Упор необходимо делать не столько на введении новых требований с принуждением к изменениям (хотя и это должно присутствовать, т.к. мы сильно отстали), а на их кадровом и методическом обеспечении, на создании условий для глубоких культурных преобразований. Приказ 381н в качестве пособия для управления изменениями непригоден, но и не препятствует использованию систем и инструментов, позволяющих обеспечить развитие. Стратегически это верный подход (с многочисленными уже сделанными и будущими оговорками). Документ подобен системе сообщающихся пустых и полупустых сосудов. Так, чем наполнять будем?

– А когда не знаешь, как, нужно у кого-нибудь спросить.
(© м/ф «38 попугаев»)

Phoca PDF

Немало вариантов имеется в распоряжении. В основном – импортных (ISO, JCI, EFQM, HiMSS etc.). Самый ближний путь – заимствовать наполнение у Практических рекомендаций Росздравнадзора, ведь приказ из них и выродился. Активное движение по этому пути позволит быстро обрести современную, ориентированную на динамичный менеджмент качества и безопасности систему управляемых параметров с достаточно глубокой детализацией. Весомый аргумент в пользу такого выбора. Особенно, если медицинская организация планирует пройти процедуру сертификации в ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора в СДС «Качество и безопасность медицинской деятельности». При этом, можно вначале обеспечить соответствие более доступным стандартам серии ISO и пройти по ним сертификацию, после чего уже «замахиваться» на СДС от РЗН. К слову, именно таким маршрутом медицинские организации нередко и следуют.

Вместе с тем, есть у проблемы выбора системы стандартов и другая сторона. Концептуально и методологически расчётные конструкции наиболее популярных систем слабы, и их использование требует выполнения тех условий, о которых я говорил выше. В России эти условия не выполняются и скоро выполнены не будут. Мы находимся в самом начале пути. Соответственно, для применения в нашей стране эти конструкции требуют усиления. Что это за конструкции?

Стремление свести собственно оценку к дихотомии «да/нет» имеет следствием необходимость «мельчить», идти до самого дна и там останавливаться на мельчайших подробностях, которые только и могут быть оценены дихотомическим способом. Что может быть проще обоснованного ответа «да» или «нет» в ситуации определённости? Только произвольный ответ «да» или «нет» в ситуации неопределённости (прошу прощения за сарказм). Любое недостижение «дна» рождает произвол в оценках, иными словами. Да и не всегда оно, настоящее дно, достижимо. Чаще придётся пользоваться условным. Например, наличие некоего тематического локального документа – это конечный показатель? Допустим. Документ или есть в наличии, или его нет – это так просто оценить по факту. А как насчёт его качества?

Опытный эксперт способен исследовать документ на предмет соответствия своему предназначению, и на этом основании вынести в отношении него вердикт, годен он или нет (т.е., ответить корректно, «да» или «нет»), но сама медицинская организация будет иметь сложности с интерпретацией явно не обозначенного внутреннего содержания требований. Наверняка она не будет в состоянии оценить многие из них правильно, если ей вначале в деталях не объяснить, как это следует делать. Значит, к каждому условно конечному показателю потребуется ещё отдельные пояснения в дополнение к предельно простой «двузначной» общей методике оценки (тома, в итоге!), либо внешний консультант достойного уровня (коих, как мы помним, в нашей стране пока раз, два и обчёлся). О доверии к

Phoca PDF

экспертному корпусу в нашей стране тоже нет пока и речи.

Далее, дихотомия тянется снизу до самого верха, ведь каждое «нет» последовательно сбрасывает на «нет» все вышерасположенные уровни иерархии критериев. Здесь логика иерархии дихотомий образует ловушку: для успешного прохождения сертификации на этой основе отрицательные ответы должны быть исключены. Но абсолютного соответствия по сотням параметров достичь нереально! В этой связи приходится вводить произвольно определённый «порог», и он реально закладывается. Например, в Практических рекомендациях РЗН он был установлен в 80% – причём, во избежание затыка на вершине иерархии, вводить его пришлось не для общей итоговой оценки даже, а для каждого направления. Проблема расчётов значений показателей для промежуточных уровней иерархии критериев при этом остаётся, и логически безупречного решения она не имеет.

Стремление к терминальной дихотомии в сочетании с потребностью в итоговом компромиссе и порождает обозначенные выше проблемы. Переход от «чисто» дихотомического оценочного принципа к принципу минимальной достаточности (т.е., к сочетанию дихотомического и градационного оценочных принципов в модификации принципа минимальной достаточности) ожидаемо труден. Подробнее об оценочных принципах можно почитать, например, здесь.

– Я могу измерить твой рост в попугаях.
– В попугаях? А как это?
– Очень просто! Сколько попугаев в тебе поместится, такой у тебя рост.
– Ха! Очень надо! Я не стану глотать столько попугаев!
(© м/ф «38 попугаев»)

Далее, вынужденное из-за стремления к дихотомии погружение в детали имеет разную степень глубины, вследствие чего различные по своей практической важности позиции оказываются равными по своему влиянию на результат. Это обстоятельство может быть проигнорировано (что, как нетрудно догадаться, приводит к искажениям), либо преодолено путём выбрасывания малозначимых для большинства ситуаций позиций (что недопустимо обедняет систему, делает её недостаточно гибкой), либо исправлено введением дополнительного параметра – удельного веса для каждого из конечных показателей. Последний вариант кажется наиболее логичным для дихотомического подхода. В то же время, ранжирование ведёт к чрезмерному усложнению системы. Кроме того, при недостаточно чётких инструкциях и слабом контроле их исполнения, ранжирование чревато произволом проверяющих, если им будет доступна коррекция значений удельного веса критериев «в поле». А она должна быть доступна, ведь значимость различных параметров зависит от конкретных условий. Затем, все изменения значений по умолчанию необходимо ещё

Phoca PDF

обосновать. Предварительная настройка для систем с ранжированием – весьма трудоёмкий и не быстрый процесс, таким образом.

Ещё один пласт проблем вскрывается при внедрении СМК на основе любой системы стандартов в связи с «зарегулированностью» медицинской деятельности в нашей стране вкупе с несовершенством нормативной правовой базы, с её многочисленными «белыми пятнами», перекосами и внутренней противоречивостью. Фактическое отсутствие интеграции с лицензионными требованиями и условиями любой системы стандартов (отсылки к документам по тексту не в счёт) заметно осложняет жизнь в СМК, не говоря уже о внедрении – ожидаемо тяжком. Интеграцией придётся заниматься на месте, т.к. одновременное следование требованиям двух различных систем стандартов (а лицензионные требования это, по большому счёту, те же стандарты) – дело довольно напряжённое и во всех смыслах затратное.

При лицензировании также используется сочетание дихотомического и градационного оценочного принципов в модификации принципа минимальной достаточности на уровне принятия решения о выдаче лицензии. А вот движение вглубь обнаруживает искажения за счёт уже знакомых нам попыток свести оценку соответствия к дихотомии в очевидном стремлении избавиться от эксперта.

Введённые недавно чек-листы, которыми обязаны пользоваться сотрудники надзорных служб при проведении плановых проверок, т.н. «списки контрольных вопросов», на первый взгляд могут показаться «чисто» дихотомическими. Однако эти документы не вводят новые требования, но лишь содержат ограниченные перечни требований, установленных федеральными законами и подзаконными нормативными правовыми актами, а также указывают способ оценки соответствия по каждой позиции. Да, он дихотомический, однако это результирующая оценка, а за нею открывается содержание, которое может потребовать выставить качественную («экспертную») оценку или произвести промежуточные расчёты. На том же примере с «обязательным» локальным документом: прежде, чем отметить его наличие или отсутствие в чек-листе, проверяющий должен принять решение о соответствии на основании качественной оценки представленного проверяемой медицинской организацией документа, иначе за документ сойдёт пустой лист с заглавием. Вопросы об оценочных критериях и методе остаются при этом открытыми (хорошо, если от эксперта ещё не успели избавиться).

В идеале, лицензионные требования должны быть очень чётко дифференцированным для различных целей осуществления медицинской деятельности минимумом, без соблюдения которого деятельность не может быть разрешена, а требования различных систем добровольной сертификации – идеалом (или ступенями, ведущими к идеалу, что лучше), к которому медицинские организации должны иметь смысл стремиться (о

Phoca PDF

стимулах следует позаботиться). Ясно, что такой подход предполагает гармоничное сочетание «минимальных» и «идеальных» требований, чего пока нет (приказ 381н, как раз, являет робкую попытку достичь согласованности в некоторых регулируемых им аспектах).

Как перспективный вариант решения проблемы соответствия, в качестве лицензионных требований может быть обозначено выполнение национального стандарта вместо разрозненных в сотнях и тысячах действующих нормативных правовых актов требований. Но не абы какого, утверждённого в статусе национального с чьей-то увесистой подачи, а созданного как система минимальных требований, отобранных самим медицинским сообществом из различных источников (систем стандартов, основанных на практике, прежде всего). Правда, вопрос с удовлетворением нормотворческих потребностей «отраслевого регулятора» повисает тогда в воздухе. Это совсем другой путь! При движении по нему в один прекрасный момент у «регулятора» не останется полномочий для утверждения каких-либо требований в клиническом отношении, начиная с ныне подлежащих его «одобрямсу» клинических рекомендаций и заканчивая «критериями оценки качества медицинской помощи». Наверное, для здравоохранения страны это было бы неплохо (ключевое слово: «бы»).

Кстати о «критериях оценки качества медицинской помощи»: ещё один массив фактически требований, стараниями «регулятора» обретший сущность, едва ли в меньшей степени влияющую на содержание клинических рекомендаций, чем зависящую от него (вопреки логике, лишь недавно осознанной и воплощённой в законодательстве). Работать по ним очень сложно, а если не использовать нашу технологию экспертизы качества медицинской помощи, позволяющую компенсировать алогизмы приказа 203н, в управленческом смысле и бесполезно.

Клинические рекомендации должны быть источником требований, необходимых для организации медицинской помощи населению и обеспечения медицинской деятельности в соответствии с научно установленными клиническими потребностями, утверждаемых документами федерального уровня. Порядки оказания и стандарты медицинской помощи, федеральные критерии оценки качества медицинской помощи – это всё в первую очередь должно быть приведено и в последующем регулярно приводиться в соответствие с клиническими рекомендациями, меняющимися с развитием медицины. Ждём с нетерпением, когда же законодательно закреплённые зависимости заработают в нужном направлении.

– Зачем же глотать? Во-первых, глотать никого не надо. А во-вторых, и одного попугая хватит. Меня!
– Ну, если глотать не надо…
(© м/ф «38 попугаев»)

Оглянувшись назад, мы с удивлением обнаруживаем с вами, коллеги,

Phoca PDF

множество пересекающихся в той или иной степени массивов различных требований, пересечения которых случайны и грубы. Рано радоваться, обнаружив в разных системах стандартов близкие по смыслу требования – они могут запросто различаться акцентами и даже быть сформулированными с противоположным знаком. Сложностей добавят неясности и противоречия, различное положение схожих требований в разных иерархиях и их разное влияние на итоговый результат, несовпадающие способы оценки выполнения и т.д., и т.п.

Плюсом взаимные зависимости различных факторов влияния на качество и безопасность, о которых я говорил выше. Разные системы стандартов фокусируют внимание на различных параметрах медицинской деятельности, часто упуская их связи, заниматься которыми при организации медицинской деятельности, всё же, придётся. Добавьте сюда необходимость выработки и введения собственных управляемых параметров деятельности (без чего невозможно целесообразное управление) и коррекции предлагаемых стандартами позиций (или их настройки, если это предусмотрено системой). Всё это убеждает нас в том, что на уровне медицинской организации проблема измерения легко решаться не может. Что касается более высоких уровней организации медицинской помощи в стране – так, как она «решается» сейчас, лучше бы не решалась вовсе.

Возможны ли какие-либо способы облегчить медицинским организациям решение данной проблемы? В общем, да, универсальные системы создать теоретически можно, однако такая задача требует колоссальных усилий и ресурсов. По большому счёту, многие системы стандартов в практическом отношении уже являются мета-аналитическими системами. СДС «Качество и безопасность медицинской деятельности» от РЗН, к примеру, вобрала в себя многие положения международных стандартов – национализированных и не только. СДС «ЭкспертЗдравСервис» выстраивалась на протяжении двух десятилетий в плоскости пересечения требований, устанавливаемых различными отечественными правовыми актами (от СНиПов и СанПиН до отраслевых профильных приказов), и реальных потребностей населения в качественной и безопасной медицинской помощи.

На основе этих и других систем стандартов вполне может быть создана универсальная мета-аналитическая система следующего поколения, где каждый параметр будет иметь атрибуты, полностью его характеризующие в различных системах стандартов. Там может быть описано происхождение данного параметра, в каких системах стандартов он ещё используется и в каком виде, и используется ли вообще (он может вводиться и пользователем в целях управления, напоминаю), как он сформулирован и где он расположен в иерархии оценочных критериев той или иной системы (его «родительские» и «дочерние» связи), как он должен оцениваться в разных системах стандартов и какое будет иметь значение получаемая при этом оценка на итоговый результат, и т.д.

Phoca PDF

– Твой рост – 38 попугаев и ещё одно попугайское крылышко. Но крылышко можно не считать…
– Прекрасно! Это просто… Это прекрасно! Прекра… Ура!
(© м/ф «38 попугаев»)

Атрибуты, «привязанные» к каждому параметру универсальной системы оценочных критериев, дают возможность мгновенно настраивать такую аналитическую систему на оценку соответствия любой включённой в неё системе стандартов, начиная от лицензионного минимума и заканчивая «навороченными» системами вроде JCI, и избегая при этом противоречий и дублирования. В качестве примера, одна из перспективных мета-аналитических разработок с нашим участием. Экспертам преимущества универсальной системы объяснять излишне. Пользователям же такой системы в медицинских организациях станет проще ориентироваться как в собственном целеполагании, так и в том, что нужно делать для достижения целей, и в какой последовательности. То есть, появляется возможность прогнозирования результатов усилий, прилагаемых к различным аспектам медицинской деятельности и эффективного планирования. Самое главное, что нельзя упускать из виду при создании подобных систем, это задача формирования культуры качества и безопасности. Система должна быть гибкой и открытой, дружественной и полезной.

– А чем ещё можно мерить рост?
– Всем!
– И мартышками можно?
– Можно!
– Раз-два, левой-правой… ой, всё! Он уже весь кончился!
(© м/ф «38 попугаев»)

Конечно, для практического использовании в управлении потребуется стандартизация показателей, но для нас это не проблема. Точнее, давно решённая проблема. Однако хватает и других сложностей: величина информационных массивов, их неоднородность, неоднозначность требований, внутренняя противоречивость и т.п., накладывающиеся на собственные управленческие задачи и специфические потребности. И, конечно, методика измерения как совокупность методов оценки соответствия для отдельных позиций – коих, я повторюсь, неимоверное число. Часть из них, и немалую, можно рассчитать, это известные показатели. Всё остальное требует от эксперта проявить свой профессионализм в экспертной оценке. Даже если это не внешний консультант, а ответственный работник медицинской организации. Что делать с обилием «белых пятен», ведь именно в этом и заключается одно из главных препятствий на пути к ИСМК? Я считаю, оно должно преодолеваться в первую очередь путём создания библиотек кейсов, разрабатываемых экспертами-аудиторами с богатым разносторонним практическим опытом в здравоохранении. Работа ведётся и в этом

Phoca PDF

направлении.

– Хе-хе! А в попугаях-то я гораздо длиннее!
(© м/ф «38 попугаев»)

---

* Материал вначале был озаглавлен «Проблема измерения и приказ Минздрава 381н». Данный приказ летом 2020 года попал под «регуляторную гильотину» и был проспективно (с 1 января 2021 года) отменён Постановлением Правительства Российской Федерации от 17 июня 2020 года № 868. Взамен был установлен и 2 октября 2020 года за № 60192 зарегистрирован Минюстом аналогичный практически во всех отношениях документ, **приказ Минздрава России от 31 июля 2020 года № 785н** «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности». Различия нового и старого документов разобраны автором в статье «Колобок–2020, или Сказка о регуляторной гильотине». Их совсем немного. Поскольку все различия Требований носят явно искусственный, имитационный характер, возникла необходимость переименовать эту важную и не потерявшую ни крупицы своей актуальности работу.

Рекомендуем:

Базовый пакет технологий экспертизы качества и управления качеством медицинской помощи по отклонениям

Обеспечение качества и безопасности медицинской деятельности по направлениям

Обсудить в Телеграм

Обсудить вКонтакте

Каталог решений Здрав.Биз.

Всегда ваши, команда Здрав.Биз и Андрей Таевский.

Phoca PDF