

Понятие качества можно сформулировать, как желаемый образ того, что представляет субъективную ценность. В этом смысле все мы, так или иначе, стремимся к качеству, вне зависимости от интересов и рода занятий.

Это утверждение справедливо и для нашей отрасли, и для нашей профессии, уважаемые коллеги. Качества ищет каждая медицинская организация и каждый её руководитель, каждый медицинский вуз или научный центр, каждая кафедра, каждый учёный и каждый преподаватель, органы управления здравоохранением всех уровней, контрольно-надзорные органы и т.д. Каждый специалист здравоохранения старается делать своё дело хорошо и тем вносит свой посильный вклад в качество.

Можно и нужно обсуждать содержание понятий в области качества, как мы делали это в [первой публикации](#) [1] настоящей серии в отношении понятия качества медицинской помощи и во [второй публикации](#) [2] – в отношении понятия качества (и безопасности) медицинской деятельности. Можно и нужно совершенствовать теории, методы, практические инструменты, методики и технологии управления качеством. Нужна продуманная система специальной подготовки специалистов здравоохранения по вопросам качества медицинской помощи (далее – МП), медицинской деятельности (далее – МД*) и здравоохранения (далее – ЗО**). Нужна широкая профессиональная дискуссия и обмен опытом. Нужны независимые экспертно-аналитические институты и авторитетные профессиональные сообщества. Всё это очень важно.

Однако когда человек по какой-либо причине сталкивается с системой ЗО (далее – СЗО***), его волнует, в первую очередь, то, что происходит и будет происходить с ним лично, либо с его близким или родственником в тех случаях, когда его контакт с «медициной» кем-то опосредован. Очевидно, что в этой роли выступают медицинские работники и медицинские организации (далее – МО) [3]. Доступная МП и её качество в ряду поводов для беспокойства у нуждающегося в МП человека и у его близких будут, конечно, на первых позициях. В то же время, его представления о качестве МП весьма туманны. Это значит, у нас есть ещё одна задача в области качества, просветительского свойства, и она важна, поскольку непонимание порождает разрушительные конфликты.

Качество МП специфично по смыслу и содержанию [1]. Оно не может быть полноценно выражено ни через соответствие ожиданиям потребителя, ни через соответствие стандартам, а лишь путём проведения специального исследования – экспертизы качества МП (далее – ЭКМП). Это нужно учитывать при использовании результатов ЭКМП в управлении качеством.

Управление качеством МП опирается, прежде всего, на результаты ЭКМП,

которые содержат ценнейшую информацию – при условии, что сами они надёжны, систематически собираются и подвергаются статистическому анализу.

Совокупности результатов экспертиз, сгруппированных по какому-либо основанию, выбор которого определяется управленческими целями, характеризуют качество работы врачей, МО и их подразделений, отдельных служб, иных объединений и СЗО. Отчасти, т.к. совокупность результатов ЭКМП не может целиком охарактеризовать качество деятельности МО или СЗО.

Во-первых, потому, что ЭКМП – это трудоёмкая работа, по определению выполняющаяся специалистами экспертного уровня, чьё время стоит не дёшево. Во-вторых, имеются проблемы с самой экспертизой. В стране не применяется единой методики ЭКМП, обеспечивающей надёжные результаты, которые можно было бы сравнивать между собой [4]. А в Законе прописана ложная цель проведения ЭКМП («выявление нарушений при оказании МП...») [3], в соответствии с которой экспертиза служит задачам внешнего контроля за деятельностью МО, но не управления качеством МП.

В-третьих, экстраполяция частных результатов в оценке качества недопустима, поскольку качество разных объектов описывается с помощью разных характеристик. Система не равна сумме её частей или взаимодействий с нею. К примеру, сумма целей оказания МП в совокупности частных случаев не составляет целей СЗО. Категория качества выражает условный идеал, и для системы он свой, будь то МП, МД, МО или СЗО.

Кроме того, в ЭКМП воплощается ретроспективный подход к управлению качеством МП, поскольку экспертиза проводится по законченным случаям (либо завершённым этапам) оказания МП. Т.е., уже после того, как всё произошло. В управлении качеством МП использование результатов ЭКМП запускает цикл улучшений. Практически он реализуем посредством технологий управления качеством МП по отклонениям [5] и анализа причин ухудшения качества [6]. Более значимый вклад в качество МП мог бы вносить институт клинического аудита, если б был. Пока же, увы, результаты ЭКМП используются преимущественно в карательных и меркантильных целях.

Т.н.м., качество оказываемой населению МП, выраженное в результатах ЭКМП и результатах их статистического анализа, составляет важную специфическую группу характеристик качества СЗО.

Качество МД или, с акцентом на безопасности, «качество и безопасность МД» (далее – КБМД) для пациента ещё менее понятные штуки, чем качество МП, но не менее значимые [2]. Помимо принятия врачебных решений в ходе лечебно-диагностического процесса (далее – ЛДП), важна возможность их

Категория: Стратегические вопросы и проблемы управления качеством

Опубликовано: Суббота, 27 апреля 2024, 13:49

Автор: Андрей Таевский

Просмотров: 1580

качественной реализации, наличие надлежащих для этого условий. Их обеспечение – забота менеджмента МО. Условия оказания МП также влияют на субъективную оценку качества МП пациентом и медицинским персоналом. Качество МД, т.о., определяет качество оказываемой пациентам МП в конкретной МО, причём её как объективную, так и субъективную стороны.

Менеджмент качества МО сосредоточен на оценке текущего состояния деятельности и возможностях её улучшения. Проактивный подход, целеполагание и прогнозирование заложены в идеологию менеджмента. Образуют ли показатели качества МД ещё одну специфическую группу показателей качества СЗО? Интересный вопрос.

Из реестра лицензий на МД можно почерпнуть информацию о числе МО и мест осуществления МД, их профильных составах, но ничего о качестве. В то же время, проводимые лицензирующими органами лицензионные проверки дают результаты, которые уже можно учитывать в составе показателей качества СЗО. Правда, «негативных», в виде числа и характера выявляемых нарушений. То же можно сказать о результатах любых проверок, проводимых органами, наделёнными соответствующими полномочиями. Включая, конечно, и результаты контроля объёмов, сроков, условий и качества МП в системе ОМС.

Масса ценных сведений о качестве деятельности МО образуется при проведении внешних аудитов в системах добровольной сертификации (далее – СДС). Правда, в основном это закрытая информация. Доступны лишь сводные результаты сертификации, а также те сведения, которые публикуют в виде статей и докладов представители МО, с гордостью за свои достижения – когда они есть. Подноготную проектов в области качества мы не видим.

Самый интересный пласт сведений о качестве СЗО содержит совокупность оценок состояния показателей качества МД, образующаяся в МО в ходе осуществления ими внутреннего контроля. Конечно, при условии сбора, систематизации и анализа этих сведений, что предусмотрено требованиями к организации и проведению внутреннего контроля [7]. Классика менеджмента качества предполагает сравнение с конкурентами и тиражирование передового опыта (т.н. «бенчмаркинг») с публичным освещением достижений в области качества. Наши традиции несколько отличаются, и пока подобные сведения, в основном, закрыты.

Т.н.м., кое-какие данные для оценки качества СЗО здесь есть. На их основе можно формировать показатели качества, согласившись с их недостаточностью и ограниченностью применения.

Качество любой социально-экономической системы по смыслу выражает (описывает) соответствие этой системы и её деятельности условному идеалу частной и общественной пользы, достижимому в текущих

общественно-исторических условиях. Стремление к идеалу составляет суть управления качеством, воплощающуюся в улучшениях структуры системы и её деятельности.

Качество в практическом плане может выражаться через соответствие описанному идеалу – т.е., стандартам качества, или соответствие идеальным представлениям совокупности потребителей (населения) – т.е., потребителюскому запросу. Соответствие стандартам отражает объективную сторону качества, соответствие потребителюскому запросу – его субъективную сторону. Обе важны для общей картины и в современном мире рассматриваются совместно [8].

Традиционно общее представление о качестве деятельности системы формируют три главных компонента качества: условия, процесс и результат (т.н. «Триада Донабедяна»). Логично, что у каждого компонента имеются свои объективные и субъективные стороны.

СЗО и МО представляют собой частные случаи социально-экономических систем, к которым применимы общие принципы в области качества. Однако им присуща и своя специфика, связанная с характером их основного «производственного» процесса – процесса оказания МП. Эту специфику, прежде всего, отражают результаты ЭКМП, а также сведения, характеризующие условия, процессы и результаты деятельности СЗО или МО с их объективной и субъективной сторон.

Деятельность в сфере СЗО затрагивает интересы и ценности многих людей, организаций и сообществ, общества и государства. С позиций общественного и личного блага, СЗО и МО должны обладать определёнными свойствами, помимо способности осуществлять качественную и безопасную МД и оказывать качественную МП. Более-менее уверенно судить о качестве СЗО и МО можно было бы посредством комплексного анализа на основе модели с определённой структурой показателей качества.

Структура показателей качества СЗО, помимо специфических характеристик качества МП и КБМД, должна содержать, как минимум, ещё две группы показателей – объективные и субъективные. Первые формируются на основе статистических данных, собираемых установленными способами, вторые – на основе определённым образом учтённого общественного мнения. И, действительно, именно их мы обычно и обнаруживаем на разных уровнях отраслевого управления, хотя конкретное наполнение для разных объектов и целей в них естественно разнится.

Сюда стоит добавить ещё одну позицию – качество отраслевого управления. Оно должно включать не только достижение намеченных целей в области качества, что легко «нарисовать», но и обеспечение достижимости этих целей. Т.е., комплексное планирование и финансирование; создание учебных баз и массовую качественную

подготовку специалистов ЗО; медицинскую науку, фундаментальные и прикладные исследования; разработку и производство медицинского оборудования, инструментария и лекарственных препаратов; строительство; контроль качества, техническое обслуживание и метрологический контроль медицинского оборудования; контроль качества лекарственных препаратов и фармаконадзор; и т.д. Санитарное просвещение, профилактику, реабилитацию и санаторно-курортное дело. Контроль и надзор. Независимые экспертно-аналитические институты. Профессиональные сообщества. Много, чего.

У каждого объекта управления на каждом уровне есть свои цели и задачи, и они должны быть отражены в структуре показателей качества, иначе ущербная структура будет приводить к искажениям и ошибкам в управлении. Беспольные знания, на извлечение которых напрасно потрачены ресурсы – меньше из зол. Хуже – вредные заблуждения, чреватые негативными последствиями для людей, общества и самого объекта управления.

Но единой универсальной системы показателей качества не существует. Вероятно, такая система и не нужна, поскольку вред от её жёсткости будет многократно перевешивать удобство её применения. Значит, всякий раз её придётся собирать заново, руководствуясь изложенными выше общими принципами, главным среди которых является соответствие СЗО целям в области качества[9]. Которые должны быть, как минимум, определены.

Объективные показатели качества СЗО

Введение каждого показателя требует организации сбора и обработки данных с соответствующими трудозатратами. Следует иметь в виду, в этой связи, что мы не располагаем всей информацией, которая была бы полезна в управлении, а лишь той, в обладание которой люди вложили свой труд.

Государственная система статистического наблюдения аккумулирует и систематизирует сведения, составляющие «твёрдое» официальное ядро объективных показателей, в т.ч. качества СЗО.

Они отражают спектр фактически осуществляемой деятельности, её ресурсную обеспеченность и эффективность использования ресурсов, её результативность. За этим скрывается громадный объём первичных и обработанных данных, выуживаемых из необъятной жизненной фактуры ценой большого труда многих людей. Они выполняют свою работу согласно установленным требованиям, а её результаты публикуются к всеобщему благу.

В Советском Союзе ежегодно выпускались союзные и республиканские статистические сборники, в которых содержалась официальная информация

о ЗО, включая экономику и ресурсы отрасли, обеспеченность населения МП различных видов, показатели здоровья населения и др. [10]. Эти данные служили основой для пятилетних планов развития отрасли, реализация которых легко прослеживалась в систематическом улучшении показателей [11]. Т.о., в стране была фактически реализована модель всеобъемлющего отраслевого управления качеством на основе надёжных сведений из официального государственного источника, отвечающего за качество данных.

В современной России эту работу выполняет Федеральная служба государственной статистики (Росстат). Она собирает, хранит, обрабатывает, систематизирует и публикует ценные отраслевые данные в разделе «Здравоохранение» [12] и в других разделах официальной статистики. Кроме того, служба выпускает различные тематические сборники. Сборник «Здравоохранение в России» выходит раз в два года, последний выпуск – 2023 года [13]. Сборники (вместе с приложениями) представляют собой кладези ценных сведений о качестве СЗО. На их основе многое можно улучшать и улучшить!

И всё же, их недостаточно. Официальная статистика ограничена единой системой учёта и отчётности, что сужает возможности управления качеством. Такой подход исключает любые иные цели в области качества, кроме улучшений по тем параметрам, по которым предусмотрена отчётность. Излишне жёсткая зауженная структура показателей исключает многие важные вещи, увеличивая неопределённость в управлении и связанный с нею риск. Организаторы ЗО разными способами пытаются преодолеть такую ограниченность и проявляют в этом большую изобретательность.

Отчётность в рамках национальных проектов, федеральных проектов и государственных программ в сфере ЗО (и не только) по определению обслуживает достижение соответствующих стратегических целей. Сюда же можно отнести отчётность, сопровождающую региональные и муниципальные программы и проекты, направленные на реализацию национальных проектов и государственных программ [14–21].

Нацпроекты и госпрограммы являются действенным способом ускоренного решения застарелых, перезревших проблем и/или опережающего развития по приоритетным направлениям в обход инертной, неповоротливой социально-экономической системы. Он позволяет быстро достигать общественно значимых результатов при высокой отдаче от вложений – сравнительно небольших на фоне традиционных финансовых потоков. Высокая эффективность достигается за счёт привлечения высококлассных специалистов, концентрации усилий на решении приоритетных задач, тщательного планирования, оптимального ресурсного обеспечения, инвестиционной привлекательности, управления рисками и систематического контроля хода реализации и результатов проектов.

Категория: Стратегические вопросы и проблемы управления качеством

Опубликовано: Суббота, 27 апреля 2024, 13:49

Автор: Андрей Таевский

Просмотров: 1580

У проектного подхода есть, однако, и обратная сторона – непростое администрирование, нагружающее систему дополнительными заботами. Общая оценка реализации национальных проектов производится путём сопоставления данных статистического наблюдения значениям целевых показателей, включённых в «Единый план по достижению национальных целей развития Российской Федерации на период до 2024 года и на плановый период до 2030 года» [22]. К сведению: Росстат находится в ведении Минэкономразвития – автора этого прекрасного документа.

Предусмотренная отчётность направлена на достижение целевых значений показателей. Ход реализации проектов отслеживается на основе системы мониторинга статистических данных с применением специальных индикаторов и методов анализа. Производится оценка экономической эффективности мероприятий и их социальных эффектов. Результаты аккумулируются в единой информационной системе мониторинга достижения национальных целей развития и подлежат опубликованию.

Кроме того, осуществляется оценка деятельности ответственных лиц и структур по планированию и реализации предусмотренных проектами мероприятий, включая их организационное, финансовое, кадровое, материально-техническое и иное обеспечение. Эти лица несут персональную ответственность за достижение национальных целей в пределах своей компетенции [23].

Ведомственная отчётность наводнена данными официальной статистики, гоняемыми туда-сюда и мешающими разглядеть её саму. Она же вводится незаметно в составе различных отраслевых требований и обнаруживается везде и всюду.

Например, бесчисленные журналы, в которые никто не заглядывает с и ной целью, как внести очередную запись. Или предусмотренные приказами Минздрава отчёты председателя врачебной комиссии МО [24] и отчёты руководителя службы качества МО [7]. Предполагается, что на их основе руководством МО принимаются управленческие решения. В идеале, так и должно быть, только, к сожалению, управление качеством в МО зачастую «работает» по-другому, особенно в небольших частных клиниках. Оно разделяется на формальную часть, которую следует красиво оформить и сложить на полку «для проверяющих», и реальную, «живую», в виде прямого наблюдения и распоряжений руководителя, чаще устных.

Немало отчётности вводится на региональном уровне, что естественно – а как иначе управлять СЗО региона? К примеру, годовые отчёты руководителей подведомственных МО. Их содержание, помимо описания структуры МО и её общих характеристик, состоит из тех же сведений, что предусмотрены статистическим наблюдением, с обычно скромным аналитическим сопровождением (а чаще – с его имитацией). В частном секторе по аналогичной схеме менеджеры отчитываются перед

учредителями, хотя это уже ближе к корпоративной отчётности, которая рассматривается ниже.

Главные врачи подают отчёты в региональные органы управления ЗО (далее – ОУЗ) к определённой дате. Эта дата рассчитывается таким образом, чтобы ОУЗ сами успели всё принять, проверить, обработать и отчитаться наверх. Предельно формализованные результаты обработки представляются на итоговых коллегиях ОУЗ. На основании собранных сведений в теории осуществляется планирование развития СЗО региона. Кроме того, существует жанр научных публикаций «на основании данных годовых отчётов».

Помимо ОУЗ, различную информацию собирают федеральные и региональные НИИ и НИМЦ, главные специалисты-эксперты федерального, окружного и регионального уровней. Она им необходима для управления вверенными им сегментами ЗО, службами и направлениями [25–28]. Все они, безусловно, заняты нужным и важным делом, однако порождают внесистемную отчётность, которая может заметно нагружать СЗО и отвлекать медиков от работы с пациентами. Особенно, в форме спорадического «срочного» сбора данных. И хорошо, когда эти труды действительно приводят к улучшениям в организации и работе служб, что, к сожалению, происходит не всегда.

Удивительно, но в СЗО существуют обязательные отчёты, которые вовсе не предусматривают каких-либо последствий (кроме варианта оставления профессии автором отчёта). Отчёты специалистов требуются для прохождения ими периодической аккредитации [29] или аттестации на квалификационную категорию [30]. Они готовятся ими с единственной целью – подтвердить свою профессиональную состоятельность и умение оперировать данными, а содержимое этих отчётов никого не интересуют.

Региональные проекты в области качества направлены на повышение эффективности и качества СЗО субъекта Российской Федерации и входящих в него муниципальных образований путём стимулирования МО, их руководителей и медицинских работников к улучшениям в своей деятельности. Некоторые проекты, такие как рейтинги и конкурсы, опираются на сравнительный анализ показателей деятельности подведомственных МО или участников конкурса. Встречаются довольно интересные модели.

Например, в Иркутской области проводился мониторинг (ежегодный рейтинг) муниципального ЗО путём сбора и анализа важнейших показателей здоровья населения и качества ЗО, перечень которых утверждался ОУЗ. Он включал в себя около ста показателей, сгруппированных в 7 блоков (Демографические, Ресурсного обеспечения, Структурной эффективности, Эффективности стационарной помощи, Эффективности догоспитальной помощи, Качества, Особо значимые показатели) [31].

Муниципальные образования были также распределены на 3 группы, чтобы нивелировать существенные различия между ними. Результаты рейтинга озвучивались на итоговых коллегиях ОУЗ с поощрением тройки победителей в каждой группе. Однако окультуренное естественное стремление подопечных к лидерству – важное, но не единственное приобретение ОУЗ региона. В его распоряжении оказывалась актуальная и чётко структурированная по разделам общая картина качества деятельности СЗО в разрезе муниципальных образований. Это позволяло системно выявлять проблемные зоны и принимать обоснованные управленческие решения для улучшения ситуации. Т.е., реализовывать управление по отклонениям в масштабах СЗО региона.

Затем качеством управления, включая «социальную сферу» вместе с ЗО, озаботился федеральный центр [32, 33]. Были утверждены показатели качества регионального и муниципального управления, подлежащие мониторингу, дюжина из которых относилась к СЗО (позже их число увеличилось), и батарея мудрёных методик их расчёта [34]. Департамент здравоохранения Иркутской области включился в эту работу и издал приказ по мониторингу показателей в зоне своей ответственности [35]. В результате получились две параллельные системы мониторинга показателей с разными целями.

Качество регионального и муниципального управления не равно качеству СЗО региона или муниципальных образований. Региональный проект оставался полезным, особенно с учётом массовой передачи муниципальных учреждений ЗО в ведение субъектов Российской Федерации, которая происходила в те же годы. Обе системы могли сосуществовать, и какое-то время действительно сосуществовали, пока обязательное окончательно не вытеснило жизненное.

Мониторинг отдельных показателей вводится для решения конкретных задач, с каким-то обоснованием в рамках проекта или программы, где указывается, с какой целью, кому, пред кем и как необходимо отчитываться. Это в теории. На деле же он оказался лёгким способом запрашивать любые сведения в обход ограничений в отношении сбора данных, не предусмотренных государственной статистикой и другими легальными способами. Либо предусмотренных, но собираемых существенно чаще установленной периодичности.

Семейство мониторингов весьма разнообразно, как по характеру собираемых сведений, так и по распределению ответственности. Помимо инструментов реализации рассмотренных выше проектов в области качества, чего там только нет [36, 37]! Свести их все воедино довольно трудно, поскольку прожекты роятся легко и с помпой, а умирают тихо, и не всегда с их кончиной бывает отменён и мониторинг. Кое-что пытаются систематизировать МИАЦы, и это большая полезная работа, ведь мониторингов – десятки, как и показателей во многих из них [38].

Категория: Стратегические вопросы и проблемы управления качеством

Опубликовано: Суббота, 27 апреля 2024, 13:49

Автор: Андрей Таевский

Просмотров: 1580

Что касается целесообразности мониторингов, то она вторична к пользе реализуемых проектов и программ. Разброс здесь чрезвычайно широк, от набора чиновником материала для диссертации до проектов грандиозного размаха со значительным потенциальным влиянием на здоровье населения и СЗО. На благое начинание тратить силы не зазорно, но и труд специалистов СЗО не должен быть напрасным.

Статистика проверок, расследований, споров и их результатов накапливается в контролирующих и посредничающих инстанциях. Данные разрешительной системы, контрольно-надзорной деятельности, расследований по «медицинским делам» и судебных разбирательств, на первый взгляд, отражают именно качество СЗО.

Всё, что проверяется наделёнными полномочиями органами, прямо или косвенно определяет качество МП, МД и СЗО. Или уже определило, в случае внеплановых мероприятий. Проверки МД МО проводятся в рамках лицензионного контроля, государственного и ведомственного контроля КБМД[3,39–41], а также контроля объёмов, сроков, условий и качества МП, оказываемой гражданам в системе ОМС[42]. Иные основания для проверок МО также часто связаны с качеством (соблюдение санитарного законодательства и др.). Совокупность результатов проверок образует массив достоверных первичных сведений о качестве СЗО.

С результатами контрольно-надзорной деятельности, однако, существует неприятная проблема. Нормативная правовая база МД гипертрофирована до необозримых размеров. Соблюсти всё не представляется возможным, как и проконтролировать соблюдение. Нарушений выявляется не столько, сколько допускается при осуществлении МД, а столько, сколько угодно (и хватает сил) контролирующим инстанциям. Соотношения же нарушений различных видов меняются в зависимости от конъюнктуры, проведения различных кампаний, предпочтений сменяющих друг друга начальников и т.п. Интерпретировать такие результаты в значении характеристик качества СЗО следует с осторожностью.

Проблема известная, и кое-какие шаги для смягчения её негативного воздействия на экономику государством предпринимаются. К примеру, введён мораторий на плановые проверки и узаконена практика профилактических визитов. В концепции риск-ориентированного надзора проводится категоризация организаций по степени риска деятельности с дифференциацией интенсивности проверок в их отношении, вплоть до отмены плановых проверок организаций низкой категории риска[43].

Что касается следственной и судебной статистики, то здесь проблемы настолько глубокие, что полностью исключают суждения о качестве СЗО на такой основе. Количество возбуждаемых и находящихся в производстве уголовных дел против медицинских работников, число, ход и итоги уголовного и гражданского судопроизводства по «медицинским делам»,

статьи, приговоры и сроки, размеры компенсаций в исках и в судебных вердиктах и прочие цифры зависят от чего угодно. От качества СЗО (не путать с «качеством МП» и, тем более, тем, что под ним зачастую понимают) – в последнюю очередь [44].

Обязательные извещения и уведомления в ходе осуществления МД, хоть и подаются по факту определённого события, в силу их обязательности и ответственности за неисполнение можно рассматривать, как особый «примыкающий» вид ведомственной отчётности.

В примерах недостатка нет. Экстренное извещение органа госсанэпиднадзора об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку [45] или об установлении/изменении/отмене работнику предварительного/заключительного диагноза острого/хронического профессионального заболевания [46]. Информирование органа внутренних дел при поступлении возможных жертв насилия, неизвестных и в иных предусмотренных случаях [47]. Извещение Росздравнадзора о нежелательной реакции или отсутствии терапевтического эффекта лекарственного препарата [48]. И т.д., и т.п.

Извещения и уведомления нужны для защиты общественного благополучия. Изымаются из обращения партии лекарственных препаратов и медицинских изделий, останавливаются клинические исследования, инициируются следственные действия, проводятся противоэпидемические мероприятия и т.д. Соответствующие органы накапливают данные о событиях, предпринятых мерах и их последствиях.

Корпоративная отчётность охватывает всю локальную учётно-отчётную документацию, сопровождающую осуществление МД, включая управление качеством. По признаку причины введения её можно разделить на три группы: в соответствии с обязательными требованиями, во исполнение добровольных обязательств и в собственных управленческих целях.

Первую группу мы уже с разных сторон обсудили выше, поскольку она перекрывается с официальной статистической, ведомственной и прочей отчётностью. Да не в один слой. Такая локальная документация – условие осуществления МД, соблюдение которого контролируется извне.

Вторая группа появляется с внедрением какой-либо системы стандартов. Организация добровольно принимает на себя обязательства исполнять требования этих стандартов и СДС (при вступлении), в т.ч. разработать определённую документацию. В некоторых СДС это минимально-громоздкое количество локальных актов, лишённое верхних пределов бюрократического совершенства [49].

Третья группа включает в себя локальную нормативную продукцию

собственного (либо соседского) сочинения. Управленческих задач, требующих решения с закреплением на бумаге, при осуществлении экономической, хозяйственной и МД всегда хватает. Многие из них предусматривают контроль исполнения и разнообразный информационный обмен.

Управление качеством немисливо без внятной, логичной и зафиксированной в локальных документах системы показателей [50]. «Управлять можно только тем, что можно измерить», – Питер Друкер.

Проблема в том, что документооборот не везде отлажен, что зависит от стиля управления МО. Зачастую устаревшие документы не пересматриваются и не отменяются своевременно, а то и вовсе теряются, новые же вводятся поверх прежних и вразрез с ними. Небольшим клиникам на «ручном» управлении неупорядоченность не особо мешает (вне ситуаций проверок контролирующими органами). Но с укрупнением бизнеса она становится серьёзным сдерживающим фактором развития организации. Его преодоление требует от растущей МО глубокой культурной трансформации.

Отлаженный документооборот с идеальной номенклатурой улучшает управление, но чрезмерная строгость требований лишает гибкости. Экстремальная жёсткость может привести к замедлению решения проблем из-за избыточной бумажной работы.

Внутренняя отчётность не всегда отвечает управленческим потребностям из-за нерационального распределения полномочий, подтасовок и блуждания данных. Решения нередко принимаются не там, где обнаруживаются проблемы. Менеджмент обходит проблемы, запрашивая информацию в обход требований, усугубляя неразбериху и создавая помехи персоналу.

Ещё одна большая проблема – достоверность данных в менеджменте. Точная цифра может быть только одна, неверных же – сколько угодно. Та ли это цифра? Что именно и как было измерено? И не повлияло ли само измерение на результат? О проблеме измерения многие менеджеры стараются не думать в силу пугающей её непостижимой глубины [51]. «Когда мера становится целью, она перестаёт быть хорошей мерой» – закон Гудхарта.

Неэффективное управление ведёт организацию к провалу. Для МО провал чреват не только экономическими потерями, но настоящей катастрофой в силу особенностей МД. Для успешного развития МО необходима система внутреннего контроля на принципах менеджмента качества [52]. Фактически это означает необходимость учёта и интеграции в единой системе управления МО и внешних требований, и собственных управленческих потребностей, увязанных с миссией и стратегическими целями деятельности организации [53].

Наш обзор не будет полным без упоминания международного сотрудничества, в рамках которого производится сравнительный анализ СЗО разных стран и регионов мира.

Межгосударственные и глобальные институты в сфере охраны здоровья оперируют сведениями, предоставляемыми странами-участниками таких политических образований. Страны принимают обязательства по информационному обмену, присоединяясь к различным программам, включая программу «Всеобщий охват услугами здравоохранения», инициированную ВОЗ в рамках глобальных Целей устойчивого развития ООН (ЦУР) [54,55].

Информация о СЗО различных стран и регионов публикуется [56]. Её анализ позволяют охарактеризовать те аспекты качества, которые были включены в соответствующие стратегические программы и адаптируемые практические инструменты [57–59]. Эти данные поддерживают разработку и корректировку национальных политик в сфере ЗО. Они позволяют судить и о качестве СЗО в целом в пределах тех стран и регионов, где есть достаточно надёжные данные.

Немало сведений о потребностях населения в МП и качестве СЗО в различных уголках мира аккумулируют частные глобальные и транснациональные структуры. Местно их деятельность подчинена национальному законодательству, включая вопросы обеспечения информационной безопасности и обращения с чувствительными данными [60,61]. Однако миллионы пользователей сами делятся с ними своими чаяниями и компенсируют им все ограничения. Иногда компании публикуют кое-какую аналитику, к своей и общественной пользе.

Очевидно, измерений в ЗО и вокруг него производится много, но что именно мы измеряем? Качество в современном мире есть соответствие стандартам и потребительскому запросу. Однако современных научно и экономически обоснованных стандартов качества СЗО не существует. Вместо них используются различные требования и показатели, посредством которых разные люди пытаются выразить соответствие СЗО общественным потребностям.

Все имеющиеся в нашем распоряжении данные о качестве СЗО условны и по-разному интерпретируются. Они позволяют охарактеризовать различные аспекты качества СЗО, но не качество в целом. Сравнить СЗО и утверждать на такой основе, будто одна всецело лучше другой, нельзя. Но можно обсуждать их преимущества и недостатки, сопоставляя то, что можно измерить и выразить имеющимися средствами.

Субъективные показатели качества СЗО

Измерение соответствия СЗО потребительскому запросу возможно путём

Категория: Стратегические вопросы и проблемы управления качеством

Опубликовано: Суббота, 27 апреля 2024, 13:49

Автор: Андрей Таевский

Просмотров: 1580

сбора и анализа субъективных оценок. Как и с объективными показателями, универсального способа не существует. Мы можем изучать лишь отдельные характеристики качества СЗО. Дело осложняется ещё и тем, что изучаются не физические явления, а их восприятие разными людьми. Точных измерений при таком раскладе не бывает. Но измерять всё равно нужно, иначе нет никакой возможности что-то для людей улучшить.

Изучение общественного мнения идёт разными путями. Могут исследоваться мнения различных контингентов о качестве СЗО в различных его аспектах. Пациентов – о качестве МП, персонала МО – об условиях труда, контрагентов МО – об их хозяйственной деятельности, специалистов ЗО – о качестве отраслевого управления, и т.д.

Выбор аналитических моделей и измерительных инструментов в наше время достаточно широк. Анкетирование пациентов и опросы населения, публичные отзывы и комментарии, независимая оценка качества (далее – НОК), разбор жалоб и обращений граждан. Сюда же можно отнести социально активные государственные, общественные и коммерческие институты. Такие, как общественные советы при органах государственной власти, прямые линии с политиками и чиновниками, горячие линии, депутатскую работу, деятельность общественных некоммерческих организаций, средства массовой информации и др.

Анкетирование пациентов и опросы (интервьюирование) населения можно отнести к наиболее популярным инструментам в сфере ЗО, с их помощью можно исследовать любые аспекты качества.

С ними, однако, существует серьёзная проблема: их результаты чувствительны.. ко всему. Влияет всё: содержание анкет, техника проведения опроса, психологические факторы, внутреннее состояние опрашиваемых, любые сторонние воздействия. Чтобы получить более-менее достоверные сведения, необходимо применять специальные методы объективизации, позволяющие выявлять и нивелировать искажения. Это усложняет содержание анкет и затрудняет весь процесс, от сбора ответов до их обработки и интерпретации результатов. Однако отвечать на бесконечные вопросы с подвохом находится немного желающих, как и сочинять пространные ответы на т.н. «открытые» вопросы. Да и «выборка» не получается репрезентативной, поскольку охотно участвуют люди определённого склада либо имеющие вдруг какой-то интерес. Т.н.м., из интервью и анкет можно извлекать немало полезной для управления качеством информации.

Не стоит забывать и об анкетировании и интервьюировании специалистов ЗО – важнейшем источнике ценных сведений о качестве.

Публичные отзывы и комментарии обычно относят к маркетинговым инструментам. МО его применяют также и потому, что это прямо им

Категория: Стратегические вопросы и проблемы управления качеством

Опубликовано: Суббота, 27 апреля 2024, 13:49

Автор: Андрей Таевский

Просмотров: 1580

рекомендовалось в период активного строительства «системы НОК...» [62–64].

Изначально это были корпоративные сайты с обратной связью и страницы в социальных сетях, где пользователи оставляют свои комментарии. С развитием глобальной информационной сети, расцветом дистанционной торговли и формированием крупных торговых и логистических сетей появилось множество т.н. «сайтов-агрегаторов», поисковых сервисов и «сайтов-отзовиков». Они быстро набрали популярность, т.к. облегчают потребителям поиск и выбор товаров и услуг. Все они занимаются сбором и размещением отзывов потребителей.

Поскольку и положительные, и отрицательные отзывы сильно влияют на продажи, тут же появился рынок услуг заказных отзывов и даже т.н. «ботофермы», позволяющие за недорого провести массивную маркетинговую кампанию, разделаться с конкурентом или свести с кем-то личные счёты. И если в иных сферах морально-этические аспекты подобной практики можно обсуждать в ключе побочных эффектов бизнеса, то в ЗО – нет, такое просто недопустимо. Но, увы, оно есть. С неизбежными тяжбами на этой почве. В т.ч., с участием Верховного Суда [65].

Независимая оценка качества (НОК) является одной из форм общественного контроля за деятельностью МО и СЗО. В этих целях используется общедоступная информация о МО из открытых источников. Их формируют и наполняют необходимыми сведениями органы государственной власти и сами МО. Перечень подлежащих опубликованию сведений и оценочные критерии, по которым производится НОК, устанавливаются Минздравом [66–68].

Т.е., никаких набегов общественников на МО при этом не предполагается. Есть открытые данные – пожалуйста, неравнодушные граждане, пользуйтесь. Более того, в Законе специально указано, что НОК не осуществляется в целях контроля КБМД, ЭКМП и контроля качества МП. Видимо, сии ограничения не останавливали всех желающих вмешаться в ЛДП, и в конце 2017 года «НОК оказания услуг МО» превратилась в «НОК условий оказания услуг МО» [36].

Ведущая роль в системе НОК отведена общественным советам при органах государственной власти, которые наделяются соответствующими полномочиями или специально создаются общественными палатами под эту задачу. Они организуют систематический сбор и анализ данных. К этой работе на законных основаниях могут привлекаться и частные информационно-аналитические агентства. На основе полученных результатов общественные советы вырабатывают предложения по улучшению условий оказания МП, работы МО и качества СЗО. Они же следят за тем, чтобы чиновники исполняли свои обязанности. Итоги этой работы регулярно подводятся в официальных докладах и подлежат опубликованию в

СМИ.

Разбор жалоб и обращений на всех уровнях организации ЗО, от МО до высших органов государственной власти, и обязательное реагирование на них в установленные сроки в России предусмотрены гражданским законодательством и регулируются специальным законом [69–71].

В каждой МО должна быть налажена [работа с обращениями граждан, органов, организаций](#). То же касается всех органов государственной власти и любых организаций независимо от их организационно-правовой формы. Права граждан (и не только) на обращение и на рассмотрение этих обращений по существу защищены.

На разбор жалоб в масштабах страны и отрасли тратятся громадные ресурсы. Далеко не все жалобы являются обоснованными. В то же время, жалобы и обращения – обильный источник ценных сведений о качестве МП, МД и СЗО, хоть и в большом разведении. Эти сведения, помимо реагирования на жалобы, нужно скрупулёзно отбирать, систематизировать, анализировать и использовать в целях улучшения деятельности [72, 73].

В целях совершенствования системы государственного управления измеряются показатели «удовлетворённости» граждан различными его аспектами, включая ЗО. Субъективные показатели включаются в состав комплексной оценки эффективности руководителей органов государственной власти, муниципальной власти и местного самоуправления [74, 34, 22].

Завершая данный раздел, следует отметить, что субъективная оценка качества входит в состав комплексной оценки соответствия. К примеру, классическая модель менеджмента качества включает обязательное изучение потребностей потребителей и их удовлетворение, исследование внешней и внутренней среды организации, вовлечение персонала в улучшение качества и т.д. [75–77].

Качество управления

В СЗО и вокруг неё собираются, систематизируются, хранятся, обрабатываются, передаются и анализируются колоссальные объёмы разнообразных сведений. Все они так и иначе касаются качества – качества работы СЗО различного уровня, оказываемой населению МП, деятельности МО и КБМД, профессиональной деятельности медицинских работников, управления. Далее, качества инфраструктуры ЗО, лекарственных препаратов, медицинского оборудования, медицинского софта и медицинских изделий, медицинского образования, организации и проведения клинических исследований. И т.д., и т.п. Данных – множество. Но целостную картину из них сложить сложно. Если вообще возможно.

Поскольку на сбор, передачу, хранение, систематизацию и анализ сведений расходуются дефицитные ресурсы ЗО, между функционерами от медицины с их политическими целями и карьерными потребностями с одной стороны, и практическим ЗО и специалистами-практиками – с другой, возникает конфликт интересов. И те, и другие стремятся к качеству, но видят его по-разному. Аппетиты организаторов ЗО пытались ограничить ещё в Советском Союзе, пересматривая и отменяя учётно-отчётные формы в учреждениях ЗО, а также прямо запрещая как запрашивать, так и предоставлять сведения и отчёты, не предусмотренные государственной статистикой либо дублирующие их в какой-либо части [78, 79].

Новое время порадовало «регуляторной гильотиной», под которую угодило громадное количество нормативных документов [80, 81]. Существенную часть от которых, правда, затем реанимировали [82] либо заменили аналогами [83]. В том же 2020 году Минздрав избавился от части советского наследия [84]. Примечательно, что в перечень отменённых документов попали именно те ([78] и [79]), посредством которых в Советском Союзе предпринимались попытки умерить чиновничьи аппетиты и ликвидировать лишнюю бюрократию в отрасли. Всякое ограничивающее старьё больше не мешает появляться на свет новым прекрасным отчётам, запросам и мониторингам.

«Цифровая трансформация» экономики и ЗО обещает нам невиданный доселе порядок на принципиально новой технологической основе. Всё сущее будет зафиксировано, запомнено в цифровом образе («цифровом двойнике»), учтено и виртуально воспроизведено по щелчку когда, где и ради чего угодно [85–87]. И кем угодно – в пределах прав доступа, а также и за ними.

Традиционно сложилось два подхода использования автоматических вычислений в человеческой деятельности: автоматизация существующих решений, позволяющие повысить их результативность, и комплексные решения по информатизации, закладываемые в системный базис. Последние сулят более существенный рост результативности, однако и таят в себе риск. Во-первых, рост они сулят, но не гарантируют. А во-вторых, их несовершенства трудно исправить, и при этом от них сложнее отказаться, ведь они встроены в основу системы.

Третий подход вырос из первых двух, как технологическая иллюстрация перехода количественных изменений в качественные. С одной стороны – бурное развитие информационных технологий, включая экспоненциальный рост вычислительных мощностей, обрабатываемых и накапливаемых цифровых данных, появление новых технологических платформ и решений на основе т.н. «искусственного интеллекта» (ИИ) и т.п. С другой – ориентация на потребителя в конкурентной среде, где технологические компании стараются не просто удовлетворить, но предвосхитить и даже сформировать потребности пользователей. Мир виртуализируется,

добровольно и стремительно.

Управленческие возможности открываются при этом головокружительные. Данных – море, аналитика – с системами на основе ИИ какая угодно, фантазировать на тему светлого будущего можно завораживающе красиво, потрясающие карьерные перспективы. Есть, как сейчас модно говорить, «хайп», полно людей с горящими глазами, упорствующих в бреде заменить самих себя на имитации (точнее, соседа, но сосед занят ровно тем же).

Зачарованность понятна, однако в том, что касается личного и общественного здоровья, должны царить здравомыслие и ответственность. Есть ведь примеры разумного, взвешенного, дальновидного и, главное, ответственного подхода к новым технологиям в других отраслях [88]. Цифровая трансформация 30 таит в себе угрозы для человеческих ценностей и самого человечества с потенциально чудовищными последствиями.

Во-первых, цифровые системы оперируют исключительно оцифрованными данными – т.е., теми, для которых предусмотрено определённое место (адрес, типовые характеристики значений, параметры хранения и т.д.), и не видят тех сведений, которым места не нашлось. Но самая важная практическая информация, особенно в вероятностных процессах, таких как ЛДП, находится именно там [89]. Цифровые профили и двойники всего и вся гарантируют точность в производственном цеху или на поле боя, но не на врачебном приёме. Решения, основанные на цифровом образе, если и могут быть эффективными, то для виртуального двойника человека, в той или иной мере ущербного, а не для его живого прототипа.

Во-вторых, хорошо, когда клинические и управленческие решения принимаются вне явного дефицита информации, что уменьшает неопределённость и увеличивает точность прогнозов. Однако данные, не нужные для управления, собранные бесцельно, «чтобы были», есть шум. Они лишь создают помехи управленческому процессу и не оправдывают тех ресурсов, которые были потрачены на организацию их сбора, хранения и обработки. А ресурсы эти значительные, если всё честно подсчитать [90].

Родится ли из информационного хаоса новый порядок, который бы устраивал человечество, трудно сказать. Как и то, останется ли оно вообще. Главное, что необходимо помнить: технологии сами по себе проблем не решают, но порождают новые. Если СЗО не отлажена, работает не оптимально и не развивается в русле систематических улучшений, то никакие технологии не помогут. Напротив, они лишь усугубят её пороки. В этом плане станет показательным, как ответственные чиновники отработают поручения Президента России по технологическому развитию в сфере СЗО [91, 92]. Будет ли разработана настоящая комплексная программа? Будет ли реализована? С какими итогами? Посмотрим.

Пока же качеством отраслевого управления похвастать мы, увы, не можем. В правовом регулировании сплошные перекосы, деятельность МО перегружена требованиями и мелочными придирками, ресурсное обеспечение ЗО заметно отстаёт от потребностей населения в доступной и качественной МП, а дефицит порождает неравенство в доступе к необходимой МП и разорительные последствия для семей, столкнувшихся с серьёзными проблемами со здоровьем своих членов. Особенно опасный провал намечается в самой чувствительной области – обеспечения ЗО квалифицированными кадрами. Включая подготовку специалистов ЗО, как в количественном, так и качественном отношении, их профессиональный рост и удержание их в профессии[93]. Провал кадровой политики повлечёт за собой долгосрочные негативные последствия и представляет собой угрозу национальной безопасности. Целесообразность продолжающегося процесса замещения отраслевого управления рыночным регулированием в этой связи остаётся сомнительной.

*Следует различать качество МД (медицинской деятельности) и качество деятельности МО (медицинской организации). Это частично пересекающиеся понятийные области.

**Здесь и далее «ЗО» («здравоохранение»), если нет специального уточнения, следует понимать в широком смысле – как ЗО страны, региона, района и т.д.

***Здесь и далее «СЗО» («система здравоохранения») охватывает и уровень МО («медицинских организаций»), и если нет специального уточнения по поводу МО, «СЗО» следует понимать как «СЗО, включая ЗО и МО».

Использованные материалы:

1. Таевский А.Б. [«Фокусы качества. Качество медицинской помощи»](#). – Здрав.Биз, 315;
2. Таевский А.Б. [«Фокусы качества. Качество медицинской деятельности»](#). – Здрав.Биз, 317;
3. Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в т.ч.:
 - а) [исходная редакция](#),
 - б) [ред. от 05.12.2017](#);
4. Методика экспертизы качества медицинской помощи: учеб. пособие / Б.В. Таевский, А.Б. Таевский, Е.Г. Князев. – Иркутск: РИО ИГМАПО, 2018. – 108 с.;
5. Таевский А.Б. [«Управление качеством медицинской помощи по отклонениям»](#). – Здрав.Биз, 88;
6. Таевский А.Б. [«Анализ причин ухудшения качества медицинской помощи. Основные положения»](#). – Здрав.Биз, 234;

7. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 года № 785н [«Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности»](#) (Зарегистрирован 02.10.2020 N 60192);
8. Таевский А.Б. [«Чему соответствует качество?»](#). – Здрав.Биз, 309;
9. Таевский А.Б. [«Управление соответствием. Введение в технологию \(10.04.23\) 16–28. Концепция и архитектура системы»](#). – ЗдравЭкспертРесурс, 179;
10. Сборники [«СССР в цифрах»](#) (1934 – 1991). – Универсальная библиотека, портал создателей электронных книг;
11. [Большая советская энциклопедия. в 30-ти т.. – 3-е изд.. – М. : Совет. энцикл., 1969 – 1986. ил., карт. – т.9;](#)
12. Федеральная служба государственной статистики (Росстат), раздел официальной статистики [«Здравоохранение»](#);
13. Сборник [«Здравоохранение в России 2023»](#). – Росстат, оф. сайт;
14. Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2018 года № 204 [«О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года»](#);
15. Постановление Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации от 21 декабря 2018 года № 682-СФ [«О ключевых задачах реализации национальных проектов в социальной сфере»](#);
16. Указ Президента Российской Федерации от 6 июня 2019 г. № 254 [«О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года»](#);
17. [«Стратегия социально-экономического развития Иркутской области на период до 2036 года»](#) (утв. Законом Иркутской области от 10 января 2022 года № 15-03);
18. Постановление Правительства Российской Федерации от 9 октября 2019 года № 1304 [«О модернизации первичного звена здравоохранения Российской Федерации»](#);
19. Постановление Правительства Иркутской области от 15 декабря 2020 года № 1053-пп [«Об утверждении региональной программы модернизации первичного звена здравоохранения Иркутской области на 2021 – 2025 годы»](#);
20. Указ Президента Российской Федерации от 21 июля 2020 года № 474 [«О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года»](#);
21. Постановление Правительства Российской Федерации от 26 декабря 2017 года № 1640 [«Об утверждении государственной программы Российской Федерации "Развитие здравоохранения"»](#) (в ред. ПП РФ от 01.04.2024 № 407);
22. [«Единый план по достижению национальных целей развития Российской Федерации на период до 2024 года и на плановый период до 2030 года»](#) (утв. Распоряжением Правительства Российской Федерации от 1 октября 2021 года № 2765-р);
23. Указ Президента Российской Федерации от 4 февраля 2021 г. № 68 [«Об оценке эффективности деятельности высших должностных лиц](#)

- [\(руководителей высших исполнительных органов государственной власти\) субъектов Российской Федерации и деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации](#)»;
24. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 5 мая 2012 года № 502н [«Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации](#)»;
 25. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 25 октября 2012 года № 444 [«О главных внештатных специалистах Министерства здравоохранения Российской Федерации](#)»;
 26. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 апреля 2021 года № 374 [«О главных внештатных специалистах Министерства здравоохранения Российской Федерации в федеральных округах Российской Федерации](#)»;
 27. Аналитический материал [«Для чего нужен институт ГВС и как он работает](#)» – ЭХО онкологии. Экспертно-аналитический вестник. 2023. №1 (цит. по Сетевому изданию «Вместе против рака»);
 28. Распоряжение министерства здравоохранения Иркутской области [«О главных внештатных специалистах министерства здравоохранения Иркутской области](#)» (в ред. расп. МЗ ИО от 09.04.24 № 1031-мр);
 29. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 октября 2022 года № 709н [«Об утверждении Положения об аккредитации специалистов](#)» (Зарегистрирован 30.11.2022 N 71224);
 30. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 августа 2023 года № 458н [«Об утверждении порядка и сроков прохождения медицинскими работниками и фармацевтическими работниками аттестации для получения квалификационной категории](#)» (Зарегистрирован в Минюсте России (Зарегистрирован 05.10.2023 N 75469);
 31. Приказ департамента здравоохранения Иркутской области от 9 июня 2007 года № 593 «Об утверждении положения»;
 32. Указ Президента Российской Федерации от 28 апреля 2008 года № 607 [«Об оценке эффективности деятельности органов местного самоуправления муниципальных, городских округов и муниципальных районов](#)»;
 33. [«Перечень дополнительных показателей для оценки эффективности деятельности органов местного самоуправления городских округов и муниципальных районов, в том числе показателей, необходимых для расчета неэффективных расходов местных бюджетов](#)» (утв. расп. Правительства РФ от 11.09.2008 № 1313-р);
 34. Постановление Правительства Российской Федерации от 17 декабря 2012 года № 1317 [«О мерах по реализации Указа Президента Российской Федерации от 28 апреля 2008 г. № 607 "Об оценке эффективности деятельности органов местного самоуправления муниципальных, городских округов и муниципальных районов" и подпункта "и" пункта 2 Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 601 "Об основных направлениях совершенствования](#)

- [системы государственного управления"»;](#)
35. Приказ Департамента здравоохранения Иркутской области от 3 июня 2008 года № 666 «О показателях системы целеполагания»;
 36. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26 июня 2015 года № 370н «[Об утверждении Положения об осуществлении мониторинга формирования, экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи](#)» (Зарегистрировано в Минюсте России 14.07.2015 N 38005);
 37. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 4 мая 2018 года № 201н «[Об утверждении показателей, характеризующих общие критерии оценки качества условий оказания услуг медицинскими организациями, в отношении которых проводится независимая оценка](#)» (Зарегистрировано в Минюсте России 23.05.2018 N 51156);
 38. Страница «[Мониторинги](#)» оф.сайта ГАУЗ «Республиканский МИАЦ» Респ. Татарстан;
 39. Приказ Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения от 10 июля 2020 года № 5974 «[Об утверждении Административного регламента Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по осуществлению государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности](#)» (Зарегистрировано в Минюсте России 07.08.2020 N 59208);
 40. Приказ Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения от 11 февраля 2022 года № 973 «[Об утверждении форм проверочных листов \(списков контрольных вопросов, ответы на которые свидетельствуют о соблюдении или несоблюдении контролируемым лицом обязательных требований\), используемых Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и ее территориальными органами при осуществлении федерального государственного контроля \(надзора\) качества и безопасности медицинской деятельности](#)» (Зарегистрировано в Минюсте России 25.02.2022 N 67487);
 41. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. № 787н «[Об утверждении Порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности](#)»;
 42. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2021 года № 231н «[Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения](#)» (Зарегистрировано в Минюсте России 13.05.2021 N 63410);
 43. Федеральный закон от 31 июля 2020 года № 248-ФЗ «[О государственном контроле \(надзоре\) и муниципальном контроле в Российской Федерации](#)»;
 44. Князев Е.Г., Таевский А.Б., Тутынин С.С., Романенко А.А. Проблемы установления и интерпретации причин неблагоприятных

событий при оказании медицинской помощи на примере судебной практики // Менеджмент качества в медицине. – 2020. – №1(7). – С.115–120;

45. Приказ Министерства здравоохранения СССР от 4 октября 1980 года № 1030 [«Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения»](#);
46. Постановление Правительства Российской Федерации от 5 июля 2022 года № 1206 [«О порядке расследования и учета случаев профессиональных заболеваний работников»](#);
47. Таевский А.Б. [«Занимательный анализ приказа Минздрава №664н и организация информирования органов внутренних дел в медицинской организации»](#). – Здрав.Биз, 285;
48. Приказ Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения от 15 февраля 2017 года № 1071 [«Об утверждении порядка осуществления фармаконадзора»](#) (Зарегистрирован 20.03.2017 N 46039);
49. [Предложения \(практические рекомендации\) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности](#), в т.ч.:
 - а) в медицинской организации (в стационаре), утв. ФГБУ «Центр мониторинга и клинико-экономической экспертизы» Росздравнадзора, 2015 (утратил силу),
 - б) в медицинской организации (поликлинике), утв. ФГБУ «Центр мониторинга и клинико-экономической экспертизы» Росздравнадзора, 2017 (утратил силу),
 - в) в медицинской лаборатории, утв. ФГБУ «Центр мониторинга и клинико-экономической экспертизы» Росздравнадзора, 2018,
 - г) в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь при стоматологических заболеваниях в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара, утв. ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора, 2019,
 - д) в медицинской организации, оказывающей нефрологическую помощь (заместительная почечная терапия), утв. ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора, 2021,
 - е) вне медицинской организации (скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи), утв. ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора, 2021,
 - ж) в медицинской организации (стационаре). Вторая версия, утв. ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора, 2022,
 - з) в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь по профилю "Нефрология" (плановая заместительная почечная терапия). Вторая версия, утв. ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора, 2023,
 - и) в медицинской организации, использующей вспомогательные репродуктивные технологии, утв. ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора, 2023,
 - к) в медицинской организации (поликлинике). Вторая версия, утв.

- ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора, 2023;
50. Бошкович Р., Князев Е.Г. [«Показатели в системе внутреннего контроля и управление качеством деятельности медицинской организации»](#). – под ред. А.Б. Таевского. – ЗдравЭкспертРесурс, 166;
 51. Таевский А.Б. [«Проблема измерения и Требования Минздрава по внутреннему контролю»](#). – Здрав.Биз, 256;
 52. Таевский А.Б. [«Пределы управления и тупики регулирования в здравоохранении»](#). – ЗдравЭкспертРесурс, 173;
 53. Таевский А.Б. [«Объять необъятное. Об интеграции требований в управлении качеством»](#). – ЗдравЭкспертРесурс, 176;
 54. Программа [«Всеобщий охват услугами здравоохранения»](#). – Всемирная организация здравоохранения, 2023;
 55. Цели устойчивого развития. [«Цель 3: Обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте»](#). – Организация Объединённых Наций;
 56. Global monitoring reports. [«Tracking Universal Health Coverage: 2023 Global monitoring report»](#). – World Health Organization and the International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, 2023;
 57. Руководство [«Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage»](#). – World Health Organization, OECD, and International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, 2018;
 58. Сборник [«Improving the quality of health services: tools and resources»](#). – World Health Organization 2018;
 59. Руководство [«Quality health services: a planning guide»](#). – World Health Organization 2020;
 60. Федеральный закон от 27 июля 2006 года № 149-ФЗ [«Об информации, информационных технологиях и о защите информации»](#);
 61. Федеральный закон от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ [«О персональных данных»](#);
 62. Таевский А.Б. «Заблудившие в сказке»: [Часть I](#). – Здрав.Биз, 71, [Часть II](#). – Здрав.Биз, 72;
 63. Постановление Правительства Российской Федерации от 30 марта 2013 года № 286 [«О формировании независимой системы оценки качества работы организаций, оказывающих социальные услуги»](#) (утратило силу);
 64. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 октября 2013 года № 810а [«Об организации работы по формированию независимой системы оценки качества работы государственных \(муниципальных\) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения»](#) (утратил силу);
 65. Определение Судебной коллегии по гражданским делам Верховного Суда Российской Федерации от 12 ноября 2019 года № [14-КГ19-15, 2-2794/18](#);
-

66. Постановление Правительства Российской Федерации от 14 ноября 2014 года № 1202 [«О порядке осуществления координации деятельности по проведению независимой оценки качества оказания услуг организациями в сфере культуры, социального обслуживания, охраны здоровья и образования и общего методического обеспечения проведения указанной оценки»](#);
67. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 декабря 2014 года № 956н [«Об информации, необходимой для проведения независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями, и требованиях к содержанию и форме предоставления информации о деятельности медицинских организаций, размещаемой на официальных сайтах Министерства здравоохранения Российской Федерации, органов государственной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления и медицинских организаций в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"»](#) (Зарегистрирован 20.02.2015 N 36153);
68. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 4 мая 2018 года № 201н [«Об утверждении показателей, характеризующих общие критерии оценки качества условий оказания услуг медицинскими организациями, в отношении которых проводится независимая оценка»](#) (Зарегистрирован 23.05.2018 N 51156);
69. Гражданский кодекс Российской Федерации: [Часть первая](#), [Часть вторая](#);
70. Федеральный закон от 2 мая 2006 года № 59-ФЗ [«О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации»](#);
71. Закон Российской Федерации от 7 февраля 1992 № 2300-1 [«О защите прав потребителей»](#);
72. Бошкович Р., Чикина О.Г. [«Жалобы, инциденты и менеджмент качества в медицинской организации»](#) (под ред. А.Б. Таевского). – ЗдравЭкспертРесурс, 185;
73. Таевский А.Б. [«Четыре этапа организации работы с обращениями граждан в медицинской клинике»](#). – Здрав.Биз, 310;
74. Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 601 [«Об основных направлениях совершенствования системы государственного управления»](#);
75. Национальный стандарт Российской Федерации ГОСТ Р ИСО 9001-2015 [«Системы менеджмента качества. Требования»](#) (утв. приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 28 сентября 2015 года № 1391-ст);
76. Национальный стандарт Российской Федерации ГОСТ Р ИСО 10002-2020 [«Менеджмент качества. Удовлетворенность потребителей. Руководящие указания по управлению претензиями в организациях»](#) (утв. и введен в действие приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 28 августа 2020 года № 578-ст);
77. Национальный стандарт Российской Федерации ГОСТ Р ИСО 10018-2021

- [«Системы менеджмента качества. Руководящие указания по вовлечению персонала»](#) (утв. и введен в действие приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 9 декабря 2021 года № 1750-ст);
78. Приказ Министерства здравоохранения СССР от 20 июня 1986 года № 880 [«Об упорядочении ведения статистической отчетности и ликвидации незаконной отчетности в учреждениях, предприятиях и организациях системы Министерства здравоохранения СССР»](#);
79. Приказ Министерства здравоохранения СССР от 9 июня 1986 года № 818 [«О мерах по сокращению затрат времени медицинских работников на ведение медицинской документации и упразднении ряда учетных форм»](#);
80. Федеральный закон от 31 июля 2020 года № 247-ФЗ [«Об обязательных требованиях в Российской Федерации»](#);
81. Постановление Правительства Российской Федерации от 17 июня 2020 года № 868 [«О признании утратившими силу некоторых актов и отдельных положений некоторых актов Правительства Российской Федерации и об отмене некоторых актов федеральных органов исполнительной власти, содержащих обязательные требования, соблюдение которых оценивается при проведении мероприятий по контролю при осуществлении государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности»](#);
82. Постановление Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2020 года № 2467 [«Об утверждении перечня нормативных правовых актов и групп нормативных правовых актов Правительства Российской Федерации, нормативных правовых актов, отдельных положений нормативных правовых актов и групп нормативных правовых актов федеральных органов исполнительной власти, правовых актов, отдельных положений правовых актов, групп правовых актов исполнительных и распорядительных органов государственной власти РСФСР и Союза ССР, решений Государственной комиссии по радиочастотам, содержащих обязательные требования, в отношении которых не применяются положения частей 1, 2 и 3 статьи 15 Федерального закона "Об обязательных требованиях в Российской Федерации"»](#);
83. Таевский А.Б. [«Колобок-2020, или Сказка о регуляторной гильотине»](#). – Здрав.Биз, 267;
84. Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 декабря 2020 года № 1283 [«О признании не действующими на территории Российской Федерации отдельных актов СССР и утратившими силу отдельных актов РСФСР»](#);
85. Указ Президента Российской Федерации от 10 октября 2019 года № 490 [«О развитии искусственного интеллекта в Российской Федерации»](#);
86. «Перечень поручений по итогам конференции [«Путешествие в мир искусственного интеллекта»](#), состоявшейся 23-24 ноября 2022 года» от 29 января 2023 года № Пр-172. – Оф. сайт Президента
-

- Российской Федерации;
87. [«Стратегическое направление в области цифровой трансформации здравоохранения»](#) (утв. Распоряжением Правительства Российской Федерации от 17 апреля 2024 года № 959-р);
 88. Лайкер Дж. «Дао Toyota. 14 принципов менеджмента ведущей компании мира»;
 89. Таевский А.Б. [«Управление качеством в системе врач-пациент. Часть IV. Верхом на резвом виртуальном ишаке»](#). – Здрав.Биз, 307;
 90. Шадеркин И.А. [«Три абсолютных барьера при внедрении цифровых технологий в медицине»](#). Российский журнал телемедицины и электронного здравоохранения 2023;9(2):40-55;
 91. [«Перечень поручений по итогам участия Президента в пленарном заседании Форума будущих технологий и его встречи с учёными, состоявшихся 14 февраля 2024 года»](#) от 18 апреля 2024 года № Пр-755. – Оф. сайт Президента Российской Федерации;
 92. Гусев А.В. [«Поручения Президента и Правительства по внедрению искусственного интеллекта в здравоохранении»](#). – Платформа прогнозной аналитики Webiomed, 26.04.2024;
 93. Таевский А.Б. [«Непрерывное медицинское образование: проблемы для специалистов и вызовы для системы здравоохранения»](#). – ЗдравЭкспертРесурс, 184.

Для цитирования:

Таевский А.Б. [Фокусы качества. Качество здравоохранения](#). – Здрав.Биз, 318. <https://zdrav.biz/index.php/management-kachestva-med-pomoschi/strategicheskie-voprosy-upravleniya-kachestvom/318-zdrav-kachestvo>.

Всегда ваш, Андрей Таевский.

[Обсудить в Телеграм](#)

[Обсудить вКонтакте](#)

[Каталог решений Здрав.Биз](#).
