Эссе о качестве экспертизы качества

Категория: Проблемы здравоохранения
Опубликовано: Четверг, 25 июня 2020, 17:20
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 6349

Уважаемые коллеги! Эссе подготовлено в продолжение недавней моей статьи «Как бы регулирование как бы независимой как бы экспертизы». Та, в свою очередь, была написана по следам заседания Рабочей группы по правовой защите медицинских работников комитета Государственной Думы Российской Федерации по охране здоровья на тему «Досудебная экспертиза качества медицинской помощи профессиональными сообществами» 5 июня 2020 года, в котором мне довелось участвовать.

Тематические тезисы, направленные мною в Думу, частично уже раскрыты во многих публикациях, другие ожидают своего часа. В этой работе, однако, предлагаю уважаемым коллегам и прочим причастным отвлечься от увлекательного занятия регулирования экспертизы в личном интересе и государственном масштабе, и поразмыслить о том, какую экспертизу хотелось бы иметь в стране, и каким образом можно было бы её обрести. В отличие от предыдущих работ, говорить здесь буду строго об экспертизе качества медицинской помощи, воздерживаясь от рассмотрения чуждого мне судебно-медицинского экспертного дела.

Качество экспертизы, я полагаю, заключается в максимальном приближении к её собственной цели в итоге специального профессионального исследования объекта. В случае экспертизы качества медицинской помощи, цель состоит в получении полных, объективных и достоверных сведений о качестве медицинской помощи, пригодных для использования по назначению. Качество результатов экспертизы, таким образом, можно рассматривать, как производное условно абсолютной и относительной, связанной с целью её проведения, ценностей. Само же качество медицинской помощи следует понимать, как совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора [**и применения**] методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата (выделен недостающий, по мнению автора, фрагмент формулировки 323-ФЗ).

В то же время, результаты экспертизы суть продукт экспертной «производственной» деятельности, подчиняющейся всем универсальным законам общественно полезной деятельности, но имеющей собственную, и довольно тонкую, специфику, которую нужно учитывать в «регулировочных» посылах. Качественные результаты конкретных экспертиз могут формироваться в ходе качественной экспертной деятельности. Как в любом другом деле, качество экспертной деятельности составляют качество процессов экспертизы, качество условий её проведения, и качество её результатов. Рассмотрим эти составляющие и постараемся понять, от чего они зависят.

Процессы

Phoca PDF

Основной «производственный» процесс экспертизы качества представляет исследовательская работа эксперта: ознакомление с материалами, планирование исследования, сбор информации, систематизация данных, собственно исследование характеристик качества, проведение анализа полученных результатов, формулирование выводов, подготовка отчёта. Составляющие процесса могут предусматривать выполнение экспертом отдельных требований и применение определённых методов, но целиком процесс может быть описан в методике экспертизы. Надёжная методика ограничивает произвол эксперта и защищает собственную цель экспертизы от внешних, порою весьма агрессивных целей её проведения.

Должна ли это быть единая методика? Только если она достаточно гибкая и позволяет получать качественные результаты при проведении экспертизы в различных целях. И несмотря на то, что такая методика у нас имеется (её электронную версию по-прежнему легко получить здесь), я против установления обязательной для всех единой методики экспертизы. Во-первых, потому, что под видом методики запросто может быть установлена какая лажа в духе современного отраслевого нормотворчества, результатом чего станет исход из экспертной среды последних профессионалов. Во-вторых, потому, что методика должна активно совершенствоваться с развитием медицины и общества, что в случае превращения её в нормативный правовой акт практически исключается. Лучше установить минимальные требования к методикам экспертизы, а их разработку, принятие, сопровождение, включая контроль правильного использования и совершенствование, доверить профессионалам. Подходящие институты: консенсус специалистов-экспертов и сертификация.

В требованиях к методикам экспертизы качества целесообразно обозначить главное: собственную цель экспертизы и возможность получать с её помощью ценные (см.выше) результаты. Помимо этого, исключительно в формате временных положений, без чего в отсутствие развитых экспертно-аналитических институтов в нашей стране может случиться гибель их незрелых ростков, допустимо введение следующих требований:

1) общая структура (принципиальная схема построения) оценочных критериев и показателей качества, обязательные показатели (их всего два – см.ниже), методы их вычисления и стандартизации, а также возможности и основания для выработки и применения дополнительных показателей качества в той же структуре;

2) обязательное использование федеральных критериев оценки качества (к ним ниже ещё вернёмся), а также возможности и основания как для отключения неприменимых критериев из числа федеральных, так и для выработки и применения дополнительных критериев (включая специальные вопросы к экспертам и управляемые параметры качества), условия их интеграции;

Phoca PDF

3) обязательные этапы экспертизы:

а) предварительный, с планированием исследования и его пределов, сбором материала и оценкой достаточности информации, формированием адаптированного индивидуального набора оценочных критериев,

б) контрольный, с формальной оценкой выполнения установленных требований и получением показателя, отражающего эту оценку в разрезе предустановленного набора оценочных критериев (лучше в модификации «Нарушения установленных требований», «НУТ», в единицах – их легко подсчитывать, в отличие от дихотомии «да/нет»),

в) экспертный, с профессиональной качественной оценкой процесса, условий и результата оказания медицинской помощи и получением показателя, отражающего эту оценку в разрезе тех же оценочных критериев (лучше в модификации «Оценка качества», «ОК», в диапазоне от нуля до единицы с шагом 0,1 – десятичные дроби также легко вычислять);

4) возможность использования дополнительных этапов экспертизы и проведения дополнительных исследований, в т.ч. анализа результатов, полученных на обязательных этапах, и сводных данных (вот для этого нужна стандартизация показателей);

5) возможность сбора обезличенных результатов, их хранения и анализа, включая применение различных аналитических инструментов (вот для чего нужны единая принципиальная схема критериев с показателями и обязательные этапы экспертизы с чётко расписанными методами получения оценок);

6) возможность автоматизации процедур (это снова о практической годности данных и адекватных требованиях к ним – к сожалению, в нашей жизни требования к данным чаще препятствуют автоматизации, один 203-й приказ с его тысячами «критериев» и оценками типа «да/нет» чего стоит);

7) надлежащее представление результатов обязательных и дополнительных этапов и экспертизы в целом (таблицы данных, необходимые экспертные пояснения к цифрам и резюме по итогам исследования).

С требованиями к методикам экспертизы качества разобрались. Теперь, об оценочных критериях качества медицинской помощи. Я писал о них уже много раз, так что фрагмент можно пропустить (особенно при отсутствии интереса к технологическим премудростям экспертизы).

Их, по большому счёту, две больших группы:

1) критерии оценки собственно лечебно-диагностического процесса в

Phoca PDF

конкретном случае оказания медицинской помощи (основной «производственный» процесс, состоящий в оценке врачом клинической ситуации, выработке клинических решений, их совместном с больным принятии и реализации, и всё это в динамике с учётом достигаемых в процессе результатов) и

2) критерии оценки организации процесса оказания медицинской помощи на примере данного случая (управляющие, сопровождающие, обеспечивающие и другие процессы и условия, оказавшие влияние на основной «производственный» процесс и его результаты).

Указанные позиции, вкупе с замыкающей их интегральной оценкой качества, и должны формировать вершину иерархии системы критериев. Т.е., примерно так:

Качество медицинской помощи: Показатель 1, Показатель 2, … , в т.ч.:

1. Лечебно-диагностический процесс: Показатель 1, Показатель 2, … ;
2. Организация процесса оказания медицинской помощи: Показатель 1, Показатель 2, … .

Далее, необходимо детализировать эти слишком крупные позиции, чтобы ограничить произвол эксперта в суждениях. Но, и это очень важно, в разумной степени, дабы сберечь его высокоинтеллектуальный и не дешёвый труд, а также укрепить взаимное доверие в системе.

Каковым должно быть наполнение групп? Оценочный блок организации процесса оказания медицинской помощи должны формировать позиции, позволяющие оценить общий план ведения пациента, своевременность оказания медицинской помощи, маршрутизацию и преемственность в оказании медицинской помощи, условия оказания медицинской помощи в данном случае, коммуникацию между всеми участниками, выполнение обязательных процедур в предусмотренных случаях (консилиум врачей и др.), ведение медицинской документации, информационное сопровождение процесса оказания медицинской помощи и т.д.

Оценочный блок лечебно-диагностического процесса должен содержать позиции, позволяющие оценить указанные в 323-ФЗ сущности, и их всего пять: качество диагностики, профилактики, лечения, реабилитации и результат оказания медицинской помощи.

Если нужно специальным образом указать особо важные характеристики, то они вводятся в виде подпунктов, но при этом следует позаботиться о тех вещах, которыми вводимая позиция не охватывается. Например, если вводится детализирующая позиция «Дифференциальная диагностика» к позиции «Качество диагностики», то, если там ничего больше не будет, вся оценка качества диагностики будет сведена к оценке качества

Phoca PDF

дифференциальной диагностики, что, разумеется, неверно. Совокупность детализирующих позиций должна охватывать всё содержание детализируемой позиции, а при невозможности этого достичь должна вводиться позиция типа «прочее».

Повторюсь, излишняя детализация вредна – она крадёт время и доверие. Важна также грамотная группировка позиций: более важные позиции должны находиться ближе к вершине иерархии, менее важные – дальше. Выведение из группы какой-либо позиции на этом же уровне усиливает её позицию, а включение самостоятельной позиции в группу – ослабляет. Например, выведение позиции «Результат оказания медицинской помощи» из блока «Оценка лечебно-диагностического процесса» уровняет его в весе (силе влияния на итоговый результат) с этим блоком (суммарным весом всех оставшихся в нём позиций) и другими позициями высшего уровня, отчего он станет оказывать гораздо большее влияние на итоговую оценку. Напротив, если бы кто пожелал погрузить блок «Оценка организации процесса оказания медицинской помощи» внутрь блока «Оценка лечебно-диагностического процесса», то уровнял бы значение всего первого блока с диагностикой, лечением и другими позициями второго блока, что лишило бы оценку организации процесса оказания медицинской помощи заметного влияния на итоговую оценку качества, как бы «разбавив» её позициями того блока, куда её погрузили. И т.п.

Главное, что необходимо вынести из этого фрагмента: система оценочных критериев должна быть предварительно тщательно отрегулирована. Особенно, когда речь идёт о «базовом» обязательном наборе, который устанавливает федеральный центр, и применение которого влечёт за собой какие-либо правовые и/или экономические последствия. Обязательный «базовый» набор оценочных критериев должен быть минимальным, он должен охватить исключительно вершину иерархии – максимум, три уровня, включая итоговую оценку, и доверить всю детализацию профессионалам.

Как тут не вспомнить автору скромную свою работу «Груз качества 200 и 3 "нэ"» и вновь не поблагодарить Минздрав за поистине фундаментальный труд, неиссякаемый источник аналитического вдохновения? В 3-м своём разделе этот до сих пор удивительно действующий документ содержит (пока, а планировалось много больше) 2,3 тыс. «критериев оценки качества по группам заболеваний (состояний)», которые никакие не критерии, а индикаторы лечебно-диагностического процесса, в лучшем случае. А по факту – чек-листы исполнения безличных предписаний, щенячья радость контролёров всех мастей.

В индикаторах отклонений нет ничего плохого. Врач, контролируя их состояние, может своевременно выявить угрозы в ходе лечебно-диагностического процесса и принять необходимые корректирующие меры. И если он это делает, если отражает отклонения в медицинской документации пациента, обсуждает с коллегами, ищет альтернативные

Phoca PDF

схемы, когда не работают должным образом или опасны стандартные – он молодец. Его не наказывать, его поощрять надо! Особенно, если его сообщения кем-то заботливо собираются, анализируются, помогают совершенствовать практику.

Вопрос о том, какие больные головы контрольные чек-листы и индикаторы лечебно-диагностического процесса называют «критериями оценки качества», утверждают их приказами Минздрава, требуют до истерики их неукоснительного «выполнения», наказывают медицинские организации и врачей за их «несоблюдение», вплоть до уголовного преследования, натравливают пациентов требовать миллионные компенсации морального вреда на основании невероятных страданий по поводу «невыполненных критериев», запихивают их – именно, как «обязательные критерии», в клинические рекомендации, я оставлю без ответа.

А для самой экспертизы самое скверное в этих многотысячных «критериях» заключается в том, что они подобны троянскому коню, посредством которого внешние, порою враждебные истине силы имеют возможность грубого вмешательства в экспертный процесс. Качество процесса экспертизы почти целиком зависит от квалификации эксперта, как специалиста в своей области, владеющего экспертным инструментарием, необходимым ему в процессе проведения экспертизы. Общие минимальные требования к экспертному инструментарию обозначить желательно, и в настоящее время это даже необходимо для формирования здоровой экспертной среды и, в перспективе, института независимой экспертизы. Но лезть в экспертный процесс с детализацией, с предписаниями, с контролем, со всякими чек-листами – идея очень плохая, вредоносная.

Вернёмся к нашему основному процессу. Проводится экспертиза, работает профессионал. Приставать к нему с наущениями – только портить. При столь неоднозначном и непостоянном объекте исследования, как качество медицинской помощи, необходимо и достаточно установить некоторые, малые числом и предельно общие, правила, без которых нельзя обойтись. Всё остальное, включая владение методикой экспертизы, должно усваиваться и отрабатываться в ходе становления профессионала, как специалиста-практика и эксперта в своей области, участвующего в развитии экспертно-аналитических институтов и клинической практики. Мастерство эксперта и его приверженность истине – вот основные, помимо постоянно совершенствующейся общими усилиями методики экспертизы, слагаемые качества основного «производственного» процесса в экспертной деятельности.

На успех также оказывают большое влияние доступность информационных источников и информационно-методическое сопровождение экспертизы, эффективная коммуникация (с учётом ограничений, связанных с конфиденциальностью и недопустимостью конфликта интересов), адекватная

Phoca PDF

автоматизация.

Условия

Стол письменный однотумбовый 1 шт., стул канцелярский артикул… Уже смешно. Нет, не смешно, если вспомнить некоторые вещи из жизни. Например, о Реестре карманных экспертов всея Руси, которым давно бредят некоторые начальники. Или о формальных требованиях к экспертам, как будто регалии, корочки и записи в трудовой книжке могут заменить реальный клинический опыт, честь и здравомыслие. Или о фантазиях, будто декларативное отсутствие т.н. «конфликта интересов» решит все проблемы с экспертами – страха уголовного преследования нагнать на них, и пусть боятся. Их много, таких странных вещей и представлений.

Экспертиза качества медицинской помощи является (пока) лицензируемой деятельностью. От осознания неукротимой при лицензировании и нежелательной для экспертизы качества тотальной формализации, среди прочего, родились предложения вывести её из-под действия Закона о лицензировании отдельных видов деятельности. Почему посыл является преждевременным, я подробно изложил в работе «Нужно ли лицензировать экспертизу качества медицинской помощи?». Прежде, чем это делать, необходимо выстроить эффективную систему саморегулирования деятельности экспертных организаций и экспертов. Она не будет простой, ведь нужно позаботиться о качестве экспертной деятельности, и в «регулировании» это «высший пилотаж».

Самые важные условия экспертной деятельности, без чего совершенно невозможно обеспечить её качество, да и вообще теряется её смысл – это квалификация экспертов и надёжная система защиты собственной цели экспертизы от часто агрессивных внешних целей её проведения. В этом – практическое воплощение той самой «независимости» экспертизы, о которой так много разговоров в последнее время. Ясно, что лицензирование, как максимально формализованный институт предотвращения зла, не лучший способ достижения высших степеней добра. Особенно, в столь тонких делах, как экспертиза качества. Но заменить на деле его пока ещё нечем.

Формальные требования к экспертам в институте лицензирования – это нижняя планка, отсекающая явно негодных претендентов. Очень хорошо, что лицензированию экспертиза качества подлежит лишь тогда, когда именно оказываются таковые услуги одним хозяйствующим субъектом другому (включая, к слову, «экспертную» деятельность страховых медицинских организаций в системе ОМС). Экспертиза, проводимая в целях государственного, ведомственного, внутреннего контроля, конечно, в лицензии не нуждается. В первых двух случаях к проведению экспертизы привлекаются ведущие профильные специалисты, все процедуры жёстко

Phoca PDF

регламентированы, а за качество отвечает государственный орган – организатор экспертизы.

При проведении экспертизы в целях внутреннего контроля возникает коллизия: деятельность есть, но теряет самостоятельное «производственное» значение. Она нужна не сама по себе, а для осуществления медицинской деятельности, улучшения её качества и повышения безопасности. Вспомним, как забавно выкрутились из этого затруднения авторы удивительно (благодаря Постановлению Правительства Российской Федерации от 17 июня 2020 года № 868) действующего до конца 2020 года приказа Минздрава 381н о внутреннем контроле, назвав экспертизу качества «проверками случаев оказания медицинской помощи». К.г., «просто и со вкусом», хоть и нечестно подменять понятия. Иначе в действующих правовых условиях у всех медицинских организаций возникла бы необходимость заявляться на лицензирование экспертизы качества. В своё время аналогичным образом приходилось лицензировать сам внутренний контроль, покуда он присутствовал в Перечне видов работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность.

То, что сейчас есть «нижняя планка» лицензионных требований, это хорошо – при том условии, что со временем им на смену придёт нечто лучшее. Формализация требований, как неотъемлемый лицензионный принцип, прилагаемый к экспертам, полезен только до определённого момента, после чего он уводит от сути экспертной деятельности и может даже препятствовать развитию. Поясню.

Экспертиза – дело профессионалов. Истоки его таковы: тот, кому нужны ответы определённого рода о чём-либо, находит специалиста, способного исследовать данный объект с интересующих заказчика сторон и дать эти ответы. Поскольку интересы людей и объекты типичны, формируются виды экспертиз и профессиональные группы тех, кто способен давать ответы – экспертов. Экспертиза качества медицинской помощи – вполне сложившийся вид экспертизы. Залогом благополучия здесь уже становится заслуженный авторитет, а не формальное соответствие требованиям, что важно только на этапе становления вида экспертизы. Т.о., от «корочек» пора переходить к репутации, и чиновничьи планы загнать всех экспертов в единый реестр в этом свете выглядят жутким анахронизмом.

Сейчас надо бы не «правовым регулированием» заниматься, перетасовывая раз за разом те же полномочия, а целенаправленно прорабатывать концептуальную основу и создавать благоприятные организационно-правовые условия для того, чтобы могла формироваться здоровая профессиональная культурная среда. В ней, среди прочего, лучшие специалисты должны иметь и желание, и возможность реализовывать себя в экспертном качестве. Доступ к экспертной деятельности могут и должны открывать специалистам только профессионалы – по существу, а не по статусу. Подходящие институты: рекомендации и аккредитация.

Phoca PDF

Специальные требования к экспертным организациям в виде обязанности иметь штат экспертов – ещё одна непреодолимая трудность лицензирования. Дело в том, что эксперт, осуществляющий экспертизу качества, должен быть профессионалом высокого класса в своей области, и этого нельзя заместить технологической грамотностью. А профилей у нас много. Отсюда, лицензионные требования по экспертизе качества как бы дробятся на десятки профильных кусочков, и с этим теряется всякий смысл лицензирования. По всем профилям должны быть эксперты в штате? Сколько должно быть специалистов по каждому профилю? Уволился, допустим, уролог – всё, лицензию на проведение экспертизы качества отзываем? А если нет, кому в этой организации будет поручено проведение экспертизы качества урологической помощи, ведь лицензия – право на проведение, есть? И т.д.

Были предложения обойти это затруднение, создав некий «пул экспертов качества», этакую армию универсальных солдат с «корочками» наперевес, но я бы не называл их здравыми. Экспертиза качества не может быть специальностью. Технологическая компетентность в экспертном деле – лишь дополнение к профессиональной, надстройка. Её качество имеет большое значение, и систему специальной подготовки экспертов нужно параллельно выстраивать (точнее, достраивать, доводить до ума). Но нельзя забывать, что экспертные кадры куются в среде «продвинутых» практикующих специалистов, и ни в какой иной. Дело это ювелирное, и чиновнику с решательной кувалдой лучше держаться от него подальше.

По-хорошему, эксперту вовсе не обязательно состоять в штате экспертной организации, равно как и быть включенным в какой-либо реестр, для того, чтобы заниматься экспертизой. Ему нужна аккредитация, в основе которой лежит доверие коллег к его профессиональному уровню. Я надеюсь на то, что со временем дело будет обстоять примерно так: профессиональное сообщество рекомендует специалиста (но может и отозвать свою рекомендацию), а экспертное сообщество – аккредитует его (или нет). Институционально аккредитация, как выражение обоснованного доверия, здесь идеально подходит.

Экспертным же организациям не лицензию надо бы получать по формальным признакам, непонятно из чего образованным, а сертификат соответствия стандартам экспертной деятельности в области качества медицинской помощи. Эти стандарты должны приниматься в формате консенсуса специалистов-экспертов. Орган по сертификации будет полностью сопровождать стандарты, в т.ч. контролировать соблюдение экспертными организациями заложенных в них принципов, технологий, процедур, специальных условий и иных положений.

Здесь возможны и другие организационные модели. Например, узкоспециализированные структуры зонтичного типа, где «головные» организации могут быть аккредитованы в экспертном медицинском

Phoca PDF

сообществе, а экспертные организации, работающие по типу региональных центров компетенций, станут сертифицироваться в «головных». Другой вариант: в регионах создаются профильные медицинские экспертные палаты, наподобие адвокатских, совместно с профессиональными сообществами обеспечивающие этическую и кадровую стороны дела, а информационно-методическое сопровождение и контроль соблюдения технологий осуществляет постоянно действующий орган всероссийского медицинского экспертного совета. Или сектор (сквозной компонент) клинического аудита формируется внутри структур, активно занимающихся сейчас развитием менеджмента качества в российском здравоохранении, с выходом «головных» центров на аккредитацию в экспертном медицинском сообществе и сертификацией центров компетенций, которые и станут выступать в роли экспертных организаций.

У каждой модели есть свои достоинства и недостатки, и в плане влияния на качество условий экспертной деятельности – тоже. Важно, чтобы экспертная среда формировалась внутри профессиональной, репутация была высшей ценностью для экспертов и экспертных организаций, рабочий инструментарий разрабатывался специалистами для специалистов, а его корректное применение контролировалось коллегиально и в основном за счёт обучения, информационно-методического сопровождения технологий и участия каждого эксперта в улучшении качества экспертной деятельности.

Следует также отметить, что в любой из названных выше моделей должен быть тщательно проработан вопрос обеспечения независимости экспертизы. Экспертная организация должна надёжно изолировать эксперта от заказчика, это её главная задача. При этом, необходимо учитывать некоторые важные моменты.

Прямые запреты вроде недопустимости конфликта интересов важны, но этого мало. Ещё бы они надёжно работали! Экспертная работа со страхом, на мой взгляд, плохо сочетается. Прямые запреты – яркие ориентиры «запретной зоны», как пугающие таблички «Не влезай! Убьёт!» на столбах высоковольтных передач. Что-то можно ещё, наверное, прописать в виде лицензионных требований, какие-то обязательные регламенты, но и этого мало.

Экспертная организация должна иметь желание, разумение и возможности позаботиться о том, чтобы её внутренняя среда благоприятствовала спокойной, продуктивной и честной работе экспертов. Здоровая внутренняя среда препятствует появлению и, тем более, реализации всевозможных угроз – экспертизе, ценности её результатов, экспертам, культуре организации и её благополучию, в конечном счёте. Менеджмент качества в организации, включая риск-менеджмент, т.о., должен быть. И быть эффективным, это необходимое условие осуществления экспертной деятельности. И совершенствоваться. Отсюда отчётливо видна необходимость создания системы аккредитации либо сертификации (в

Phoca PDF

зависимости от организационной модели) экспертных организаций, при успешном развитии которой от лицензирования можно будет отказаться.

Результаты

Результаты экспертизы качества и качество результатов экспертной деятельности – не менее сложные в оценочном плане «совокупности характеристик», чем результаты оказания медицинской помощи или качество результатов медицинской деятельности. Только противоречия ещё более обостряются, ведь стремления «заказчика» здесь могут уже не ограничиваться попранием истины, но вести к полному её уничтожению.

Качество результатов экспертизы, особенно если она проводится в целях разрешения конфликта, напрямую зависит от того, насколько надёжно экспертиза изолирована от интересов «заказчика», ведь он готов платить, порою щедро, лишь за результат, который его устроит. Он как бы «инвестирует» в экспертизу, и рассчитывает «отбить» свои вложения. И даже если в роли «заказчика» выступает «третья сторона», необходимо изолировать экспертизу и эксперта от её возможного влияния, т.к. посредничество – шанс, но не гарантия невмешательства.

Экспертиза должна оплачиваться, и хорошо оплачиваться, независимо от того, устраивают результаты «заказчика», или нет. Обойти это условие, не обнажая экспертизу пред «заказчиком», не получится. Это касается как первичных, так и повторных экспертиз, применительно к конфликтам и прочим разбирательствам. С другой стороны, экспертная деятельность в полном отрыве от результатов тоже немыслима – здесь вновь возникает угроза истине и общественным интересам. Дилемма.

Предлагались различные варианты выхода из этого затруднения. Небезупречные. К примеру, государственная экспертная служба (или что-то близкое на казённом содержании) вряд ли способна удовлетворить запросы общества, уставшего от заботливых чиновников едва ли не больше, чем от собственной безалаберности. Страхование риска профессиональной ответственности в нашей стране находится в зачаточном состоянии и быстрого развития иметь не может в силу отсутствия благоприятных тому условий. Но если б и случилось такое, вряд ли можно было бы надеяться на качественные результаты экспертной деятельности страховщиков – мы это видим по экспертизе качества медицинской помощи в системе ОМС, где ничего уже от собственно экспертизы не осталось, кроме названия и «законного» профита её организаторов. Преодолеваются такие традиции с большим трудом и не всегда успешно, почему и не приживается на практике идея разделения ролей заказчика и плательщика, будь она сама хоть трижды хороша.

И государство, и различные его органы, и страховые медицинские

Phoca PDF

организации, фонды и прочие организации могут выступать заказчиками, а где-то и организаторами (государственный и ведомственный и даже внутренний контроль, фонд, суд и т.д.) экспертизы, и даже, в других случаях, экспертными организациями, но смешение основных ролей недопустимо. Либо заказчик, либо исполнитель. Значит, проблема качества результатов экспертной деятельности только лишь перетасовыванием финансово обеспеченных полномочий не решается, нужно что-то другое.

Закономерны, в этой связи, предложения свалить проблему качества результатов экспертизы в плоскость банального рыночного противоборства. Превращение экспертов в соперничающие стороны открывает юристам волнительные перспективы в новой «нише». А предприимчивым дельцам, готовым включиться в бизнес на торговле результатами «экспертиз», так вовсе сулит золотые горы! Истина пойдёт с молотка! Кто больше заплатит, тот и прав. Но общество заведомо проиграет от такой «экспертизы», проиграет своё будущее.

Вообще, экспертиза – никакое не противостояние, это исследование. Обсуждение вопросов экспертами имеет итогом консенсус, а не голосование, аукцион или размозжение статусом. Если два эксперта спорят по какому-либо вопросу относительно объекта исследования и не могут договориться между собою, им следует сойтись на том, что однозначного ответа на данный вопрос в настоящее время не существует (и изложить, почему). В противном случае, необходимо признать, что один из них, как минимум, экспертом не является. Или оба, но это уже неважно, т.к. в таких случаях отводить нужно обоих, иначе «нужные» кому-то результаты будут достигаться путём отвода неудобных экспертов.

Как бы то ни было, проблема качества результатов экспертизы в каждом конкретном случае завязана на интересы «заказчика» и, потому, изолированно, вне обеспечения качества результатов экспертной деятельности, решена быть не может. Качество результатов экспертной деятельности выражается в репутации, что справедливо как для экспертов, так и для экспертных организаций.

Репутация экспертных организаций помогает разрешить дилемму субъективной оценки заказчиком результата экспертизы, возвращая в процесс его волю. Но воля заказчика должна проявляться не на выходе из экспертизы, где оплата происходит, а на входе, где он будет иметь возможность с открытыми глазами выбрать доверенного исполнителя – экспертную организацию. Экспертная организация также должна оплачивать проделанную экспертом работу независимо от того, довольна ли она конкретным результатом, но благодаря репутации может выбирать эксперта, вероятно способного выполнить данное исследование. Т.е., её воля проявляется также на входе, а не на выходе из процесса. И экспертной организации, и эксперту будет известно, что недовольство

Phoca PDF

заказчика результатом приведёт его в другую организацию и та привлечёт к экспертизе другого эксперта, которые также будут мотивированы на качественные результаты. Хорошо, если результаты независимых исследований примерно совпадут. Они могут и не устроить заказчика, и он может, что называется, «биться» и дальше, особенно если не стеснён в средствах. Но все исполнители будут заранее знать, что туфта обязательно и больно ударит по репутации. Таким образом, здесь образуется двойная защита собственной цели экспертизы.

В то же время, репутация – слишком тонкая и ценная материя, чтобы можно было доверить её рыночной стихии с её неисчислимыми примерами бесчестной конкурентной борьбы. Помимо рекомендаций и отзывов, необходима какая-то более надёжная основа. Такую основу можно создать путём сбора и анализа сведений об экспертной деятельности экспертных организаций и экспертов, а также рейтингов, составляемых на их основе.

Ясно, что сами рейтинги – дело непростое. Для их организации и проведения требуется научный подход, иначе на выходе ждёт профанация. Нужно продумать, кто ими будет заниматься (что зависит от организационной модели, в первую очередь), какие количественные и качественные показатели будут учитываться и каким образом, как будут собираться и выверяться данные, как предотвратить эффект «залипания» в рангах и т.п. Самое главное: как общими усилиями будет совершенствоваться система рейтингов.

Задача сложная, но решаемая. В стране и в мире накоплен колоссальный опыт, применимый и здесь. Сведения, необходимые для составления рейтингов, уже будут в распоряжении экспертно-аналитических центров – вопрос лишь в том, как их отбирать, обрабатывать и встраивать в рейтинги. Этические и финансовые стороны дела в представленной концепции также не сулят непреодолимых трудностей.

И, коли речь зашла о финансах, напоследок оговорим ещё один важный момент в управлении качеством результатов экспертной деятельности. Экспертиза должна стоить дорого, иначе не будет её у нас, желанной, никогда. Я думаю, это очевидно и пояснений не требует. Но высокая стоимость – не только залог качества экспертной деятельности, это ещё и барьер на пути простых людей к справедливости, что вновь угрожает качеству, только с другой стороны. Возможно, действительно, нужно разделить роли заказчика и плательщика, реализовав ту самую «трижды хорошую идею», только в более продвинутом варианте.

Для облегчения доступа нуждающихся к экспертизе (разумеется, за пределами государственного, ведомственного и внутреннего контроля) можно было бы создать механизм возмещения затрат на экспертизу из общественных фондов страхового типа, пополняемых из различных источников на принципах солидарного участия. Источники в пропорциях

Phoca PDF

своей структуры могут «на входе» в экспертизу отражать (по убыванию доли участия): общественный и государственный интерес к качеству результатов экспертной деятельности (фонд, бюджет), частный интерес к качеству результатов конкретной экспертизы заинтересованных (участвующих в споре) сторон (моментальные взносы) и профессиональный интерес к качеству экспертной деятельности (регулярные взносы).

Я закончил на сегодня свои рассуждения о качестве экспертизы качества медицинской помощи и качестве экспертной деятельности, уважаемые коллеги. Не думаю, правда, что те, кто смогли дочитать эссе до конца, и те, кто занят «отраслевым регулированием» – одни и те же люди, хоть в какой части.

Обсудить в Телеграм

Обсудить вКонтакте

Каталог решений Здрав.Биз.

Всегда ваш, Андрей Таевский.

Phoca PDF