К вопросу о технологиях управления качеством в здравоохранении и медицинских организ

Категория: Проблемы здравоохранения
Опубликовано: Воскресенье, 12 декабря 2021, 23:02
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 4523

При внедрении систем менеджмента качества (СМК) в организациях существующие требования к осуществлению деятельности того или иного рода должны быть интегрированы в документированные процессы и процедуры.

С позиций стратегической задачи успешной реализации проекта, важно соблюсти этот принцип, а фактическое содержание самих требований – дело тех, кто непосредственно занимается разработкой документов. То есть, свысока, десятое. Поэтому вопросам анализа, систематизации и интеграции требований руководителями проектов и консультантами не всегда уделяется должное внимание, как и со стороны руководства организаций.

В то же время, осуществление медицинской деятельности на территории Российской Федерации связано с необходимостью выполнения и обеспечения соблюдения громадного количества обязательных требований, происходящих из различных источников, не всегда гармонирующих между собой и порой не отвечающих реальности медицинской практики. Эти обстоятельства превращают разработку нужной для работы медицинской организации локальной документации в сущий ад – с одной стороны, а с другой ведут к появлению неисполняемых в силу своего числа, объёма и сложности документов, нередко заведомо нерабочих, «для проверяющих».

Ещё одно важное обстоятельство. В большинстве отраслей однажды настроенный процесс или отлаженная процедура могут выполняться сколько угодно раз, и именно точное их воспроизведение будет свидетельствовать о качестве. В медицинской деятельности в части её основного «производственного» процесса, процесса оказания медицинской помощи пациенту, дело обстоит ровно наоборот. Качество медицинской помощи немыслимо без максимального соответствия выполняемых действий реальной клинической задаче. Задача же эта всегда, без исключений, уникальна, и её понимание в основном зависит от врачебного профессионализма. С другой стороны, качество выполнения медицинскими работниками клинически необходимых и/или обязательных действий, в силу широчайшего их «ассортимента», множества возможных вариантов их выполнения и влияния на исходы, во многом предопределяется наличием и работой СМК. Иными словами, качество медицинской помощи неоднозначным образом пересекается с качеством и безопасностью медицинской деятельности, что требует наличия у руководителей проектов и консультантов профессиональных медицинских знаний и клинического опыта при внедрении СМК в медицинских организациях.

Для того, чтобы СМК могла эффективно работать в медицинской организации, следования общим принципам, сколь бы ни было оно усердным, недостаточно. Нужна систематизация актуальных требований и их глубокая интеграция, с одной стороны, и полный учёт специфики медицинской деятельности и существа медицинской помощи, с другой. Вне

Phoca PDF

системного похода в управлении реализовать подобные задач не представляется возможным. То же касается вялого процесса перехода отрасли к т.н. «культуре качества» в условиях дефицитной модели ресурсного обеспечения здравоохранения и избыточности его «регулирования» при недостаточной системности последнего.

Медицинские работники работают с двойной перегрузкой вследствие кадрового дефицита, невнятного ситуативно-рефлексивного управления и обилия непонятных, никак не обоснованных и никем не разъясняемых обязанностей – поводов для наказаний. Им и без «качества» хватает забот. Руководители здравоохранения в нём также по-настоящему не заинтересованы, чаще ограничиваясь внешней стороной дела. Утрата интереса руководителей к сложным идейным конструкциям, которые по-хорошему должны закладываться в фундамент обеспечения качества в здравоохранении и медицинской деятельности, вкупе с отчётливым стремлением к тотальной формализации принимаемых решений и известными проблемами системы подготовки кадров, чреваты вырождением специальности организация здравоохранения и общественное здоровье с дальнейшим падением стратегического потенциала отрасли. Будем надеяться, что до этого не дойдёт, хотя пандемия, выступив катализатором деструктивного процесса, таковые перспективы обозначила достаточно отчётливо.

На мой взгляд, говорить о качестве в отрыве от идеологии и технологий не стоит вовсе. Бессмысленно в первом случае и беспредметно – во втором. Идеология менеджмента качества может быть задействована в здравоохранении и медицинской деятельности при условии её необходимой трансформации с полной адаптацией к отраслевой специфике, включая её профессиональные и культурные аспекты. Хотя наличие полноценной адаптированной идеологии и не гарантирует успеха, попытки внедрения СМК в медицинских организациях без неё – дело вовсе безнадёжное.

С технологиями несколько сложнее. С одной стороны, они отражают идеологию, позволяя ей проявлять себя в реальной деятельности. С другой, они должны непрерывно совершенствоваться, чтобы адекватно отражать реальность и соответствовать ей. Поддержание технологий в актуальном состоянии в непрерывно усложняющихся условиях их применения требует колоссальных усилий. Более того, запаздывающая смена технологических платформ некогда хорошо зарекомендовавших себя технологий приводят к усложнению продуктов для пользователей и постепенному их уходу с рынка. Новые же технологии требуют серьёзных вложений в разработку, не всегда приводящую к появлению чего-то действительно полезного, способного оставаться полезным и востребованным достаточно долгое время.

В качестве яркого примера усложнения технологий, используемых в управлении качеством в здравоохранении, можно привести авторские

Phoca PDF

технологии экспертизы качества медицинской помощи и управления качеством медицинской помощи по отклонениям. До появления федеральных критериев оценки качества медицинской помощи критерии оценки качества задавались на региональном уровне либо, если они в субъекте не были установлены, в «продвинутых» медицинских организациях. Оценочные критерии состояли обычно из 5–7 крупных блоков и давали экспертам максимум свободы. Но не только. Автоматизация тогда была лёгкой и простой. Для проведения экспертизы было достаточно двух листов в оболочке электронных таблиц – для поликлиники и для стационара, где справа от критериев можно было вставить очередной столбец для оценок, провести следующую экспертизу, а потом вдоль и поперёк просчитать все результаты, получив на выходе нужные в управлении сведения.

Сегодня Автоматизированные экспертные технологические карты (АЭТК) к Базовому пакету технологий экспертизы качества медицинской помощи и управления качеством медицинской помощи по отклонениям – это мощная система на грани возможностей электронных таблиц. Управление базами оценочных критериев, множество настроек, генерируемые отчётные формы, управление шаблонами, база результатов, мощный аналитический инструментарий и много ещё чего. Подробнее об этой линейке АЭТК можно прочитать в разделе «Автоматизация экспертизы, контроля и управления качеством медицинской помощи».

Да, это сложно. Однако за немалое уже время, прошедшее с появления первых федеральных критериев (7 июля 2015 года), продуктов на новых технологических платформах, предоставляющих хотя бы приблизительно сходные возможности для проведения экспертизы качества медицинской помощи и управления качеством, так и не появилось. А без полноценной реализации этих задач получаются пустышки. Конкретно в этом направлении дело обстоит на сегодняшний день так: либо сложно, либо никак.

Так дело обстоит не только с экспертизой и управлением качеством медицинской помощи. Другой пример. Когда Борисом Владимировичем Таевским была разработана технология оценки соответствия в здравоохранении и соответствующая Автоматизированная система, лицензии на медицинскую деятельность выдавались по результатам сертификации. Эта («иркутская») и аналогичные («алтайская», «кемеровская», «мурманская» и др.) системы в 90-е работали во многих регионах страны. Затем, в связи с изменениями в законах «О лицензировании отдельных видов деятельности» и «О техническом регулировании», в т.н. «разрешительной» системе появилось два не слишком хорошо согласованных между собой института: лицензирования и добровольной сертификации. Для проведения последней на основе актуализированной и запатентованной «иркутской» Автоматизированной системы оценки соответствия в здравоохранении была зарегистрирована Система добровольной сертификации (СДС) «ЭкспертЗдравСервис». В «нулевые» в ряде субъектов

Phoca PDF

Российской Федерации действовали региональные положения об организации и проведении оценки соответствия и трёхсторонние (ОУЗ, ТО РЗН, ТФОМС) соглашения о дифференциации тарифов в системе ОМС на основе, среди прочего, результатов оценки соответствия (т.н. «категории соответствия» медицинских организаций). Занимались этим специальные органы по оценке соответствия с привлечением ведущих профильных специалистов под контролем региональных органов управления здравоохранением, территориальных органов по надзору в сфере здравоохранения, территориальных фондов обязательного медицинского страхования и разработчика СДС. Всё чётко работало, т.к. качество стоит денег, и медицинские организации стремились к улучшениям и системно поощрялись за свои успехи. Отстающим же помогали.

Затем, в силу очередной волны изменений в законодательстве («вертикализация» управления, примат лицензирования, формализация тарифной политики и т.д.), всё это стало постепенно исчезать из практического здравоохранения. Но технологии остались. В серии следующих иллюстрированных публикаций, например, представлена технология управления соответствием и её рабочие единицы – Автоматизированные экспертные технологические карты (АЭТК):

1) «Систематизация и автоматизация анализа в управлении качеством»;

2) «Стандартизация показателей, используемых в управлении качеством»;

3) «О дифференциации требований. Идейные и технические аспекты реализации»;

4) «Инструмент практического применения Практических рекомендаций Росздравнадзора по внутреннему контролю»;

5) «Управление соответствием в здравоохранении и деятельности медицинских организаций».

Сейчас, когда западные системы стандартов качества в чистом или, гораздо шире, в переработанном (Практические рекомендации Росздравнадзора по внутреннему контролю) виде вновь стали проникать в российское здравоохранение и даже активно (преимущественно, «сверху») в нём продвигаться, самое время вспомнить о технологиях. Без них процесс перехода отечественных медицинских организаций к менеджменту качества не идёт так живо, как хотелось бы и можно было бы ожидать под негласным, но серьёзным принуждением со стороны «регулятора». С учётом громадных просторов страны и сложного устройства её здравоохранения, всё это может и вовсе заглохнуть. И протухнуть, в конечном счёте, чего очень бы не хотелось.

Phoca PDF

К вопросу о технологиях управления качеством в здравоохранении и медицинских организ

Категория: Проблемы здравоохранения
Опубликовано: Воскресенье, 12 декабря 2021, 23:02
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 4523

В настоящее время здравоохранению нужны современные технологии, несущие в себе адаптированную к существу медицинской помощи и имеющимся условиям осуществления медицинской деятельности идеологию и облегчающие многим (в идеале – подавляющему большинству) медицинских организаций переход к СМК. Пока технологий, полностью отвечающих вышеназванным характеристикам, нет. Те, что были, нуждаются в переработке с существенными усложнениями и возможными тупиками при попытках смены технологических платформ. А те, что появляются, как грибы после цифрового дождя в виртуальном лесу – в осмыслении, ибо непонятно, куда они способны завести отрасль и соотечественников вслед за нею. Правдивых указателей правильного пути по-прежнему нет.

Обсудить в Телеграм

Обсудить вКонтакте

Каталог решений Здрав.Биз.

Всегда ваши, Андрей Таевский и ЭкспертЗдравСервис.

Phoca PDF