

Радомир Бошкович  
 „Международный инновационный консалтинг“, Москва  
 radomir.boskovic@mik.msk.ru

## Влияние особенностей национальной культуры на построение результативной системы управления качеством на региональном уровне

В системе здравоохранения руководители всех уровней постоянно занимаются улучшением не только качества и безопасности медицинских услуг, но и системы управления медицинской деятельностью. Те же самые вопросы волнуют все страны мира — число публикаций в этих областях непрерывно растет, медицинские организации внедряют национальные или международные стандарты качества, проводится внешняя оценка в форме сертификации и/или аккредитации. Но, управленческие задачи сложные, финансовые и человеческие ресурсы всегда ограничены, а иногда даже не хватает знаний. В таких условиях, использовать опыт других стран кажется самым экономичным решением — не надо изобретать что-то «свое», можно просто применить чужие решения ведь то, что работает где-то на другом месте, должно работать и в Российской Федерации. Или нет?

К сожалению, ряд примеров показывает, что некритическое применение чужого опыта в чистом виде, скорее всего, или разрушит существующую систему, или ожидаемых эффектов не будет, а время и средства будут израсходованы впустую. Несмотря на эту опасность, невозможно отрицать что адаптация лучшего мирового опыта на собственные условия позволить значительно сократить время и расходы, необходимое для внедрения улучшений. Такая адаптация должна учитывать не только доступность ресурсов, но и особенности национальной культуры которая нас делает такими, как мы есть. В работе обращается внимание на некоторые из таких проблематических аспектов, которые требуют творческого подхода.

**Ключевые слова:** качество в здравоохранении, стандарты, улучшение качества, стратегия

### 1. Введение

Проблеме качества медицинских услуг в ряде стран уделяется большое внимание. При этом, рассматриваются два уровня:

- Уровень национальной или региональной системы здравоохранения, и
- Уровень медицинской организации.

Существует множество публикаций, которые объясняют, что надо сделать на каждом уровне, чтобы качество медицинской услуги соответствовало требованиям, на пример:

- руководство ВОЗ для разработки национальной политики качества в области здравоохранения<sup>1</sup>;
- руководства для управления качеством медицинских услуг на национальном уровне<sup>2</sup>,
- руководство для ответственного управления медицинской организацией<sup>3</sup>, и другие.

В развитых странах мира на национальном уровне обычно создается специализировано агентство или организация, которая занимается вопросами качества и безопасности. Так во Франции существует HAS<sup>4</sup>, в Великобритании – CQC<sup>5</sup>, а в Австралии - Australian

1 «A background for national quality policies in health systems“, ВОЗ, 2002, [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0019/142066/E77983.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/142066/E77983.pdf)

2 Например «Philippines Benchbook on Quality improvement», Philippine Health Insurance Corporation, 2004 <http://www.philhealth.gov.ph/partners/providers/benchbook/>

3 «Introduction to Clinical Governance — A Background Paper», Government of Western Australia, [http://www.safetyandquality.health.wa.gov.au/docs/clinical\\_gov/Introduction\\_to\\_Clinical\\_Governance.pdf](http://www.safetyandquality.health.wa.gov.au/docs/clinical_gov/Introduction_to_Clinical_Governance.pdf)

4 Haute Autorité de Santé, <http://www.has-sante.fr>

5 Care Quality Commission, <http://www.cqc.org.uk>

Commission on Safety and Quality in Health Care<sup>6</sup>. Вероятно самым известным агентством является JCI<sup>7</sup>. Эти организации разрабатывают стандарты качества и безопасности, проводят внешнюю оценку, организуют обучение в области качества и публикуют материалы, которые помогают медицинским организациям улучшать качество.

Внешняя оценка в виде обязательной сертификации или необязательной аккредитации медицинских организаций является важным механизмом улучшения качества. Он существует практически во всех европейских странах, в США, Австралии и в ряде стран Азии. В последнее время, растет удел обязательной сертификации — государство оказывает давление в целях улучшения.

На уровне медицинской организации два вопроса являются самими важными: а) управление рисками в процессах оказания медицинской помощи и б) экономическая эффективность медицинской организации. Исследования, проведенные в США, Великобритании, Австралии и других странах мира показывают, что в процессе оказания медицинских услуг часто случаются ошибки, которые приводят к нежелательным событиям или неблагоприятным исходам лечения (нпр. исследование<sup>8</sup> Institute of Medicine, США). Здесь речь не идет о врачебных ошибках, когда действие одного медработника приводит к неблагоприятному исходу лечения, а о системных ошибках которых, в большинстве случаев можно было бы избежать. Последствия таких ошибок могут быть катастрофическими, а во всяком случае, даже если нет серьезных последствий для пациента, терпит репутация организации. Другой важный вопрос касается улучшения организации работы и уменьшения всех потерь в системе. Это можно достичь через четкое распределение задач и ответственности и через упорядочение порядка действий при их выполнении, через устранение узких мест, улучшение взаимодействия различных подразделений — одним словом, через применение методов современного менеджмента. Основой этого процесса является улучшение менеджерских навыков руководителей высшего и среднего звеньев и измерение результативности и эффективности процессов, которыми они руководят. Улучшение управления приводит к общему снижению потерь, лучшему использованию материально-технических ресурсов и к ускорению процесса работы. Это довольно сложный процесс который требует пересмотра устоявшихся навыков и изменения внутрикорпоративной культуры организации.

Вопросам улучшения качества и безопасности медицинских услуг и улучшения медицинской деятельности и в Российской Федерации уделяется большое внимание. Федеральная программа «Развитие здравоохранения» в целом нацелена на улучшение, а подпрограмма 11 «Управление развитием отрасли» требует от всех медицинских организаций до 2015. года внедрить систему управления качеством медицинских услуг. Что понимается под этим, программа не уточняет. Также не упоминается кто будет проводить внешнюю оценку внедренной системы, и будет ли такая оценка обязательной.

Отвечая на требования федеральной программы, ряд организаций принимает решение внедрить систему менеджмента качества (СМК) на основании стандарта ИСО 9001, с последующей сертификацией. Получение сертификата ИСО воспринимается как достижение цели. Для реализации такого проекта обычно привлекают консультантов которые, к сожалению, в большинстве случаев не только не понимают специфику работы медицинских учреждений, но и предлагают консалтинг и сертификацию «в одном флаконе» и внедрению СМК подходят сугубо формально. Надо понимать, что такая практика противоречит всем принципам внешней оценки, так что пользы от такого «внедрения» и «сертификации»

<sup>6</sup> <http://www.safetyandquality.gov.au>

<sup>7</sup> Joint Commission International, [www.jointcommissioninternational.org](http://www.jointcommissioninternational.org).

<sup>8</sup> „To Err is Human: Building a Safer Health System“, IOM, 1999

практически нет.

## 2. Проблема выбора пути

Качеством и безопасностью медицинских услуг развитые страны мира начали систематически заниматься очень давно. Institut of Medicine в США создан в 1970. году, а первая работа Аведиса Донабедиана, “Evaluating the Quality of Medical Care”, опубликована в 1966.г. Для большинства стран бывшего социалистического лагеря работа в той области началась сравнительно недавно. Например, на Балканах аккредитационные и сертификационные стандарты и система внешней оценки начались создаваться сравнительно недавно, начиная с 2002-2003 года. Параллельно с этим проводилась реконструкция системы здравоохранения в связи с созданием новых стран после развала Югославии и окончания гражданской войны.

Необходимость реконструкции системы и внедрения новых механизмов обеспечения качества и безопасности не вызывает сомнений. Также ясно, что большинство законов и подзаконных актов надо согласовать с общими тенденциями в мире. Неясно только то, *как* это сделать. Доступны три варианта:

- использовать решения, которые применяются в других странах,
- разрабатывать свои собственные решения и
- адаптировать лучшую мировую практику на свои условия.

Имея в виду временной фактор, т. е. отставание от 30 лет как минимум, и высокую цену разработки собственных решений, первый вариант кажется наиболее приемлемым, особенно в условиях, когда всю необходимую информацию можно найти в интернете. К сожалению, носить чужие сапоги довольно больно. Дело не только в нехватке денег или специалистов - существует ряд причин препятствующих внедрению механизмов, которые в других странах считаются нормой. Некоторые из них связаны с культурой конкретной страны,

Влияние культуры на ведение бизнеса очевидно: японские методы управления производством, такие как «точно во время», SMED, «кружки качества» или «20 ключей», на Западе приживаются с большим трудом. Здравоохранение тоже бизнес в котором обеспечение качества и безопасности услуг и организация системы также в значительной степени зависят от культуры.

В качестве примера рассмотрим некоторые моменты которые присутствуют в западной практике обеспечения качества, но которые чужды нашей культуре и поэтому являются довольно проблематичными.

- **Раскрытие информации о нежелательных событиях в целях извлечения уроков и предупреждения повторения**

Сертификационные или аккредитационные стандарты большинства стран требуют, чтобы медицинская организация внедрила систему управления нежелательными событиями. Эта система должна обеспечить сбор данных о случившихся нежелательных событиях и о случаях, когда наступление такого события удалось избежать (near miss), изучение коренных причин и разработку действий, которые предупреждают повторение. Все заинтересованные стороны должны быть информированы о причинах такого события, последствиях и предпринятых действиях. Систему нельзя использовать для наказания сотрудников или поиска «козла отпущения», поскольку в таком случае утаивание неприятной информации станет нормальной практикой.

Внедрение такой системы станет возможным только после внесения соответствующих

поправок в законодательную базу. Кроме того, необходимо разобраться какой процент нежелательных событий происходит по причинам, на которые медицинская организация вообще не может повлиять.

- **Лидерство**

Лидерство является одним из важнейших принципов результативного менеджмента. Лидеры определяют цели, мотивируют сотрудников, возглавляют любое продвижение вперед. Поэтому требования к лидерству нашли место и в стандарте ИСО 9001, и в JCI и других аккредитационных стандартов.

Принятие решений в связи со здоровьем пациентов ставит каждого врача в такую ситуацию, что он просто должен проявлять лидерские качества, иначе он ошибся профессией. Но с другой стороны система в которой мы жили столько лет поощряла повиновение иерархии, и ожидание, что кто-то придет и решит наши проблемы.

Принцип лидерства хорошо согласовывается с мировоззрением протестантизма, но с нашим — нет. Это хорошо видно из стандарта ИСО 9000:2001, в котором этот термин переведен как «Лидерство руководителя<sup>9</sup>». Вероятно переводчики не могли понять, что в организации могут существовать и другие лидеры, кроме руководителя.

Даже если бы все было понятно, в малых медицинских организациях, особенно в тех, которые расположены далеко от больших городов, принцип лидерства трудно реализовать на практике. В таких организациях персоналу куда более важна интеграция в коллектив и в окружение, чем личный прорыв.

- **Лицензирование через профессиональные сообщества и внутреннее лицензирование**

Согласно западным принципам, профессия регулирует саму себя. Это хорошо видно на примере лицензирования, где лицензии врачам выдают сообщества коллег-профессионалов. Кроме того некоторые стандарты, на пример JCI, предусматривают еще и внутреннее лицензирование медперсонала - авторизацию на применение специфических медицинских процедур.

Оба этих механизма логичны, но перенос полномочий с государства на профессиональные сообщества требует создания структуры которая на данный момент отсутствует. Внутреннее лицензирование довольно трудно проводить в малых медицинских организациях, особенно в условиях кадрового дефицита.

С другой стороны, существуют и некоторые особенности нашей культуры и организации медицинской деятельности которые надо иметь в виду при создании системы управления качеством, например:

- Наличие большого количества законов, подзаконных актов и технических нормативов, СанПиН-ов итд. которые регулируют охрану труда, охрану жизненной среды, безопасность пищевых продуктов, защиту персональных данных итд. Это упрощает ситуацию, поскольку отпадает потребность к разработке требований в этих областях,
- Вера в авторитет руководящей позиции и в государство не угасает. Это значит, что реализация решений может быть сильно ускорена — раз решение принято, его будут реализовать. С другой стороны, это источник большого риска, поскольку сотрудники выполняют приказ опираясь на авторитет руководителя, место на факты,
- Семейные связи у нас очень сильные. Если семья нормальная, дети и родители

---

9 В оригинале стоит только Leadership, т. е. Лидерство

пользуются специальным статусом. Поэтому в процесс лечения необходимо вовлекать не только пациентов, но и их семьи. Требования должны быть тому приспособлены,

- В нашей культуре и согласно нашим законам нельзя прекратить лечение даже тогда, когда пациент заведомо умирает. Поэтому при анализе западных стандартов можно не рассматривать требования, которые относятся к политике прекращения реанимации<sup>10</sup>.

На основании этих примеров очевидно, что применить чужие решения в чистом виде довольно затруднительно: приоритеты будут расставлены по-другому, некоторые механизмы просто не будут работать. Поэтому надо выбрать третий вариант - создание системы управления качеством адаптируя лучшую мировую практику под свои условия.

### 3. С чего начать?

«Дорожная карта» создания системы управления качеством на региональном уровне включает следующие шаги:

а) На уровне министерства здравоохранения:

- утвердить стандартов качества (свода требований к качеству и безопасности процессах в медицинских организациях). Например, можно адаптировать JCI стандарты<sup>11</sup>.
- утвердить показателей качества и создание процесса мониторинга и измерения качества,
- внедрить механизм внешней оценки в виде сертификации, или аккредитации,
- создать национальный орган по сертификации или аккредитации
- создать национальную систему управления рисками, включая систему оповещения о нежелательных событиях,
- создать необходимые условия медицинским организациям чтобы они могли реализовать свои задачи:
  - обеспечить методические инструкции и указания какую систему менеджмента качества они должны создавать, как и кто будет оценивать степень внедрения,
  - обеспечить, чтобы обучение методам менеджмента качества и методам современного менеджмента проводилось по четко разработанным и одобренным планам и методическим материалам, которые соответствуют мировой практике,
  - обеспечить чтобы обучение охватывало весь руководящий персонал больницы,
  - обеспечить мотивацию организаций, которые внедряют СМК и могут показать что качество медицинских услуг улучшается,
  - обеспечить финансовую поддержку организациям для покрытие затрат на внедрение СМК,
  - обеспечить экспертную помощь организациям которые начинают внедрять систему.

а) На уровне медицинской организации:

- определить команду проекта и назначить руководителя
- определить цели проекта и свод требований, которым система управления качеством должна соответствовать (состояние «ТО ВЕ»)
- изучить все документы, содержащие требования

10 Do not resuscitate “Не реанимировать!” или “Allow natural death” - Разрешите натуральную смерть – Приказ оставить безнадежно больного пациента спокойно умереть.

11 В принципе, в качестве нормативного документа можно взять и ISO 9001:2015, помня, что его необходимо разработать руководство по его применению в здравоохранении

- провести внутренний аудит на соответствие выбранным стандартам, или регламентам (определение состояния «AS IS»)
- исходя из результатов аудита, определить расхождения между требованиями и существующим положением вещей (провести gap анализ)
- разработать план перехода из состояния «AS IS» в состояние «TO BE»
- провести обучение команды проекта
- реализовать план перехода из состояния «AS IS» в состояние «TO BE»
- разработать и внедрить запланированные документы
- провести обучение персонала для применения разработанных документов
- провести внутренний аудит в целях подтверждения что система работает и что она результативна
- подготовить отчет для руководства.

Вместо того, чтобы каждая медицинская организация независимо от других внедряла систему управления качеством, надо объединяться, обмениваться опытом и не повторять работу, которую другие организации уже провели. Таким образом, можно использовать лучший опыт, учить других и учиться у других. Для этого можно использовать групповой подход к внедрению СМК:

- Создается группа организаций, объединенная по определенному признаку (территория, тип учреждения)
- Члены группы, периодически встречаются и проходят совместное обучение. Состав обучающихся меняется в зависимости от обсуждаемых вопросов.
- Во время встреч члены группы обмениваются опытом, обсуждают между собой свои решения и выбирают лучшие. Они могут распределить работу между собой и тем самым уменьшить нагрузку,
- Члены группы могут посещать друг друга или обмениваться аудиторами, чтобы получить независимую оценку внедренной системы
- Члены группы могут разделять свои ресурсы. Например, вместо того, чтобы каждая медицинская организация создавала отдел по управлению качеством (непродуктивный персонал), группа может договориться чтобы один отдел обслуживал всех членов группы.

В общем, если группа состоит из 5-7 организаций, расходы на внедрение системы по такому принципу значительно уменьшаются, в сравнении с внедрением по принципу «каждый за себя»

#### **4. Литература**

- Popovich L, Potapchik E, Shishkin S, Richardson E, Vacroux A, and Mathivet B. : «Russian Federation: Health system review», Health Systems in Transition, 2011; 13(7):1–190.
- Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения», Миистерство здравоохранения и социального развития, Москва, 2010
- «Quality of care : a process for making strategic choices in health systems», World Health Organization, 2006
- Charles Shaw, Iusuf Kalo: «A background for national quality policies in health systems“, WHO, 2002
- «Accreditation Standards for Hospitals», 5th edition, Joint Commission International, 2014
- «Health at a Glance 2013», OECD Indicators, OECD, 2013