Категория: Проблемы организации внутреннего контроля
Опубликовано: Вторник, 08 сентября 2026, 11:59
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 394

Как использовать дашборды (интерактивные панели управления) в системе внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности? Какие показатели должны попадать на дашборды, как организовать их мониторинг и как выстроить немедленную реакцию на критические отклонения?

Краткое содержание

Дашборд является одним из удобных современных инструментов управления, и его применение в медицинских организациях целесообразно. В то же время, каждый информационный блок на панели занимает не только часть экрана, но и внимание руководителя, поэтому на дашбордах не должно быть ничего лишнего – каких-то параметров, которые нельзя отнести к критически важными для благополучия организации, меняющихся медленно или тех, скорость реакции системы на изменения которых не особо важна.

На панели должны выводиться подлежащие мониторингу верхнеуровневые показатели системы управления, а также «аварийные» метрики, значимость которых в определённых обстоятельствах может стремительно возрастать. Отдельно подчёркивается, что система показателей должна выстраиваться иерархично и включать подсистемы для распределения по зонам ответственности конкретных исполнителей. Система показателей, включая дифференцированную периодичность их контроля, закрепляется специальными документами системы внутреннего контроля.

Критически важная информация в системе внутреннего контроля должна своевременно передаваться выше по уровню управления, что фиксируется в локальных документах. Также необходимо чётко регламентировать действия, подлежащие выполнению при выявлении нарушений, отклонений и иных неблагоприятных событий в ходе осуществления внутреннего контроля, а ответственных лиц наделить соответствующими полномочиями.

Главные тезисы публикации:

1. Дашборд должен отображать именно ключевые параметры деятельности, от которых зависит благополучие управляемой системы.
2. На дашборды обычно выводятся показатели высших уровней иерархии системы показателей, используемых в управлении.
3. Целесообразно размещать на дашбордах также «аварийные» показатели, значимость которых в определённых обстоятельствах может резко возрастать.
4. При внедрении важно различать частоту мониторинга разных показателей и предусматривать регламенты немедленного реагирования, включая аудит и внутренние проверки.

Phoca PDF

Категория: Проблемы организации внутреннего контроля
Опубликовано: Вторник, 08 сентября 2026, 11:59
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 394

Полный текст публикации

Несколько лет назад замельтешило в среде управленцев новое модное слово, «дашборд». Что под ним подразумевается – догадаться несложно, типичный англицизм. В переводе «dashboard» означает «панель управления» – термин, который ассоциируется с техническими достижениями прошлого века, ещё, ко всему, и отечественными. Куда ему тягаться с «дашбордами». Одна беда: словечко быстро примелькалось, и чтобы выделиться из дремучей массы коллег по цеху, амбициозным функционерам приходится ещё что-нибудь заморское через слово вставлять – «интерактивная аналитическая панель», «графический интерфейс», «визуализация», «ключевые показатели» и т.п.

Несомненно, «дашборд» – штука полезная. Можно видеть всё самое важное в одном месте, считывая информацию «на лету», не вникая в цифры, наблюдать «тренды» (вот ещё одно модное словечко) «в режиме реального времени» (а тут целый оборот), оперативно реагировать на критические изменения (ещё один штамп) и т.д. Довольно удобный инструмент, в общем. Правда, не сам по себе, а хорошо изготовленный, правильно настроенный и умело используемый по назначению.

Что будет на цветных картинках?

Это первый вопрос, который стоит себе задать, прежде чем занимать переливающимися разными цветами плитками рабочий стол своего компьютера. Логическое рассуждение неумолимо приводит нас к такому ответу: чем большее значение имеет некая характеристика для благополучия управляемой системы, тем раньше должен получать информацию о её состоянии тот, кто этой системой управляет. Дашборд, как инструмент, предназначенный для радикального сокращения времени реагирования на критические изменения, соответственно, должен отражать именно важнейшие характеристики управляемой системы. Но не просто важнейшие, а те, скорость реагирования на которые определяет, будет ли оно успешным.

Состояние управляемой системы и её значимых характеристик выражается посредством показателей. Управление, как таковое, предполагает наличие системы показателей, представляющих собой оценочные критерии с заранее определёнными методами оценки или расчёта их значений. В отсутствие системы показателей говорить об управлении не приходится.

Системы показателей обычно устроены иерархично. Чем большее значение для благополучия системы имеет та или иная её характеристика, тем выше в иерархии должен находиться выражающий её показатель. Соответственно, на дашборд закономерно попадут показатели верхнего уровня иерархии – т.с., «топовые», возможно дополненные отдельными позициями с более

Phoca PDF

низких уровней, значимость которых в определённых обстоятельствах может резко возрастать за счёт вероятных катастрофических последствий. Назовём последние здесь для краткости и простоты «аварийными».

Дашборд – каждому!

Проблема управления медицинской организацией состоит в чрезвычайной сложности медицинской деятельности, причём, двоякой. Во-первых, более-менее полно, объективно и достоверно выразить качество и безопасность медицинской деятельности возможно посредством громадного количества показателей, управлять которыми очень непросто. Архисложно устроенное хозяйство влечёт за собой великий риск управленческих ошибок, цена которых может быть довольно высокой, а порой и фатальной. Во-вторых, лечебно-диагностический процесс имеет вероятностную природу, и любая его формализованная оценка может быть лишь предварительной, а для получения достаточно надёжного результата потребуется полноценная экспертиза качества медицинской помощи. Экспертиза – история тягучая, она требует ресурсов и времени, и в дашборды вписывается с трудом.

Как быть с первой проблемой, известно. Делегирование полномочий означает, прежде всего, распределение зон ответственности в управляемой системе. Соответственно в системе показателей выделяются подсистемы, выражающими состояние характеристик, обязанность отслеживать которые вменена томи или иному ответственному лицу или организованной структуре. В этих подсистемах – свои «топовые» и «аварийные» показатели, которые должны не только «светиться» на дашбордах этих ответственных лиц, но и своевременно доводиться до сведения руководителей более высокого уровня. И это следует прямо предусмотреть в локальных регламентирующих документах.

Мониторинг показателей и дашборды

Далее. Показатели и их значения могут быть определены единожды в рамках реализации какой-то исследовательской программы или в аналитической части проекта улучшений, однако такое встречается относительно редко (и всегда радует). Чаще, всё же, показатели применяются многократно, что неудивительно. Динамический анализ данных имеет важнейшее значение в управлении, поэтому значения для большинства показателей, используемых в управлении, как правило, регулярно определяются заново – то есть, подлежат мониторингу.

Показателей много, и среди них немало меняющихся очень редко – например, в части условий оказания медицинской помощи. Такие показатели следует пересматривать раз в год или реже, а также при проектировании улучшений материально-технической базы и других относительно инертных объектов управления, оценки эффективности реализации таких улучшений и т.п. Постоянно всё пересчитывать и

Phoca PDF

тотально отслеживать, конечно, нецелесообразно.

Другие показатели меняются постоянно, но их изменения относительно небольшие, малозаметные, медленные, плавные. Это характерно, как раз, для «топовых» показателей. Причём чем шире и глубже детализирована система показателей, тем относительно меньшее влияние оказывает отдельный «конечный» (неделимый, непосредственно оцениваемый) показатель на свой прародительский показатель на верхнем уровне иерархии. Это свойство необходимо учитывать при проектировании дашбордов.

Периодичность оценки и расчёта для разных показателей должна определяться управленческими потребностями, однако для некоторых показателей периодичность прямо устанавливается регулятором. Например, федеральные Требования к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинских организациях[1] вводят перечень обязательных для контроля показателей и предусматривают полугодовые и годовые сводные отчёты, которые должны их содержать.

Есть и другие требования, предполагающие регулярный контроль тех или иных параметров медицинской деятельности и внутреннего контроля. Для того, чтобы выполнить такие требования, лучше включить их в систему показателей системы внутреннего контроля, дифференцировать периодичность их мониторинга и зафиксировать его в локальных документах.

Например, в составе авторского пакета по организации системы внутреннего контроля обеих версий (со Службой качества и с Уполномоченным по качеству) в раздел «Управление показателями качества» вошли три документа, первый из которых, как раз, содержит иерархическую систему показателей с дифференцированной периодичностью их мониторинга:

- Перечень показателей качества и безопасности медицинской деятельности, подлежащих оценке и мониторингу при осуществлении внутреннего контроля в медицинской организации;
- Общий порядок регистрации и учёта, сбора, расчёта, оценки, анализа и мониторинга показателей качества в медицинской организации;
- Методика оценки и расчёта показателей качества.

Показателями, значения которых меняются очень медленно и/или редко, вряд ли имеет смысл занимать место на главной панели управления. В то же время, они должны быть доступными для просмотра, поэтому лучше сделать для них, если есть техническая возможность, дополнительные информационные блоки в боковом меню.

Phoca PDF

Категория: Проблемы организации внутреннего контроля
Опубликовано: Вторник, 08 сентября 2026, 11:59
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 394

Немедленное реагирование

Выше уже была обозначена проблема вероятностного характера лечебно-диагностического процесса, как основного «производственного» процесса медицинской деятельности. Управляет этим процессом лечащий врач, и, в целом, тем более успешно, чем выше его профессионализм, однако никаких гарантий здесь нет и быть не может – слишком много агентов и факторов влияет и на процесс, и на условия, и на результат оказания медицинской помощи. Отклонения же этого процесса от условного (для данного случая) идеала могут повлечь за собой причинение вреда жизни и здоровью граждан – охраняемым законом ценностям высшего порядка.

В зоне ответственности лечащего врача – организация оказания медицинской помощи конкретному пациенту, формирование эффективного взаимодействия с ним, принятие правильных клинических решений и выполнение врачебных манипуляций. Причины же неблагоприятных событий при оказании медицинской помощи возникают где угодно и скрытно, зачастую мы узнаём о них лишь по уже возникшим негативным последствиям.

Таким образом, в управлении качеством медицинской помощи присутствует крупное направление, отсутствующее во многих других сферах экономической деятельности: выработка, принятие и реализация клинически значимых решений, требующее высокой врачебной квалификации для работы и экспертного уровня квалификации для её оценки. В системе внутреннего контроля необходимо организовать обратную связь со специалистами по результатам экспертиз – это главное в управлении качеством медицинской помощи. Что по этой части отображать на дашбордах руководителей – решать им. Безусловно, они должны систематически получать сводные данные, в том числе информацию о выявляемых регулярных и экстремальных отклонениях, а также результаты внеплановых экспертиз в связи с жалобами, осложнениями и иными неблагоприятными событиями при оказании медицинской помощи.

В то же время, и в лечебно-диагностическом процессе возможно раннее выявление отклонений и иных признаков неблагополучия. В системе внутреннего контроля необходимо предусмотреть упрощённую формализованную оценку и самооценку качества медицинской помощи, а также проработать меры немедленного реагирования при выявлении возможных отклонений и нарушений. Меры могут быть самыми разными – самостоятельная коррекция назначений, разъяснительная работа с пациентом и его окружением, совместный осмотр с заведующим отделением, дополнительные консультации, в т.ч. в центрах более высокого уровня, врачебный консилиум, представление на заседание врачебной комиссии и т.д.

То же касается мероприятий внутреннего контроля – выявление грубых

Phoca PDF

нарушений и отклонений, угрожающих жизни и здоровью граждан, должно вести к определённым, чётко прописанным в локальных регламентах действиям, направленным на пресечение нарушений, коррекцию отклонений и предотвращение их негативных последствий. Как минимум, следующие три документа системы внутреннего контроля должны содержать соответствующие положения:

- Порядок организации и проведения проверок качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации;
- Порядок организации и проведения внутренних аудитов в области качества в медицинской организации;
- Общие правила организации и проведения исследований в области качества в медицинской организации.

К слову такие документы включены в раздел «Организация и проведение мероприятий в системе внутреннего контроля» нашего пакета по организации системы внутреннего контроля обеих версий (со Службой качества и с Уполномоченным по качеству).

Ответственные исполнители должны иметь определённые полномочия, которые также необходимо зафиксировать во внутренних документах наряду с алгоритмами немедленного реагирования. И, конечно, о выявления подобных фактов должен быть немедленно проинформирован руководитель Службы качества (или Уполномоченный по качеству), а в его отсутствие – руководитель организации. Хорошо, если ваша информационная система позволяет сделать это автоматически и так, чтобы сообщение не только быстро дошло до адресата, но и было им замечено среди прекрасных мерцающих плиток дашборда.

Кто и как определяет содержимое «дашбордов»?

В мире есть несметное количество похожих, но никогда не идентичных систем, которые, к тому же, каждая по-своему эволюционируют во времени. Поэтому выводимые на дашборд руководителя показатели должны быть ключевыми именно для той системы в её насущном состоянии, что находится под его управлением. Всё наше рассуждение выше построено на том, что управляемые параметры для дашборда определяет руководитель исходя из своих управленческих задач в своей зоне ответственности. Однако мир чиновников не перестаёт нас удивлять «прорывными идеями».

Так, недавно были опубликованы планы Минздрава существенно изменить Требования к организации и проведению внутреннего контроля в медицинских организациях, включив в них, среди прочего, обязательное наличие дашборда в медицинской информационной системе (МИС)[2]. В число «ключевых показателей», подлежащих выводу на дашборды руководителей всех медицинских организаций страны, в частности, планируется включить: смертность, пролежни, падения, внутрибольничные

Phoca PDF

инфекции, жалобы и сроки ожидания медицинской помощи (привожу здесь лишь то, что стало достоянием публики в июне).

Данное нововведение я нахожу несколько странным – впрочем, как и многие другие, чему посвятил специальный разбор[3].

Прежде всего, МИС – это МИС, а дашборды с управляемыми параметрами деятельности организации скорее уместны в АСУ (автоматизированная система управления), которая может быть модулем МИС, а может и не быть (разумная интеграция, конечно, приветствуется). Далее, сомнительна целесообразность навязывания одной разновидности управленческих инструментов, дашбордов, как и обоснованность выбора показателей, которыми собираются их заполнить.

И самое главное, универсальный перечень показателей навязывается руководителям медицинских организаций сверху вне связи с их реальными управленческими потребностями. Зато, у проверяющих не иссякнет забот! Можно ещё потребовать в приёмной главного врача каждое утро вывешивать свежую стенгазету с графиками, и пусть специально обученные люди колесят по стране, проверяют её актуальность. Смешно? Да! Но ведь это – то же самое, только без всеискупающей цифровизации.

P.s.: Уважаемые коллеги! Приглашаем вас принять участие в занимательной викторине Здрав.Биз по теме организации системы внутреннего контроля с пользой для ума и для бюджета.

Использованные материалы:

1. 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).
2. Куликов О.В. Радикально меняют порядок ВКК: что готовит Минздрав к 1 сентября. – Журнал «Заместитель главного врача: лечебная работа и медицинская экспертиза», № 6 Июнь 2026.
3. Таевский А.Б. «Последная фантазия о внутреннем контроле». – ЗдравЭкспертРесурс, 221.

Для цитирования:

Таевский А.Б. Вопросы организации системы внутреннего контроля. К дашбордам припечатанные. – ЗдравЭкспертРесурс, 225. https://www.zdrav.org/index.php/sistemy-menedjmenta-med-kachestva/225-dashbord-med-kachestva.

Всегда ваши, команда Здрав.Биз, ЗдравЭкспертРесурс и Андрей Таевский.

Phoca PDF

Категория: Проблемы организации внутреннего контроля
Опубликовано: Вторник, 08 сентября 2026, 11:59
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 394

Обсудить в Телеграм
Обсудить вКонтакте
Обсудить в Махе

Каталог решений Здрав.Биз.

Phoca PDF