Категория: Региональные особенности организации внутреннего контроля
Опубликовано: Воскресенье, 15 марта 2015, 19:50
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 7162

Данный материал должен помочь руководителям небольших медицинских организаций города Москвы, Московской области и некоторых других регионов преодолеть некоторые организационные затруднения, вызванные как деформациями «московской» модели контроля качества и безопасности медицинской деятельности, так и её избыточностью.

Организация внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в небольших медицинских организациях города Москвы, Московской области и некоторых других регионов

Эта работа опирается на многие предшествующие, размещённые на сайте Здрав.Биз. В особенности, на аналитический материал «Организация контроля качества и безопасности. Московская модель», проблемную работу «Макропроблема микроконтроля» и статью «Организационная структура системы контроля качества и безопасности медицинской деятельности в стоматологии», написанную специально для стоматологических организаций, но по многим освещённым в ней вопросам актуальную для небольших клиник и медицинских центров любого профиля и многопрофильных. Ознакомление с ними обеспечит более полное и лёгкое восприятие данного материала.

Декабрьский доклад Федеральной антимонопольной службы о деятельности Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, за счёт своего критического характера, вызвал у многих коллег ложные надежды на послабление государственного контроля, облегчение надзорного бремени или даже на возможную отмену части установленных требований в отношении внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Зря. В январе Минздрав выдал крупнокалиберную очередь административных регламентов Росздравнадзора по осуществлению государственных функций в интересующей нас теме. Выводы, которые должны сделать руководители всех медицинских организаций, на наш взгляд, следующие: требования остаются в силе, в дальнейшем будут умножены под предлогом упорядочения, контроль и надзор усиливаются. Готовиться к проверкам следует ещё более тщательно.

О федеральных требованиях к организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинских организациях мы говорили уже не раз и повторяться здесь не будем. Они прежние и по-прежнему едины для всех. Классическая трёхуровневая система контроля (I уровень – руководителей структурных подразделений, II – начмеда, III – врачебной комиссии), которую в небольших медицинских организациях, не имеющих структурных подразделений, можно без ущерба для дела и без особого риска возникновения проблем при проверках превратить в двухуровневую путём объединения I и II уровней. В нашей

Phoca PDF

(«иркутской») модели это делается легко, а все типовые решения многократно «обкатаны».

Региональными положениями многих субъектов Российской Федерации прямо предписывается установление трёхуровневой системы контроля. При этом, как организовать систему внутреннего контроля в небольших медицинских организациях, не имеющих структурных подразделений, не раскрывается. Москва и Московская область не стали здесь исключениями. Контроль I уровня в небольшой организации здесь – контроль того, чего нет.

Эта проблема в «московской» модели выражена ярче, вследствие её избыточности для малых медицинских организаций и, в особенности, из-за «кривизны» системы критериев, её фрагментарности. Разобщённость критериев по уровням, отражающуюся в отчётных формах, мы разобрали в статье «О московских критериях качества и безопасности медицинской деятельности». Она составляет серьёзное препятствие для организации внутреннего контроля в любой организации и труднопреодолимое – в малой. Без систематизации критериев здесь обойтись уже невозможно. В противном случае, на выходе будет несколько совершенно не соответствующих друг другу бесформенных конгломератов вместо системы контроля.

Систематизация оценочных критериев – первый и необходимый этап разработки системы внутреннего контроля на основе «московской» модели. Должна быть выстроена иерархичная система критериев, где каждый показатель связан с целью контроля напрямую либо опосредованно через показатель более высокого порядка. Степень детализации должна быть разумной, так как излишняя детализация чрезмерно формализует экспертизу, делает её слишком грубой, а слишком крупные конечные показатели рождают произвол эксперта и конфликты в коллективе. И то, и другое вредит нормальной экспертной работе. Система должна быть единой для всех уровней контроля качества. Более подробно содержание этого этапа мы уже излагали на нашем сайте.

На втором этапе, нужно привести модель контроля качества и безопасности медицинской деятельности в соответствие с моделью медицинской организации. Не наоборот, как предполагается нормативными актами, устанавливающими региональные модели. Контрольные функции должны следовать за организационной структурой и реальными процессами в организации. В противном случае, мы от системы контроля получим тот же эффект для деятельности медицинской организации, как пользователь средненького компьютера от установки сверхмощной антивирусной программы, кроме которой в компьютере уже ничего работать не может. И ресурсы имеют значение, и причинно-следственные связи. Единственный способ предотвращения навязываемой гетергонии целей – осознанность. Умозрительный блеск ослепляет чиновника и заставляет бросать зависимых от него людей на борьбу с реальностью, заведомо обречённую на

Phoca PDF

поражение.

Практически, это означает, что мы должны совершить на втором этапе несколько ответственных шагов. Адаптировать под себя требования к организации врачебной комиссии, выделить и описать её функции в отношении контроля качества и безопасности медицинской деятельности, правильно их распределить и создать, тем самым, III уровень контроля. Объединить и замкнуть на руководителе медицинской службы организации I и II уровни контроля, также описав все его задачи и процессы. В качестве компенсации потери уровня руководителей структурных подразделений, особое внимание следует уделить самоконтролю лечащего врача, теснее связав его с контролем объединённого I–II уровня.

На третьем этапе необходимо усовершенствовать учётно-отчётную документацию, привести её в соответствие с целями и задачами контроля качества и безопасности медицинской деятельности адаптируемой модели. Единая система критериев на всех уровнях контроля должна найти своё отражение в локальных учётно-отчётных формах. Трансформация форм документации должна быть минимально необходимой, дабы придать ей жизненной применимости без риска возникновения претензий со стороны органов государственного контроля/надзора при проверках.

Затем, необходимо выполнить универсальный (не зависящий от региона) этап – создать методологию экспертизы и описать её, чтобы выстраивать экспертную работу на надёжном фундаменте. Как это сделать, мы уже достаточно раскрыли на нашем сайте. И только после этого можно перейти к заключительным этапам – описанию собственно модели внутреннего контроля в Положении о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской помощи) и установлению Порядка его организации и проведения в Вашей медицинской организации.

Создание системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в небольших медицинских организациях города Москвы, Московской области и некоторых других регионов, таким образом, возможно. В отличие от микроорганизаций, о чём мы говорили в нашей предыдущей статье «Макропроблема микроконтроля», ссылку на которую привели выше по тексту. Здесь дан «рабочий» рецепт. Да, он не прост, но для него не требуется ни авокадо, ни маракуйи, ни какой другой экзотики.

Способен ли руководитель небольшой московской клиники самостоятельно проделать такую объёмную работу? Вполне. К тому же (опять же, в отличие от микроорганизаций), к небольшим организациям применимы типовые решения, что значительно облегчает задачу.

Phoca PDF

Категория: Региональные особенности организации внутреннего контроля
Опубликовано: Воскресенье, 15 марта 2015, 19:50
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 7162

Всегда ваши, команда Здрав.Биз и Андрей Таевский.

Phoca PDF