О московских критериях качества и безопасности медицинской деятельности

Категория: Региональные особенности организации внутреннего контроля
Опубликовано: Суббота, 07 февраля 2015, 16:34
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 5717

В данной статье разбирается проблематика создания системы критериев в целях внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в свете региональных нормативных актов города Москвы и Московской области.

О московских критериях качества и безопасности медицинской деятельности

Московская модель контроля качества и безопасности медицинской деятельности содержит оценочные критерии. Это уже хорошо. Во многих регионах их нет вообще. Плохо то, что системы оценочных критериев что в Москве, что в Московской области фрагментарны.

Начнём с того, что критерии качества и критерии безопасности имеют разную историю и в единую систему не сведены. Критерии качества унаследованы из прежней модели контроля качества медицинской помощи, распространённой в стране до новых «Основ законодательства об охране здоровья граждан», установленных Федеральным законом № 323-ФЗ, а критерии безопасности рождены стремлением к соответствию требованиям этого Закона. Первые претендуют на максимальных охват лечебно-диагностического процесса, вторые сосредоточены вокруг предписанного Законом ограниченного перечня и, потому, включают в себя только три аспекта безопасности медицинской деятельности из множества – обеспечение безопасных условий труда, безопасный оборот медицинских изделий и соблюдение профессиональных ограничений медицинских работников.

Здесь мы уже имеем две никак не связанных между собой группы критериев. Практически это выражается в деформациях номенклатуры установленных форм документов. Оценочные критерии качества содержатся в формах «Карта внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» и «Журнал внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности», а оценочные критерии безопасности – в форме «Карта контроля соблюдения безопасных условий труда, требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий». Т.е., критерии качества «натянуты» на весь контроль качества и безопасности, а критерии безопасности находятся внутри него и, в то же время, отдельно, как инородный фрагмент в вакуоли.

Дальше ещё интереснее. Критерии качества, содержащиеся в формах «Карта внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» и «Журнал внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» никак не связаны между собой! Судя по составу, критерии в «Карте» изначально предназначались для анализа первичной медицинской документации на предмет соответствия установленным требованиям, а разделы (графы) в «Журнале» – для сбора необходимых для вертикальной отчётности сведений о дефектах, производимого ответственным подразделением органа управления

Phoca PDF

здравоохранением региона.

Результаты оценки соответствия требованиям по заданным параметрам (критериям), выявленные дефекты и анализ их причин при проведении контроля качества на каждом уровне должны были бы регистрироваться в «Журнале», имеющем соответствующие «Карте »разделы. Но, этого нет. Вместо этого, в «Журнале» графы отражают потребность региональных органов управления здравоохранением в статистике дефектов и их причин. Зачем было пытаться совместить журнал контроля качества и отчётную форму организации перед органом управления – не ясно. От этого совмещения проиграли все.

В «Журнале» критерии разбиты на пять групп без какой бы то ни было детализации (даже в прилагаемой к «Журналу» «Инструкции по заполнению» ничего нет на этот счёт), а в «Карту» помещён линейный перечень (одноуровневый список) из пятнадцати оценочных критериев, никак не сгруппированных. В итоге, мы имеем разные, никак не соотносящиеся друг с другом критерии в этих формах. Какой критерий из «Карты» учитывать в той или иной графе «Журнала», куда его относить – понять невозможно. Выходит, «Карты» сами по себе, складываются в стопочку и никак не учитываются, а «Журнал» ведётся без фактического материала, он совершенно не отражает качество медицинской помощи, а, лишь, учитывает дефекты для своего ведомства.

Но, и это ещё не всё. Согласно установленным в регионе «Рекомендациям», «Карты» заполняются на I уровне контроля качества, а «Журнал» – на II-м. И, всё. Где и как отражается вся остальная работа, несомненно, подразумевающаяся теми же «Рекомендациями», установить можно только частично.

Так, в форме «Карты» есть графа «Коэффициент качества медицинской помощи», разбитая на три колонки: «заведующий отделением», «заместитель главного врача» и (неизвестно, чьи) «примечания». То есть, «Карта» отражает оценку соответствия требованиям случая оказания медицинской помощи на I-м и II-м уровнях. Результаты рассмотрения случая на заседании врачебной комиссии в этой «Карте» отражены быть не могут. Не предусмотрено.

«Журнал», логике вопреки, один на всю организацию и ведёт его заместитель, несущий крест ответственности за контроль качества и безопасности (по факту, это II-й уровень контроля). В нём есть графа «Структурное подразделение, число пролеченных больных», что относится напрямую к I-му уровню контроля. Таким образом, и «Карта», оформляемая на I-м уровне, и «Журнал», ведущийся на II-м уровне, на самом деле, охватывают оба эти уровня, но содержат разные критерии.

А что с III-м уровнем контроля? Он где-то отражается? Очевидно,

Phoca PDF

единственным способом отразить его результаты является оформление предусмотренных федеральными приказами документов – протокола заседания врачебной комиссии и «Журнала работы КЭР». Но ни тот, ни другой документ не предназначены для этого. Там нет, ровным счётом, ничего, что можно было бы соотнести с результатами контроля I-го и II-го уровней. Таким образом, III-й уровень контроля в московской модели является декларативным и, пожалуй, декоративным. С ним модель смотрится красивее. И, только.

В целом единой системы нет. Она фрагментарна. Вообще системой её назвать можно лишь с большой натяжкой. Для систематизации, прежде всего, после определенной переработки.

На это требуется приложить кое-какие усилия. Множество усилий множеством медицинских организаций. Минимум, сотня часов плотной работы специалиста – сколько стоит? А если умножить на десятки тысяч организаций? Суммарные потери времени и иных ресурсов только на решение системных проблем и снятие противоречий очень велики, если этим приходится заниматься «на местах», в каждой организации.

Впрочем, не всё так плохо. Для этой проблемы уже разработано решение. Разрозненные наборы-перечни показателей и группы показателей-без-показателей сведены в единую иерархичную систему оценочных критериев с разумной степенью детализации. Вокруг этого логичного «ядра» уже выстроена система контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Всегда ваши, команда Здрав.Биз и Андрей Таевский.

Phoca PDF