Организация работы врачебной комиссии по контролю качества и безопасности медицинско

Категория: Организация работы врачебной комиссии
Опубликовано: Пятница, 20 февраля 2015, 13:53
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 4740

В медицинских организациях Москвы и Московской области, а также некоторых других регионов, использующих сходную модель контроля качества и безопасности медицинской деятельности, организация работы врачебной комиссии по контролю качества и безопасности медицинской деятельности представляет определённые трудности, часть из которых специфична для этих регионов.

Проблемы организации работы врачебной комиссии по контролю качества и безопасности медицинской деятельности

В московской модели контроля качества и безопасности медицинской деятельности [illegible] регионе находится [illegible] из каких [illegible] других характеристик. [illegible]

Приказы федерального органа управления здравоохранением регламентируют работу врачебной комиссии довольно глубоко, но, при этом, они совершенно не согласованы между собой. Это обстоятельство порождает трудности в организации работы врачебной комиссии, особенно в части осуществления ею контроля качества. Вот материалы, в которых эти вопросы уже рассматривалась: «Создание Положения о врачебной комиссии для небольшой многопрофильной медицинской клиники своими силами», «Как организовать работу врачебной комиссии по контролю качества и безопасности медицинской деятельности в небольшой многопрофильной медицинской клинике» и, особенно, «Проблемы организации работы врачебной комиссии по контролю качества в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения».

По все стране врачебная комиссия в целях контроля качества и безопасности медицинской деятельности осуществляет третий уровень контроля и использует в своей работе установленные и предписанные федеральными приказами формы документации. К установленным относится «Журнал учета клинико-экспертной работы лечебно-профилактического учреждения» (форма № 035/у-02, утвержденная приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 мая 2002 г. № 154 вместе с инструкцией по заполнению), а к предписанным – «Протокол решения врачебной комиссии». «Протоколом» оформляются все решения врачебной комиссии, в том числе принимаемые по результатам контроля третьего уровня, которому в обязательном порядке подлежат все «проблемные» случаи оказания медицинской помощи и, дополнительно, определённое количество случайно отобранных.

Мы уже говорили о том, что ни «Журнал учета КЭР» (кстати, форму его мы его уже выложили в разделе сайта для размещения доступных файлов «Материалы для скачивания»), ни «Протокол» не могут отразить контроль качества, поскольку совершенно к этому не приспособлены. Внесённые в них при осуществлении контроля сведения не могут быть использованы в целях управления. Отсюда, стремление региональных органов управления

Phoca PDF

Категория: Организация работы врачебной комиссии
Опубликовано: Пятница, 20 февраля 2015, 13:53
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 4740

здравоохранением предусмотреть отдельные формы для учёта работы врачебной комиссии по данному направлению. Обычно, это «Журнал контроля качества и безопасности медицинской деятельности III уровня», содержащий графы, аналогичные одноимённым журналам I и II уровней, в которых отражаются результаты контроля. Более подробно, в соответствии с системой критериев, эти результаты раскрываются в «Актах», к которым прилагаются «Экспертные заключения» с пояснениями эксперта.

Московская специфика

В медицинских организациях, расположенных на территории города Москвы и Московской области, а также некоторых других регионов, использующих сходную модель контроля качества и безопасности медицинской деятельности, эта проблема острее. Ожидаемо, поскольку возникает она вследствие противоречивой регламентации деятельности врачебной комиссии, а в этих субъектах Российской Федерации к федеральным противоречиям добавляются региональные.

Некоторые специфические особенности организации работы врачебной комиссии по контролю качества и безопасности медицинской деятельности в этих регионах мы рассматривали в статье «Организация контроля качества и безопасности. Московская модель» и связанных с нею работах.

В «московской» региональной модели для организации третьего уровня контроля кое-что предусмотрено. Во-первых, он декларируется. Общие фразы, повторяющие федеральные требования к организации деятельности врачебной комиссии, нашли своё отражение в региональных нормативно-правовых актах города Москвы и Московской области, которые мы уже разбирали. Предписано, что врачебная комиссия осуществляет контроль третьего уровня.

Как? Учётные формы по контролю качества и безопасности медицинской деятельности, рекомендуемые к установлению в медицинских организациях этих регионов, деятельность врачебной комиссии по данному направлению не охватывают. В «Карте внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» места для результатов контроля третьего уровня вообще нет.

В то же время, структура «Журнала внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности», который должен вести заместитель руководителя медицинской организации (он же воплощает собой II уровень контроля), предполагает охват и I-го, и III-го уровней. То есть, ответственное лицо учитывает результаты всех трёх уровней в одном журнале, графы которого (их пять) совершенно не отражают набор учитываемых параметров, имеющийся в «Карте». Это приводит к тому, что уровень врачебной комиссии имеет пять групповых разделов контроля, но не располагает их содержанием. Что входит в

Phoca PDF

каждую из этих пяти групп – неизвестно. Соответственно, при проведении контроля, его результаты сразу устанавливаются по этим пяти групповым позициям, без экспертизы на предмет соответствия критериям, что принципиально не позволяет избежать произвола. Для управления такие данные бесполезны или вредны.

Как организовать работу врачебной комиссии по контролю качества и безопасности медицинской деятельности в этих регионах?

Первое, что необходимо сделать, это отработать систему критериев. Это решено: «О московских критериях качества и безопасности медицинской деятельности». Должна быть единая стройная иерархия критериев с необходимой и достаточной степенью детализации, где каждый показатель напрямую или опосредованно (через более крупные показатели) связан с целью контроля. Это главная задача и единственный способ преодоления абсурда.

Второе. Необходимо отразить созданную систему критериев в учетных формах: укрупнённые показатели в «Журналах», детализированные – в «Актах» или «Картах», а для пояснений эксперта к случаям, сопровождающимся выявленными дефектами оказания медицинской помощи, предусмотреть форму «Экспертного заключения».

Третье. Документооборот по данному направлению нужно привести в соответствие с организационной структурой контроля. Если уровней контроля три, то и уровней учёта должно быть три. При этом, для организации правильной системы учёта, необходимо предусмотреть, как будут систематизироваться и анализироваться данные в целях управления. Здесь, конечно, имеется в виду управление по отклонениям.

В реальности сего дня нам необходим персонифицированный учёт работы специалистов по заданным параметрам качества и безопасности. То есть, раздельный сбор, систематизация и хранение фактического материала, а не только результатов его обработки. Результаты статистической обработки данных мы должны получать такие, какие нам нужно для решения той или иной управленческой задачи, и быстро. Отсюда, и решение. Фактический материал, результаты экспертной оценки соответствия критериям по каждому случаю оказания медицинской помощи мы должны учитывать в «Картах» или «Актах», а результаты первичной статобработки – в «Журналах», кои должны вестись на каждом уровне отдельно. Остальное – дело автоматизации с учётом региональных и локальных потребностей.

Всегда ваши, команда Здрав.Биз и Андрей Таевский.

Phoca PDF