Локальные формы: Карта внутреннего контроля качества медицинской помощи

Категория: Общие и практические вопросы организации контроля качества и безопасности
Опубликовано: Пятница, 20 мая 2016, 02:27
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 27109

Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности должен осуществляться в каждой медицинской организации в соответствии с законодательством Российской Федерации в сфере здравоохранения. Эта работа отражается в специальных учётных формах, устанавливаемых локальными нормативными актами медицинской организации. В статье изложены принципы построения одной из основных форм в системе внутреннего контроля – Карты внутреннего контроля качества медицинской помощи на основе федеральных критериев оценки качества медицинской помощи, и их обоснование.

Материал предназначен для руководителей медицинских организаций и их заместителей, владельцев медицинского бизнеса, руководителей медицинских подразделений организаций, врачей-экспертов, врачей – организаторов здравоохранения и врачей других специальностей, интересующихся вопросами организации медицинской деятельности и управления.

Локальные учётные формы в системе внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности: Карта внутреннего контроля качества медицинской помощи

Форма Карты внутреннего контроля качества медицинской помощи предназначена для регистрации результатов экспертизы конкретного случая оказания медицинской помощи. Соответственно, она должна после заполнения содержать четыре основных информационных блока:

1) сведения общего характера о медицинской организации, форме документа и установившем её локальном нормативном акте.

2) сведения, позволяющие идентифицировать случай оказания медицинской помощи и отражающие его основные признаки;

3) собственно результаты экспертизы качества, проводимой в соответствии с принятой в медицинской организацией методикой на основе установленных оценочных критериев;

4) сведения и специальные отметки, придающие заполненной карте как документу юридическую силу.

Разберём эти блоки подробнее.

Общие сведения о документе

В правом верхнем углу вводится блок с информацией о локальном

Phoca PDF

Категория: Общие и практические вопросы организации контроля качества и безопасности
Опубликовано: Пятница, 20 мая 2016, 02:27
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 27109

нормативном акте, установившем форму с указанием номера приложения, а также сокращённое наименование медицинской организации с указанием её организационно-правовой формы. Желательно также указать полное наименование организации в верхнем колонтитуле, если позволяет место (о дефиците пространства формы поговорим ниже).

Приложение № ___
к Положению о контроле качества
медицинской деятельности
в ГБУЗ «ХХХ»

Далее, по центру указывается полное наименование формы:

Карта № _____
внутреннего контроля качества медицинской помощи (в амбулаторных условиях)
ГБУЗ «ХХХ»

Формы Карт внутреннего контроля качества медицинской помощи в амбулаторных условиях и в стационарных условиях (в т.ч. в условиях дневного стационара) разные, поскольку различаются оценочные критерии, и должны устанавливаться отдельными приложениями к соответствующему документу (например, к Положению о контроле качества).

Идентификаторы случая оказания медицинской помощи и его основные признаки

В этом блоке создаются поля для заполнения следующих данных:

1. Наименование структурного подразделения медицинской организации;
2. Фамилия, имя, отчество пациента;
3. Дата рождения пациента;
4. Срок лечения (даты начала и окончания);
5. Номер медицинской карты пациента;
6. Номер полиса в системе ОМС;
7. Внутренний код лечащего врача;
8. Фамилия, имя, отчество лечащего врача;
9. Клинический диагноз;
10. Код клинического диагноза по МКБ;
11. Сопутствующие заболевания;
12. Осложнения основного заболевания;
13. Патологоанатомический диагноз (при летальном исходе);

Поля должны иметь достаточную для внесения необходимых записей длину и, конечно же, быть подписаны.

Результаты экспертизы качества медицинской помощи

Phoca PDF

Категория: Общие и практические вопросы организации контроля качества и безопасности
Опубликовано: Пятница, 20 мая 2016, 02:27
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 27109

При проведении экспертизы качества медицинской помощи в целях осуществления контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинских организациях должны использоваться федеральные оценочные критерии, установленные приказом Минздрава России от 7 июля 2015 года № 422ан «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи». Они представляют собой два отдельных набора оцениваемых параметров качества медицинской помощи в амбулаторных условиях и в стационарных условиях (в т.ч. в условиях дневного стационара). Каждый набор содержит как «конечные» параметры, подлежащие непосредственной оценке при проведении экспертизы, так и параметры с детализацией (двухуровневая иерархия критериев). Нумерация пунктов в оригинале приказа при этом, традиционно, сбита.

В примитивном варианте, результаты экспертизы качества медицинской помощи по федеральным критериям будут представлять собой односложные ответы на вопросы, а блок собственно экспертизы в форме Карты внутреннего контроля качества медицинской помощи – вопросник с полями для этих односложных ответов, своего рода «чек-лист». Этот подход удовлетворит потребности надзорных органов, но не даст руководителю медицинской организации практически никакой полезной информации для управления и улучшения качества.

Достижение улучшений возможно при условии грамотного анализа данных, объективно, полно и достоверно отражающих реальность. Технология, позволяющая получать такие данные при проведении экспертизы качества медицинской помощи, изложена в работе «Технология экспертизы качества медицинской помощи по федеральным критериям». Теме дальнейшего использования объективных и достоверных результатов экспертизы в целях внутреннего контроля и управления посвящены многие наши работы, например, статья «Управление качеством медицинской помощи по отклонениям».

Технология предусматривает двух/трёхэтапную оценку каждого параметра:

1) оценка соответствия установленным требованиям («СУТ») по дихотомическому принципу «минимальной достаточности» («да» или «нет», «выполнено» или «не выполнено», «0» или «1»);

2) оценка качества медицинской помощи («ОК») по градиентному принципу «соответствия» (от «0» до «1» на «оценочной шкале» с заданным «шагом»);

3) оценка величины допущенного отклонения по дихотомическому принципу путем сопоставления с заранее установленными «пороговыми» значениями (при их наличии), при преодолении которых фиксируются так называемые «дефекты качества» («ДК»).

Phoca PDF

Категория: Общие и практические вопросы организации контроля качества и безопасности
Опубликовано: Пятница, 20 мая 2016, 02:27
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 27109

В медицинских организациях целесообразно сменить научный подход на практический: указывать не соответствие («1») или несоответствие («0») установленным требованиям («СУТ») на первом этапе и наличие или отсутствие дефектов качества на третьем, а число выявленных и устранённых нарушений установленных требований («НУТ») на первом этапе и число дефектов качества на третьем в единицах. Это значительно упрощает экспертную работу и повышает информативность её результатов.

Результаты экспертизы в технологичном варианте будут представлять собой уже не формальный «чек-лист» с бесполезными в управлении «галочками», а таблицу с данными, пригодными для последующего анализа и использования, в т.ч. в качестве основы для принятия управленческих решений. В этой таблице будут столбцы с порядковыми номерами и формулировками критериев, и полями для внесения по каждому критерию следующих данных: числа выявленных и устранённых нарушений установленных требований, экспертной оценки качества и числа дефектов.

Число столбцов таблицы зависит также от модели контроля в медицинской организации. Если в организации используется одна Карта внутреннего контроля качества медицинской помощи для проведения экспертизы одного случая оказания медицинской помощи на всех уровнях контроля (преимущество такого подхода перед вариантом с отдельными Картами для каждого уровня заключается в обеспечении преемственности уровней контроля), то полей для внесения экспертных оценок и числа дефектов будет 4 в двухуровневой модели и 6 в трёхуровневой. Выявленные и устранённые нарушения установленных требований целесообразно фиксировать независимо от уровня, на котором было выявлено то или иное нарушение либо установлен факт его устранения. Ниже приведён пример «шапки» таблицы результатов экспертизы для трёхуровневой модели.

Критерии оценки качества оказания медицинской помощи		НУТ[1]		I уровень (рук. подр.)		II уровень (начмед)		III
		Вы-явле-но	Ус-тра-нено					
	Дата проведения контроля:							
				ОК[3]	ДК[4]	ОК[3]	ДК[4]	О

В приведённом примере обращают на себя внимание сокращения и условные обозначения, снабжённые сносками. Действительно, мы применили сокращения и условные обозначения в таблице результатов экспертизы, поскольку федеральные критерии имеют чересчур массивные формулировки, что приводит к эффекту «простыни» при погружении их в таблицу. Все формы документов в системе внутреннего контроля должны быть одно- или двусторонними, это наша принципиальная позиция, и мы не без труда добились компактного размещения в таблицах федеральных критериев, особенно «стационарных» в Картах для трёхуровневой модели контроля. Для удобства экспертов, все использованные нами условные обозначения

Phoca PDF

расшифрованы ниже таблицы прямо в форме.

Внизу таблицы создаётся строка с полями для внесения итоговых значений: общего числа выявленных и устраненных нарушений (НУТ), коэффициента качества медицинской помощи (КМП) и числа выявленных дефектов качества (ДК).

Юридическая сила результатов экспертизы

Юридическое значение результатам экспертизы придаёт указание в Карте, помимо идентификационных сведений о случае оказания медицинской помощи:

1) даты проведения контроля, в целях которого осуществлена экспертиза;

2) сведений о лице, осуществившем экспертизу (эксперте): его фамилии и инициалов;

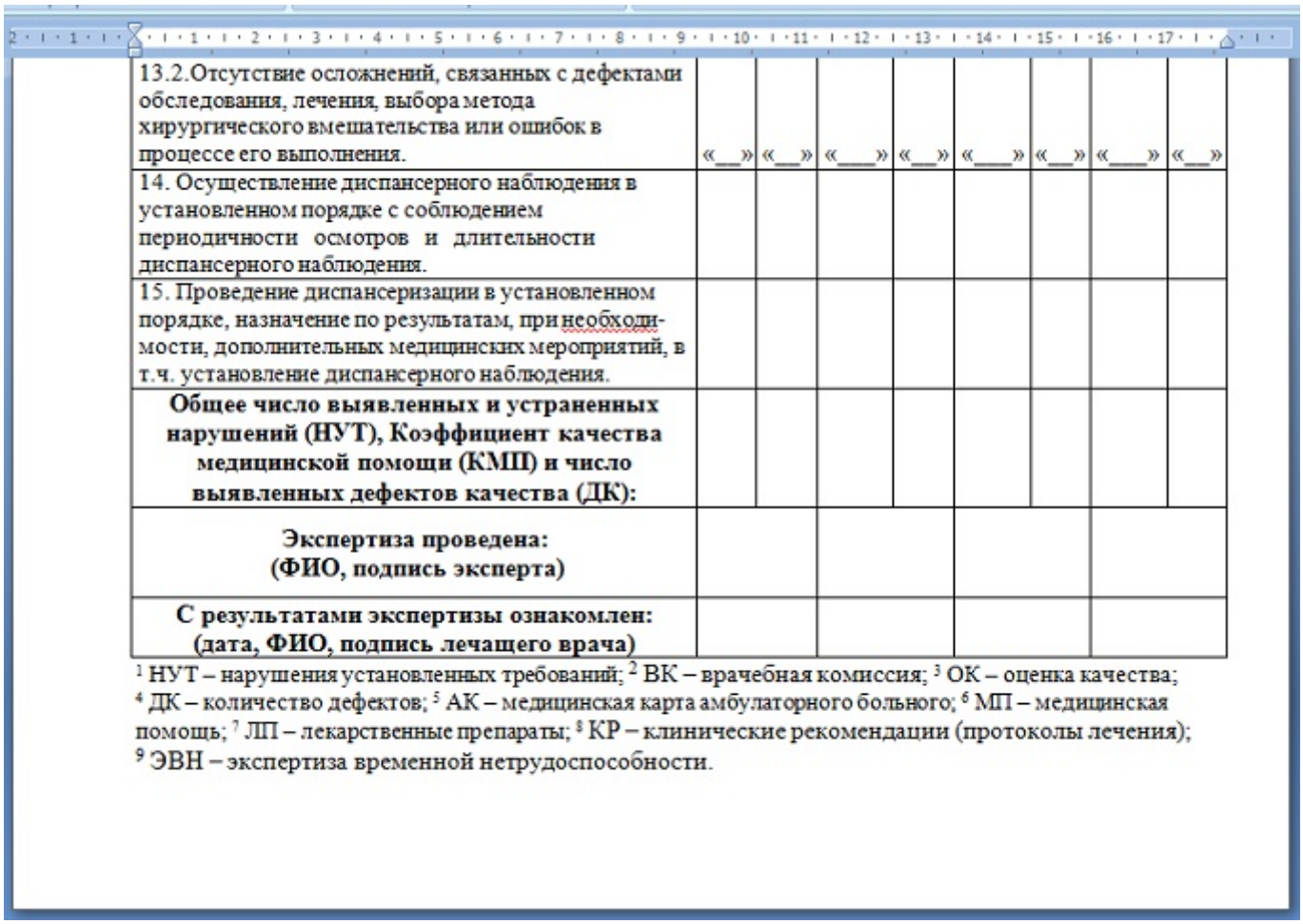
3) подписи эксперта;

4) отметки об ознакомлении лечащего врача с результатами экспертизы (в т.ч. даты, фамилии и инициалов, подписи).

В связи с тем, что данные сведения относятся не только к случаю оказания медицинской помощи, но и к случаю проведения экспертизы, они должны указываться на каждом уровне раздельно. Поэтому, для них лучше отвести место в самой таблице результатов – для дат проведения контроля в «шапке», для остальных сведений – внизу таблицы в двух специально созданных для этого строках. Нижняя часть таблицы выглядит следующим образом:

Phoca PDF

Категория: Общие и практические вопросы организации контроля качества и безопасности
Опубликовано: Пятница, 20 мая 2016, 02:27
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 27109



13.2.Отсутствие осложнений, связанных с дефектами обследования, лечения, выбора метода хирургического вмешательства или ошибок в процессе его выполнения.	«__»	«__»	«____»	«__»	«____»	«__»	«____»	«__»
14. Осуществление диспансерного наблюдения в установленном порядке с соблюдением периодичности осмотров и длительности диспансерного наблюдения.								
15. Проведение диспансеризации в установленном порядке, назначение по результатам, при необходимости, дополнительных медицинских мероприятий, в т.ч. установление диспансерного наблюдения.								
Общее число выявленных и устраненных нарушений (НУТ), Коэффициент качества медицинской помощи (КМП) и число выявленных дефектов качества (ДК):								
Экспертиза проведена: (ФИО, подпись эксперта)								
С результатами экспертизы ознакомлен: (дата, ФИО, подпись лечащего врача)								

[1] НУТ – нарушения установленных требований; [2] ВК – врачебная комиссия; [3] ОК – оценка качества; [4] ДК – количество дефектов; [5] АК – медицинская карта амбулаторного больного; [6] МП – медицинская помощь; [7] ЛП – лекарственные препараты; [8] КР – клинические рекомендации (протоколы лечения); [9] ЭВН – экспертиза временной нетрудоспособности.

Заключительные штрихи

Экспертная работа с предложенными формами Карт внутреннего контроля качества медицинской помощи легко автоматизируется, поскольку в них реализована технология экспертизы, устраняющая смешение принципов и другие деформации, присущие федеральным критериям оценки качества. Возможности автоматизации своими силами в этой части экспертной работы изложены нами в работе «Автоматизация экспертизы качества по федеральным критериям. Практические советы. Часть I».

Необходимыми условиями обеспечения объективности и достоверности результатов экспертизы являются также компетентность экспертов и внутренний регламент проведения экспертизы. Методическое сопровождение экспертной работы должно быть полным и конкретным. Принципы оценки, технология экспертизы, оценочные критерии, оценочные шкалы, признаки отнесения отклонений лечебно-диагностического процесса к тому или иному диапазону шкалы, «пороговые значения» дефектов качества, содержание установленных требований и признаки нарушений, порядок работы с документами, информационные источники и другие важные моменты экспертной работы должны быть описаны и лучшее место для этого –

Phoca PDF

специальный локальный документ «Порядок проведения экспертизы качества медицинской помощи». Эксперты должны иметь необходимый уровень профессиональной подготовки, как по специальности, так и по вопросам организации и проведения экспертизы и контроля качества медицинской помощи.

Для того, чтобы заказать необходимый Вам пакет локальных документов, форм и других материалов для организации внутреннего контроля, оформите заявку:

Пакет технологий экспертизы качества и управления качеством медицинской помощи по отклонениям

Всегда ваши, команда Здрав.Биз и Андрей Таевский.

Phoca PDF