Как организовать внутренний контроль по требованиям Минздрава. Образцы документов от лидеров отрасли

‹актион› МЦФЭР

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ
ЖУРНАЛ ДЛЯ УПРАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ

Содержание

Как организовать управление персоналом, чтобы получить сертификат Росздравнадзора. Чек-лист и образцы документов 3

Какие алгоритмы идентификации пациентов устроят Росздравнадзор 15

Как организовать обращение медизделий без штрафов от Росздравнадзора 22

Как главврачи внедряют новые критерии качества медпомощи. Образцы от лидеров отрасли 30

Как организовать маршрутизацию в клинике, чтобы выполнить рекомендации Росздравнадзора 41

В 2019 году клиники проводят внутренний контроль качества и безопасности медпомощи по единым принципам, которые устанавливает Минздрав. В приказе ведомства — 11 оценочных листов, которые во многом повторяют рекомендации Росздравнадзора по внутреннему контролю. В книге — образцы документов от клиник, которые уже внедрили рекомендации контролеров.

Наталья КОТОВА, шеф-редактор

Как организовать управление персоналом, чтобы получить сертификат Росздравнадзора. Чек-лист и образцы документов

Медорганизации должны внедрить систему менеджмента качества по указанию Росздравнадзора. Один из критериев оценки – управление персоналом. Камский детский медицинский центр уже перестроил работу и получил сертификат ведомства. Расскажем, как организовать управление персоналом. В статье – образцы документов и чек-лист, чтобы проверить, как вы готовы к контролю.

Квалификация медработников и лицензионные требования

Что проверят. Аудиторы оценят, соответствует ли подготовка специалистов медорганизации квалификационным требованиям (приказы Минздрава от 08.10.2015 № 707н, от 10.02.2016 № 83н, Минздравсоцразвития от 23.07.2010 № 541н). Это одно из лицензионных условий.

Как подготовиться. Соберите для проверки сертификаты специалистов и отметки об их своевременном подтверждении, трудовые договоры, документы, которые отражают должностные обязанности каждого работника по штатному расписанию. Мы храним данные в личных делах сотрудников.

Оксана ЧИКИНА, руководитель отдела качества ГАУЗ «Камский детский медицинский центр», Набережные Челны

Важно

Чек-лист, чтобы подготовиться к проверке, в приложении 1. Комплект документов по управлению персоналом (приложения 2–7) скачайте по ссылке ⟶ zdrav.ru/pers

Планы обучения сотрудников

Что проверят. Инспекторы попросят план обучения специалистов на сертификационных курсах. Проверят, началось ли обучение в системе непрерывного медобразования (НМО) врачей, которые прошли сертификацию в 2016 и 2017 годах. Уточнят, ведут ли завотделениями и врачи план индивидуальных образовательных программ на портале НМО.

Как подготовиться. Ежегодно утверждайте план обучения специалистов на сертификационных курсах и работайте по нему (таблица 1). Планы согласуйте с завотделениями.

Скачайте с сайта образовательного учреждения форму заявки, заполните и отправьте. Когда заявку одобрят, медработника внесут в график обучения и выдадут путевку. Заключите договор на обучение между медорганизацией и образовательным учреждением. Издайте приказы о направлении сотрудников на учебу.

Предоставьте врачам свободный доступ на портал НМО и при запросе аудитора покажите план обучения в режиме онлайн либо скриншот страницы. Поручите отделу кадров контролировать специалистов, которые учатся на портале НМО.

Обучение на рабочем месте

Что проверят. Аудиторы проверят наличие и содержание программ обучения персонала – базовой и дополнительной.

Как подготовиться. Поручите завотделениями составить базовую программу обучения медработника на рабочем месте и дополнительную индивидуальную программу (приложение 2).

Составьте план тренингов. Привлеките специалистов клиники или пригласите сторонних экспертов. Используйте для обучения клинические рекомендации, протоколы лечения, порядки оказания медпомощи, профстандарты.

Разработайте пакет документов по наставничеству. В частности, приказ, положение о наставничестве, положение об адаптации нового сотрудника. Пример – в приложении 3.

Важно

Обучайте медперсонал приемам реанимационной помощи не реже одного раза в год и регистрируйте в протоколе занятий с итоговой оценкой знаний

Обучение в симуляционном центре

Что проверят. Если в медорганизации есть симуляционный центр, Росздравнадзор проверит, как он оборудован и по какому графику идут занятия. В ходе аудита могут смоделировать любую ситуацию, чтобы оценить знания медработников. Например, порядок оказания медпомощи беременным при анафилактическом шоке на препарат.

Если симуляционного зала нет, инспекторы посмотрят договор на обучение в нем, срок аренды зала, список обучающихся.

Как подготовиться. Если в медорганизации есть зал, оборудуйте его и составьте план тематических занятий. Контролируйте посещение и результаты обучения.

К сведению

Мы в клинике проводим конкурс «Лучший по профессии». Издаем приказ по медорганизации, в котором устанавливаем критерии участия. У нас каждый участник предоставляет информацию за 3 года – о положительной динамике целевых показателей по пролеченным больным, осложнениям, внедрению новых методов работы в лечении, диагностике, об активном участии в научных конференциях с докладом, статьи в медицинских журналах. Важным условием считаем отсутствие жалоб от пациентов, дефектов при экспертизе меддокументации при проверке страховых компаний и ФОМС. Конкурс проводим перед Днем медицинского работника.

Таблица 1. План индивидуальных образовательных программ на портале НМО для врачей-специалистов на 2018 год в ГАУЗ «КДМЦ»

Циклы НМО	Запланировано	Специальность	Сроки	Отметка об исполнении
Неотложная педиатрия, 18 академических часов	12 человек	Педиатрия неонатология	Январь	Исполнено
Анемии, 36 академических часов	3 человека	Врачи КЛД	Март	Исполнено
Аллергические заболевания органов дыхания, 36 академических часов	14 человек	Врачи-педиатры Врачи — анестезиологи-реаниматологи	Сентябрь	

Если симуляционного зала нет, заключите договор со сторонней организацией.

Предметом договора может стать аренда симуляторов, например, для сердечно-легочной реанимации. Мы заключили договор с медучилищем – арендуем зал с оборудованием.

Информирование сотрудников об изменениях в приказах и регламентах

Что проверят. Инспекторы поинтересуются, как медорганизация сообщает сотрудникам информацию об изменениях в приказах, регламентах, других внутренних документах.

Как подготовиться. Просите сотрудников расписываться в протоколе ознакомления с новыми документами. Фиксируйте отправку новых документов от руководителей

в подразделения по электронной почте – сохраняйте скриншот на бумажном носителе и прикрепляйте к оригиналу документа. Размещайте информацию на общем сервере, обеспечьте постоянный доступ персонала к папке.

Важно

Раздел «Квалификация» входит в чек-листы Росздравнадзора. При плановой проверке за нарушение будет штраф до 250 тыс. руб. или вынесут предупреждение (ч. 1 ст. 19.20 КоАП)

Научно-исследовательская деятельность

Что проверят. Аудиторы проверят план научно-исследовательской деятельности (таблица 2).

Как подготовиться. Утверждайте план ежегодно. Включите научно-практические конференции, которые организуют с участием профессорско-преподавательского состава кафедр, доклады, публикации статей специалистов клиники в медицинских журналах.

Привлеките сотрудников организационно-методической службы, руководителей подразделений, главных внештатных специалистов департамента здравоохранения. Заместитель главного врача может взять на себя координацию тем докладов и статей завотделениями.

Социально-психологическое управление персоналом

Что проверят. В медорганизации должна быть программа внедрения социально-психологического управления персоналом. Инспекторы проверят, как анкетируете сотрудников, чтобы вовремя выявлять эмоциональное выгорание и проводить корректирующие действия (приложение 4).

Как подготовиться. Продумайте комплекс мероприятий, которые поддерживают положительную атмосферу в коллективе. В программу входит оценка психологического климата, тренинги по его улучшению, профилактика

Таблица 2. План научной деятельности в ГАУЗ «КДМЦ» на 2017 год

Мероприятия	Ответственный	Срок исполнения
Научная работа по управлению рисками эпидемиологической безопасности в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных	Чикина О.Г.	Постоянно
Статья в научный журнал «Практическая медицина» «Роль кувезов как фактор передачи ИСМП», г. Казань	Чикина О.Г.	Май
Подготовка доклада «Управление рисками в области эпидемиологической безопасности» для конференции НАСКИ, г. Пермь	Султанова Е.Б., Румак Ю.С.	Сентябрь
Подготовка материалов по обмену опытом внедрения стандартов качества и безопасности медицинской деятельности для направления в журнал «Заместитель главного врача»	Чикина О.Г., Шарова Н.Ю., Холина С.Н.	Март
Разработка проекта по открытию школы для среднего медперсонала «Безопасное инвазивное вмешательство» и «Школа доброжелательного отношения к пациентам»	Сычева Н.Е.	Июнь

эмоционального выгорания. А также обучение персонала общению с пациентами.

Мы поощряем сотрудников премиями, обучением за счет медорганизации в престижном вузе. А также используем нематериальную мотивацию – устную благодарность, одобрение, вывешиваем фотографии лучших сотрудников на Доске почета.

Для персонала у нас есть комната отдыха с мягким диваном и горячим кофе. Для сплочения коллектива организуем совместный отдых – выезжаем на экскурсии, природу. Проводим встречи персонала с психологами-тренерами, которые учат управлять эмоциями.

Конфликты в коллективе стараемся решить сразу, так как неудовлетворенность профессиональным окружением – одна из причин выгорания.

Обновляйте план мероприятий по развитию кадрового потенциала ежегодно или раз в два года

Развитие кадрового потенциала

Что проверят. Инспекторы попросят показать план мероприятий по развитию кадрового потенциала (таблица 3).

Как подготовиться. Обновляйте план ежегодно или раз в два года – в зависимости от стратегии развития медорганизации. Разрабатывайте план с учетом новых нормативно-правовых требований, управленческих и медицинских технологий. Например, внедрение современного оборудования для диагностики, новых хирургических методов лечения пациентов.

Включите в план разделы о внедрении профстандартов, переходе специалистов на новую форму допуска к трудовой деятельности через аккредитацию либо стажировку в клинике-партнере.

Подготовка кадрового резерва руководителей

Что проверят. Аудиторы проверят планы подготовки кадрового резерва руководителей высшего и среднего звена.

Как подготовиться. Разработайте планы подготовки кадрового резерва. В них входят: приказ об обучении со списком дублеров руководителей высшего и среднего звена для замены на время отсутствия основного работника, индивидуальные планы обучения дублеров, которые формируют руководители, регламент передачи

Таблица 3. План мероприятий по развитию кадрового потенциала

Отделение	Мероприятие	Документ, который необходимо получить	Ответственное лицо
Эндоскопическое	Обучение врача-хирурга эндоскопическим манипуляциям	Сертификат врача — эндоскописта	Специалист отдела кадров Зав. хирургическим отделением
Урологическое отделение	Стажировка врача-уролога в г. Казань в Центр высоких медицинских технологий	Удостоверение об освоении нового метода лечения	Специалист отдела кадров Зав. урологическим отделением

обязанностей от руководителя дублеру (приложение 5), порядок информирования работников медорганизации о передаче полномочий.

Социально-бытовые условия работы персонала

Что проверят. Росздравнадзор проверит оснащение рабочих мест. Аудиторы также проведут специальную оценку условий труда при наличии вредных факторов на рабочих местах.

Как подготовиться. Предварительно проведите оценку и определите подразделения, которые в первую очередь нуждаются в улучшении условий труда. Пропишите мероприятия по устранению недостатков и установите сроки. Например, мы обнаружили недостатки в освещении рабочих мест, у персонала мало шкафчиков для

Совместный отдых и обучение персонала

хранения спецодежды, дефицит спецодежды, средств индивидуальной защиты.

Разработайте программу по улучшению социально-бытовых условий работы медперсонала. Привлеките службы охраны труда и техники безопасности. Программу утвердите у главного врача и передайте в экономический отдел.

Исполняйте требования Федерального закона от 28.12.2013 № 426-ФЗ «О специальной оценке условий труда».

Программа по снижению текучести кадров

Что проверят. В клинике должна быть программа по снижению текучести кадров.

Как подготовиться. Включите в программу мероприятия по улучшению условий труда, корпоративной культуры, поощрению работников и материальной поддержке молодых специалистов.

Поощряйте лучших работников. Сотрудники должны видеть, что могут построить карьеру в клинике. Например, дайте возможность дублерам вести проекты по поручению руководителя высшего звена. Помогайте сотрудникам улучшить жилищные условия.

Система внутреннего аудита по управлению персоналом

Что проверят. Инспекторы попросят показать, как организована система внутреннего аудита в медорганизации.

Как подготовиться. Продумайте систему внутреннего аудита по управлению персоналом. В частности, разработайте положение по аудиту, чек-листы, план-график аудитов, проведите анализ несоответствий и разработайте корректирующие действия (приложения 6 и 7).

В приказ по организации аудитов системы управления персоналом включите списки ответственных лиц в целом в медорганизации и в каждом подразделении.

Комментарий эксперта

В 2017 году по результатам аудита специалисты Росздравнадзора выявили существенные несоответствия в большинстве медорганизаций по разделу «Управление персоналом. Компетентность и компетенции». Соответствие требованиям отметили лишь в 29 процентах случаев.

Анализ работы по данному разделу показал очень формальный подход, который заключается лишь в соблюдении норм трудового законодательства. Сотрудники кадровых служб и руководители не уделяют внимание непрерывному образованию, не учитывают социально-психологические особенности членов коллектива, специфику медорганизации. Это, безусловно, сказывается на качестве и безопасности меддеятельности.

Качество зависит от умения персонала работать в мультидисциплинарной команде. Требуйте от работников высокой квалификации, соблюдения дисциплины и организуйте их творческое участие в работе клиники.

Игорь ИВАНОВ, генеральный директор ФГБУ «ЦМИКЭЭ» Росздравнадзора

Приложение 1

Чек-лист

Квалификация и лицензия

- ☐ Сертификаты специалистов
- ☐ Отметки о своевременном подтверждении сертификатов
- ☐ Трудовые договоры с сотрудниками
- ☐ Должностные обязанности

Планы обучения

- ☐ План обучения специалистов на сертификационных курсах
- ☐ Заполненная и отправленная заявка
- ☐ Договор с образовательным учреждением, если цикл платный
- ☐ Приказы о направлении сотрудников на учебу
- ☐ Выбор врачами индивидуальных программ на портале НМО

Обучение на рабочем месте

- ☐ Базовые программы обучения работников на рабочем месте
- ☐ Дополнительные индивидуальные программы обучения, при необходимости
- ☐ План тренингов

Пакет документов по наставничеству:

- ☐ приказ
- ☐ положение о наставничестве
- ☐ положение об адаптации молодого специалиста
- ☐ форма индивидуального плана наставничества
- ☐ форма отчета наставника
- ☐ порядок оценки знаний
- ☐ анкета для оценки адаптации молодых специалистов
- ☐ списки наставников по отделениям

Обучение в симуляционном центре

- ☐ Оборудование симуляционного центра, если он есть в клинике
- ☐ График занятий
- ☐ Договор со сторонней организацией, если симуляционного центра в клинике нет

Информирование об изменениях

- ☐ Рассылки по электронной почте
- ☐ Протоколы ознакомления с новыми документами

Научная деятельность

- ☐ План научно-исследовательской деятельности

Социально-психологическое управление

- ☐ Программа внедрения социально-психологического управления персоналом
- ☐ Анкеты для сотрудников
- ☐ План мероприятий по профилактике эмоционального выгорания

Кадровый потенциал

- ☐ План мероприятий по развитию кадрового потенциала

Кадровый резерв

- ☐ План подготовки кадрового резерва руководителей высшего звена
- ☐ План подготовки кадрового резерва руководителей среднего звена

Социально-бытовые условия

- ☐ Внутренний аудит оснащения рабочих мест
- ☐ Улучшение условий труда там, где необходимо
- ☐ Программа улучшения социально-бытовых условий работы медперсонала
- ☐ Соблюдение условий труда при наличии вредных факторов на производстве

Снижение текучести кадров

- ☐ Программа по снижению текучести кадров

Внутренний аудит по кадрам

- ☐ Система внутреннего аудита: положение по аудиту, чек-листы для аудита, план-график аудитов анализ несоответствий, корректирующие действия
- ☐ Приказ по организации и проведению внутренних аудитов системы управления персоналом: списки ответственных лиц в целом в медорганизации и в каждом подразделении, список аудиторов
- ☐ Порядок устранения недостатков

Какие алгоритмы идентификации пациентов устроят Росздравнадзор

Система идентификации – направление внутреннего контроля качества. Медорганизация обязана ее разработать и внедрить. Мы собрали успешный опыт по идентификации пациентов. В статье – алгоритмы, инструкции для медперсонала, памятка для пациентов, СОПы.

Из рекомендаций Росздравнадзора: «Большинства ошибок можно избежать, если соблюдать простой протокол или алгоритм идентификации личности при каждом контакте с пациентом. Используйте не менее двух идентификаторов, например Ф. И. О. и год рождения».

Опытом поделились:

Галина ШЕСТАКОВА, главный врач БУ Ханты-Мансийского автономного округа — Югры «Сургутская окружная клиническая больница», врач высшей квалификационной категории, к. м. н.

Елена ЗАЦАРИНА, заместитель главного врача по КЭР частного учреждения здравоохранения «Дорожная клиническая больница на станции Нижний Новгород» ОАО «РЖД»

Нелли СЕЧЕНОВА, завотделом по работе с пациентами ОГАУЗ «Томская областная клиническая больница»

Оксана ЧИКИНА, руководитель отдела качества и безопасности медицинской деятельности ГАУЗ «Камский детский медицинский центр», Набережные Челны

Виды идентификации пациента в приемном отделении

Пациенты	Действия
В сознании, с документами, с сопровождением	Поприветствовать. Устно идентифицировать пациента. Сравнить полученные сведения с информацией в паспорте, свидетельстве о рождении или страховом медицинском полисе
Без сознания, с документами и сопровождающими	Поприветствовать. Спросить у сопровождающих Ф. И. О., дату рождения и адрес проживания пациента. Сравнить полученные сведения с информацией в паспорте, свидетельстве о рождении или страховом медицинском полисе
Без сознания, без документов и сопровождающих	Присвоить литер «неизвестный» с порядковым номером. Отправить сообщение с подробным описанием пациента в ближайший полицейский участок. Отметить в журнале время отправки и Ф. И. О. принявшего и передавшего сообщение

Идентифицируем устно по двум критериям

Рассказывает Галина Шестакова:

Клиника контролирует качество и безопасность меддеятельности по рекомендациям Росздравнадзора. Чтобы снизить риск ошибок, мы идентифицируем личность на каждом этапе оказания медпомощи и при любом контакте с пациентом.

Для первичной идентификации в приемном отделении мы разделили пациентов на три категории. Первая – в со-

Галина ШЕСТАКОВА

Инициалы пациента и номер палаты для идентификации не подходят

знании, с документами, с сопровождением. Вторая – без сознания, с документами и сопровождающими. Третья – без сознания, документов и сопровождающих. Прописали действия персонала для каждой из них. Используем два параметра – Ф. И. О. и год рождения. Убедились, что инициалы или номер палаты для идентификации не подходят.

Когда поступает пациент без сознания, без документов и сопровождающих, до того как установим личность, присваиваем литер «неизвестный» с порядковым номером в пределах суток. Этот идентификатор фиксируем в форме № 001/у – журнал учета приема пациентов и отказов в госпитализации.

Правила установления личности прописали в алгоритме идентификации – приложении к порядку организации работы приемных отделений учреждения (таблица). Обучение работников по нему проходит ежегодно. Как сотрудники выполняют действия по алгоритму, контролируем во время административных обходов подразделений с помощью камер видеонаблюдения.

Рассказывает Елена Зацарина:

Мы проводили добровольную сертификацию по предложениям Росздравнадзора. Начали работу с внутреннего аудита и выявили, что в больнице нет нормативов по процессу идентификации. Причина – отсутствие законов, которые бы регулировали работу в этом направлении.

Медсестры перед процедурами уточняли фамилию больного. Спрашивали: «Вы Иванов?». Положительный ответ сверяли с информацией в документах и проводили

Елена ЗАЦАРИНА

Для персонала разработали схематичные алгоритмы идентификации

Алгоритм внедрения системы идентификации пациентов по двум критериям

1 шаг	Разработать и утвердить приказом главврача порядок проведения идентификации.
2 шаг	Создать инструкцию для медперсонала, которая пояснит важность идентификации.
3 шаг	Определить, когда проводить идентификацию. Например, перевод в другое отделение, палату, переливание крови, инвазивные процедуры, диагностические мероприятия, хирургические вмешательства, применение медикаментов, назначение лечебного питания.
4 шаг	Подготовить памятку для пациентов, которая объяснит необходимость идентификации.
5 шаг	Провести обучение медперсонала порядку идентификации.

манипуляции. Если выявляли однофамильца, начинали «расследование» с тщательной проверкой данных.

В больнице небольшой оборот пациентов, потому мы решили проводить идентификацию по двум параметрам: Ф. И. О. и дата рождения. Однако столкнулись с сопротивлением. Медработники говорили, что знают пациентов в лицо. Больные возмущались: «Вы что, не можете меня запомнить!», «Сколько можно повторять?»

Чтобы внедрить новую систему идентификации и снизить сопротивление персонала и пациентов, действовали по алгоритму.

Идентификация пациента с помощью браслета

Также для персонала мы разработали схематичные алгоритмы идентификации пациента в бессознательном состоянии без документов и сопровождающих и пациента в бессознательном состоянии с сопровождением.

Используем браслеты разного цвета с QR-кодами и стикеры

Рассказывает Нелли Сеченова:

Браслеты внедрили, чтобы избежать ошибок при идентификации. Например, при первичном обращении пациента, переводе из одного отделения в другое, направлении на следующий этап лечения, после выписки из стационара. Браслеты также сократили время, которое нужно на идентификацию.

Мы организовали внутренний контроль качества по рекомендациям Росздравнадзора. Создали группу, которая разработала СОПы, в том числе алгоритм идентификации личности. В СОПе отразили порядок идентификации пациента, поступившего без документов, в бессознательном состоянии, иностранного гражданина.

СОП изучили медсестры и врачи профильных отделений – кардиологии, нефрологии и диализа, пульмонологии. Доработали СОПы с учетом предложений сотрудников.

Идентификационный браслет

Старшие медсестры отделений обучили персонал идентифицировать пациента по документу.

Используем полипропиленовые браслеты (рисунок). Ф. И. О. и QR-коды печатаем на принтере. Для постовой медсестры разработали инструкцию по использованию сканера для считывания кода с браслета. Если у пациента есть особые показания, информацию фиксируем на изделиях цветными стикерами.

Новшество обеспечивает быстрый доступ к электронной истории болезни, медперсонал и пациенты не носят с собой бумажную версию. Мы не идентифицируем пациента в сознании только по браслету, без личного контакта с ним.

На практике выяснили, что данные на браслетах сохраняются меньше недели. Недействительные изделия уничтожаем – разрезаем на несколько частей.

При длительном пребывании пациента лучше использовать самоламинирующиеся браслеты. Информация на них сохраняется под прозрачным термопластом. Мы провели тестирование и рассматриваем возможность внедрения таких браслетов.

Нелли СЕЧЕНОВА

Пациентам с особыми показаниями – изделия с цветными стикерами

Рассказывает Оксана Чикина:

Работаем по приказу главного врача клиники «Об идентификации пациентов». В нем руководитель утвердил алгоритм работы в каждом подразделении. Все отделения идентифицируют пациентов с помощью браслетов с тремя критериями: Ф. И. О., дата рождения и номер истории болезни.

Мы используем браслеты трех цветов: для взрослых и детей старше одного месяца – белый, для новорожденных мальчиков – голубой, девочек – розовый. На изделиях указываем Ф. И. О., дату рождения, название отделения.

Прописали регламент идентификации беременных, родильниц, новорожденных, детей, которые поступили на стационарное лечение. Медперсонал сверяет данные медицинской документации, номер стационарной карты, Ф. И. О. и дату рождения перед каждой манипуляцией. Медсестра приемного покоя или акушерка приемного отделения делает запись на титульном листе истории болезни или истории родов «идентификация +», когда закрепляет браслет на руке пациента.

Новые методы идентификации снизили количество ошибок при оказании медуслуг и объем бумажной работы. Упростили работу с пациентами, которые не владеют русским языком, новорожденными, детьми без опекунов, престарелыми и больными в бессознательном состоянии. Персонал быстрее заполняет документы. Появилось дополнительное время для работы с пациентами.

Комплект документов по идентификации пациентов (приложения 1–7) скачайте по ссылке zdrav.ru/identif

Оксана ЧИКИНА

Одеваем браслет и пишем «идентификация +» на истории болезни

Как организовать обращение медизделий без штрафов от Росздравнадзора

ВАЖНОЕ В СТАТЬЕ

1. Разработайте СОПы. Разделите функции и обязанности сотрудников по обращению медизделий.
2. Обяжите работников незамедлительно сообщать о нежелательных реакциях при применении медизделий.
3. Организуйте регулярный аудит системы контроля качества и безопасности обращения медизделий.

Если больница не сообщает о нежелательной реакции при применении медизделия, штраф налагают и на учреждение, и на главного врача. Для должностного лица – до 500 рублей, для юрлица – до 5000 рублей за одно нарушение. В статье – чек-лист для самоконтроля и топ-8 нарушений, за которые штрафуют медорганизации.

Ольга РЫЖОВА,
доцент кафедры фармации ГБОУ ДПО «Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования», к. ф. н.

Подготовить документы

Проверьте, все ли процедуры по обращению медизделий соблюдены в медучреждении по чек-листу (приложение 1). Составьте программу обучения персонала по контролю качества и безопасности обращения медизделий, проводите регулярные тренинги. Ведите журналы обучения.

Разработайте СОПы. Разделите функции и обязанности сотрудников по обращению медизделий.

Обращение медизделий регулируют статьи 38, 95 и 96 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Государственный контроль осуществляет Росздравнадзор (постановление Правительства от 25.09.2012 № 970).

Важно

Медизделию, которое изготовлено по врачебному назначению для конкретного пациента, регистрационное удостоверения не нужно

Проверить регистрационные удостоверения

Информация о зарегистрированных медизделиях есть на сайте roszdravnadzor.ru в разделе «Медицинские изделия» – «Государственный реестр медицинских изделий и организаций (индивидуальных предпринимателей), осуществляющих производство и изготовление медицинских изделий». Выявить незарегистрированные медизделия на этапе закупки помогут информационные письма Росздравнадзора в разделе «Медицинские изделия» – «Государственный контроль за обращением медицинских изделий» – «Индивидуальные правовые акты». Медизделие не зарегистрировано, если маркировка упаковки не соответствует информации в регистрационном удостоверении. Например, отличаются наименование, производитель и иные сведения о товаре.

Храните копии регистрационных удостоверений, деклараций о соответствии и информации о медизделиях на русском языке.

К сведению

Медизделия – любые инструменты, аппараты, приборы, оборудование, материалы и прочие изделия, которые:

– применяют в медицинских целях отдельно, в сочетании или вместе с принадлежностями, которые необходимы для использования изделий по назначению, включая программное обеспечение;
– предназначены производителем для профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации, мониторинга состояния организма, восстановления, замещения, изменения анатомической структуры или физиологических функций, предотвращения или прерывания беременности.

Организовать приемочный контроль

Фальсифицированные, недоброкачественные и контрафактные медизделия выявите на этапе приемки.

Фальсифицированное медизделие – упаковка, маркировка, инструкция по применению и этикетка отличаются от оригинальных.

Недоброкачественное медизделие не соответствует требованиям нормативной, технической или эксплуатационной документации, ГОСТ, ТУ производителя или требованиям, заявленным при госрегистрации. Например, пришло в негодность, имеет брак в маркировке, размерах и свойствах или отсутствуют документы на изделие.

Контрафактное медизделие произведено и продается под чужим товарным знаком или с использованием обозначения, которое сложно отличить от товарного знака правообладателя.

Создать мониторинг безопасности

Назначьте уполномоченного по мониторингу медизделий. Предоставьте доступ к разделу мониторинга безопасности медизделий в информационной системе Росздравнадзора. Обеспечьте возможность видеть перечень медизделий, которые применяет медорганизация, сведения об использовании и техобслуживании, персональные данные медработников и, если надо, пациентов. Порядок мониторинга определил Минздрав (приказ от 14.09.2012 № 175н).

Издайте приказ и пропишите обязанности уполномоченного. Образец приказа – в приложении 2.

Представьте уполномоченного медработникам. Обяжите сотрудников незамедлительно сообщать:

- нежелательных реакциях при применении медизделий;
- побочных действиях, которых нет в инструкции по эксплуатации;

– особенностях взаимодействия медизделий;
– фактах и обстоятельствах, которые создают угрозу жизни и здоровью при применении медизделий.

Если необходимо, назначьте ответственных за мониторинг безопасности медизделий в структурных подразделениях.

Чек-лист составьте на основе предложений по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медорганизации, которые разработал Росздравнадзор. Готовьте отчеты и информируйте персонал о результатах внутренних проверок. Организуйте регулярный аудит системы контроля качества и безопасности обращения медизделий. Нарушения обращения медизделий, которые наиболее часто выявляет Росздравнадзор в медорганизациях, приведены в приложении 3.

Важно

По степени потенциального риска медизделия делятся на четыре класса: 1 — с низкой степенью риска, 2а — со средней, 2б — с повышенной, 3 — с высокой

Контролировать годность, исправность и утилизацию

Храните медизделия согласно требованиям производителя и следите за соблюдением сроков годности.

Если закончилось действие регистрационного удостоверения, медизделие можно эксплуатировать при условии, что не истек срок службы. Информацию посмотрите в эксплуатационной документации.

Составьте план-график техобслуживания с календарными сроками. Техническую исправность подтверждает

К сведению

Цикл обращения медизделий включает клинические испытания, хранение, транспортировку, реализацию, монтаж и наладку, применение, эксплуатацию и техобслуживание, ремонт, утилизацию или уничтожение. На каждом этапе нужно следить за безопасностью медизделий и тем, соблюдены ли рекомендации производителя.

Если закончилось действие регистрационного удостоверения, медизделие можно эксплуатировать при условии, что не истек срок службы

организация, которая обслуживает медтехнику. Служба техобслуживания вправе изменять периодичность и объем работ в зависимости от условий и сроков эксплуатации медтехники.

Утилизируйте негодные медизделия согласно документации производителя.

Сообщать о неблагоприятных событиях

Действия при выявлении неблагоприятных событий.

1. Прекратить использовать и сохранить медизделие. Инспекторы госконтроля и эксперты исследуют изделие или возьмут образцы.

2. Составить акт в течение рабочей смены. Медработник фиксирует в медкарте пациента медицинские аспекты: медицинские показания, причиненный вред, состояние пациента. В эксплуатационной документации – технические аспекты: повреждение, нарушение функционирования, неправильные показания и т. п.

Уполномоченный заполняет извещение о событии и передает руководителю на подпись.

3. Информировать Росздравнадзор в максимально короткие сроки. Передать сведения лучше в электронной форме через ресурс «Мониторинг медицинских изделий».

Видеолекции от экспертов отрасли

Адрес: seminar.zdrav.ru

Ведущие эксперты отрасли записали для вас лекции на актуальные темы. Для просмотра видео, активируйте на zdrav.ru карту доступа, которую вы получили с январским номером журнала. Выберете пункт «Видеолекции».

Приложение 1. Правильно ли организовано обращение медизделий в вашем учреждении. Чек-лист для самоконтроля

Стадии обращения медицинских изделий		Да	Нет
Приемка	Есть копии регистрационных удостоверений медизделий		
	Есть декларации соответствия медизделий		
	Есть информация о медизделиях на русском языке:		
	наименование товара		
	наименование страны, фирмы-изготовителя		
	назначение (область использования), основные свойства и характеристики		
	правила и условия безопасного использования		
Хранение	Соблюдаются условия хранения медизделий		
	Есть мебель и оборудование для хранения медизделий		
	Есть термометры, гигрометры		
	Персонал ведет журналы регистрации параметров хранения		
	Персонал контролирует сроки годности медизделий		
Эксплуатация	Персонал ежедневно контролирует исправность мед-оборудования для оказания экстренной помощи		
	У работников есть допуск к работе с медоборудованием		
	Есть инструкции для работы с медоборудованием		
	Есть планы-графики обслуживания медоборудования		
	Есть план-график метрологического обслуживания		
	Работники ведут журналы поверок		
Мониторинг безопасности медицинских изделий	Руководитель назначил ответственных лиц (Ф. И. О., должность)		
	Есть алгоритм взаимодействия медорганизации с территориальным Росздравнадзором		
	Есть извещения в электронном или на бумажном носителе		
	Утвержден порядок сбора информации. Ответствен-ный ведет журнал или электронную базу данных		

Приложение 2. Образец приказа

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Больница»
(ГБУЗ «Больница»)

ПРИКАЗ

27.11.2017 № 52

Москва

О назначении уполномоченного лица по мониторингу медизделий

В соответствии с приказом Минздрава от 14.09.2012 № 175н «Об утверждении Порядка осуществления мониторинга безопасности медицинских изделий»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Назначить с 27.11.2017 уполномоченным по мониторингу медизделий Иванова А.И.
2. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя главврача Зимина Р.О.

Уполномоченному:

- собирать информацию о неблагоприятных событиях, при обращении медизделий, в т. ч. применяемых выездными бригадами или семейными врачами при обслуживании на дому;
- собирать информацию о неблагоприятных событиях эксплуатации имплантированных медизделий и изделий, которые используют пациенты на дому;
- предоставлять сведения о неблагоприятных событиях руководителю медорганизации и в Росздравнадзор;
- информировать руководителя о действиях по выявленным событиям;
- информировать руководителя о неблагоприятных событиях с идентичными изделиями, чтобы снизить риски;
- проверять информацию о неблагоприятном событии в медицинской и эксплуатационной документации;
- оформлять документы о неблагоприятных событиях, принимаемых мерах;
- сообщать сотрудникам о расследовании неблагоприятных событий, иные сведения по безопасности медизделий.

Главный врач М.П. Соболев

Приложение 3. Нарушения обращения медизделий

Нарушения обращений медизделий, которые наиболее часто выявляет Росздравнадзор в медорганизациях

1. Невозможно идентифицировать медизделие по представленной маркировке: нет номера регистрационного удостоверения на упаковке и в сопроводительных документах. Это расценивается как использование незарегистрированного медизделия.

2. Нет документов на медизделия, подтверждающих их качество (копий регистрационных удостоверений, деклараций о соответствии), эксплуатационной документации, товарных накладных.

3. Наименование медизделия не соответствует заявленному в регистрационном свидетельстве.

4. Нет информации на русском языке либо данных о месте нахождения организации, уполномоченной изготовителем на принятие претензий от покупателей.

5. Нет свидетельства о поверке на контрольно-измерительном оборудовании либо документов, подтверждающих осуществление технического обслуживания медизделия.

6. В обращении находятся медизделия с истекшим сроком годности.

7. Медорганизация не сообщила в территориальный орган Росздравнадзора о выявлении в обращении медизделий, не соответствующих установленных требованиям.

8. Медизделия (КТ, МРТ, рентген и пр.) не проходят своевременное техническое обслуживание.

Как главврачи внедряют новые критерии качества медпомощи. Образцы от лидеров отрасли

Мы собрали опыт медорганизаций, которые первыми внедрили новые критерии качества в систему внутреннего контроля и успешно прошли проверку Росздравнадзора. Образцы локальных документов прилагаются.

Новые критерии оценки качества медпомощи вступили в силу летом прошлого года. В приказе Минздрава от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» (далее – приказ № 203н) есть чек-листы, которые дифференцированы по группам заболеваний (состояний) и по условиям оказания помощи.

Опытом поделились:

Егор КОРЧАГИН, главный врач КГБУЗ «Краевая клиническая больница», Красноярск

Альбина ФОКИНА, главный врач КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница № 4»

Оксана ЧИКИНА, руководитель отдела качества и безопасности медицинской деятельности ГАУЗ «Камский детский медицинский центр», Набережные Челны

Наталья КОНДРАТОВА, главный врач стационара ОАО «Медицина», Москва

Мы адаптировали чек-листы по новому приказу к внутренним порядкам медпомощи

Рассказывает Егор КОРЧАГИН:

К 2017 году мы стандартизировали все лечебные и вспомогательные процессы в больнице – от мытья рук до планирования бюджета и организации закупок. Когда вышел приказ Минздрава № 203н, решили разработать в МИС универсальный механизм оценки качества специализированной медпомощи. Ведь если в МИС использовать разные названия, то невозможно автоматически оценить, провели первичный прием в течение 60 минут или нет.

Совместно с Красноярским краевым медицинским информационно-аналитическим центром и медорганизациями края мы обсудили задачу для разработчика МИС. Решили создать универсальный механизм наполнения чек-листов с возможностью дополнять их собственными критериями. Сейчас его готовят к реализации.

Когда приказ Минздрава № 203н вступил в силу, я поручил ответственным сотрудникам адаптировать чек-листы к внутренним порядкам медпомощи. Например, в разделе 3.9.1 приказа № 203н есть критерий № 7 – системный внутривенный тромболизис. Его применяют при ишемическом инсульте. Но острые нарушения мозгового кровообращения в чек-листе не дифференцированы. Мы разделили чек-лист по острым нарушениям мозгового

Решили создать универсальный механизм наполнения чек-листов с возможностью дополнять их собственными критериями

Егор КОРЧАГИН

Когда выписываем пациента, лечащий врач проводит в системе самооценку по критериям нового приказа

** Приложения 1–12 скачайте на сайте* zdrav.ru/nkk *или в электронной версии журнала на* e.zdravohrana.ru

кровообращения на части для ишемического и геморрагического инсульта (приложения 1 и 2*).

Разработали два чек-листа на сахарный диабет I и II типа (приложения 3, 4).

Из чек-листа по острому коронарному синдрому с подъемом сегмента ST убрали критерий о госпитальном тромболизисе (приложение 5). Так сделали, потому что региональный сосудистый центр применяет рентгенэндоваскулярную реваскуляризацию при остром инфаркте миокарда.

После коррекции чек-листы ввели в МИС. Когда выписываем пациента, лечащий врач проводит в системе самооценку по критериям приказа. Открывает раздел по своему профилю, выбирает чек-лист в соответствии с диагнозом. В форме отвечает на вопросы «да» или «нет», параллельно смотрит электронную или бумажную историю болезни. Затем программа устанавливает процент соответствия критериям.

Если результат меньше 100 процентов, врач указывает, почему не удалось выполнить стандарт. Обычно интегральный показатель снижают второстепенные факторы. Например, в чек-листе по острым нарушениям мозгового кровообращения отсутствие пролежней оценивают как «да» или «нет», но ведь пациент может поступить уже с пролежнями.

Врачебная самооценка медпомощи через МИС сделала контроль объективным. Стандартизация и быстрое реагирование на несоответствия за короткий срок улучшили качество медпомощи. Это доказала независимая страховая экспертиза качества. Сумму штрафов с 2015 по 2017 год мы снизили в 4,5 раза – с 7,6 млн до 1,6 млн руб. Удельный вес дефектов при экспертизе 17 процентов случаев госпитализации уменьшили в 2,3 раза, он составил 0,8 процента – 41 случай из 5 тысяч.

Данных показателей мы добились в связи с внедрением системы менеджмента качества, в том числе с использованием приказа № 203н. Утвержденные чек-листы по кон-

Отчет по чек-листам качества оказания медпомощи в Краевой клинической больнице за май 2018 года

№	Отделение	Чек-лист	Количество	Критерий качества, среднее, %
1	АРО 2	Критерий оценки при остром коронарном синдроме (коды по МКБ-10: I20.0; I21—I24)	2	100,00
Итого	АРО 2		2	100,00
2	АРО 5	Критерий оценки при геморрагическом инсульте (коды по МКБ-10: I60—I61)	2	88,90
3	АРО 5	Критерий оценки при ишемическом инсульте (код по МКБ-10: I63)	6	94,40
Итого	АРО 5		8	93,03
4	ГастрО	Критерий оценки при болезни крона и язвенном колите (коды по МКБ-10: K50; K51)	4	58,93
5	ГастрО	Критерий оценки при описторхозе (код по МКБ-10: B66.0)	3	77,80
Итого	ГастрО		7	67,01
6	КардиО 1	Критерий оценки при ишемической болезни сердца (коды по МКБ-10: I20.1; I20.8; I20.9; I25.0; I25.1; I25.2; I25.5; I25.6; I25.8; I25.9)	6	98,15
7	КардиО 1	Критерий оценки при левожелудочковой недостаточности (код по МКБ-10: I50.1)	1	100,00
8	КардиО 1	Критерий оценки при нарушениях ритма сердца и проводимости (коды по МКБ-10: I44—I45; I47—I49)	6	95,83
9	КардиО 1	Критерий оценки при остром коронарном синдроме (коды по МКБ-10: I20.0; I21—I24)	12	100,00
10	КардиО 1	Критерий оценки при повышенном кровяном давлении (коды по МКБ-10: I10—I13; I15)	15	95,99
11	КардиО 1	Критерий оценки при хронической сердечной недостаточности (код по МКБ-10: I50.0)	19	100,00
Итого	КардиО 1		59	98,37

Средний уровень оценки качества помощи по гастроэнтерологическому профилю подняли с 46 до 76 процентов

кретным нозологическим формам обязывают врачей обращаться к клиническим рекомендациям и исполнять их.

После того как ввели самооценку качества по чек-листам, врачи стали ответственнее относиться к организации лечения. Если видим низкие оценки, ищем причины. Не всегда виноват врач. Несоответствия могут возникнуть из-за системных проблем уровня заведующих отделениями, центров компетенции или администрации.

Например, когда получили низкую интегральную оценку по сахарному диабету – 62 процента, стали выяснять, почему так произошло. Причина – срыв поставок реактивов для определения гликированного гемоглобина в гормональную лабораторию. Пересмотрели приоритеты по закупкам.

Обнаружили, что не в полном объеме выполняли УЗИ сосудов нижних конечностей, не определяли лодыжечно-плечевой индекс, избирательно проводили консультации педиатра. Скорректировали работу и увеличили интегральную оценку при сахарном диабете I типа до 89 процентов, II типа – до 92 процентов. Средний уровень оценки качества помощи по гастроэнтерологическому профилю подняли с 46 до 76 процентов.

Завотделениями формируют отчеты по качеству в разрезе лечащих врачей и конкретных случаев лечения. Разбирают случаи со сниженной оценкой и вырабатывают корректирующие меры.

Заместитель главного врача по медицинским вопросам готовит отчет в разрезе отделений. Отделения с низким процентом качества лечения программа выделяет цветом. Заведующие готовят предложения, как улучшить качество.

Новые критерии мотивируют нас писать новые и пересматривать прежние стандарты. Мы изменили версию стандартов по острому коронарному синдрому, по острым нарушениям мозгового кровообращения. Создали порядок экстренной медпомощи при кетоацидозе, гипогликемической коме, нозокомиальной и вентилятор-ассоциированной пневмониях, хронической болезни почек 5-й стадии. Всего изменили 45 клинических стандартов.

Стараемся выполнять все критерии, даже если не хватает оборудования

Рассказывает Альбина ФОКИНА:

Чтобы внедрить критерии качества по приказу Минздрава от 10.05.2017 № 203н, мы создали рабочую группу. В нее включили заведующих отделениями, руководителей и их заместителей по клинико-экспертной и медицинской части. Вместе с заведующими издали приказ по разработке критериев оценки качества специализированной медпомощи (приложение 6). Затем издали приказ, которым внедрили в работу критерии (приложение 7). В нем учли особенности по каждой специальности.

У нас представлено три специальности: хирургия, урология и гинекология. По каждой есть отдельные приказы. Помимо приказа № 203н, учитываем и другие нормативные документы – стандарты, клинические рекомендации, региональные приказы.

Критерии включили в рабочие чек-листы по заболеваниям. Например, по панкреатиту у нас 18 критериев, по внематочной беременности – 19 (приложения 8, 9). При направлении пациентки на плановую операцию на гистероскопию критериев немного, всего восемь (приложение 10). Но мы учитываем и те манипуляции, которые проводят в амбулаторном звене. Сейчас работаем над тем, чтобы внедрить критерии качества в МИС.

Вместе с заведующими издали приказ по разработке критериев оценки качества специализированной медпомощи

Альбина ФОКИНА

У нас нет аппарата КТ. Но если критериями предусмотрена эта процедура, заключаем договор со сторонней клиникой и возим пациентов туда

Контролеры оценили, что наша клиника соответствует требованиям на 98 процентов

Если в листе практически все «да», значит, мы выполняем требования по качеству. Если где-то есть «нет», выясняем, почему так произошло.

Сложности с выполнением критериев, конечно, возникают. У нас медучреждение второго уровня. Есть рентген-аппарат, ультразвуковая и функциональная диагностика, лабораторная служба. Более детальную диагностику проводим по договорам с другими учреждениями. Например, у нас нет аппарата КТ. Но если критериями предусмотрена эта процедура, заключаем договор со сторонней клиникой и возим пациентов туда. Если должна быть консультация по сопутствующей патологии, вызываем экспертов. В многопрофильных стационарах таких трудностей не возникает.

У нас уже были проверки страховой компании, а сейчас прошла реэкспертиза ФОМС. Эксперты оценили, что наша клиника выполняет требования протоколов лечения и критерии качества медпомощи на 98–100 процентов.

Если сотрудники грубо нарушают требования новых критериев, лишаем их части зарплаты

Рассказывает Оксана ЧИКИНА:

Мы внедряли критерии по приказу № 203н в несколько этапов. Сначала внесли изменения в локальный приказ «Об организации работы по экспертизе качества медицинской помощи и безопасности медицинской деятельности». Добавили нулевую ступень контроля – самоконтроль лечащего врача по чек-листу с учетом новых критериев. Чек-листы адаптировали, расширили под специфику клиники. Пример – в приложении 11.

Актуализировали чек-листы по всем нозологическим формам, которые используем на практике. Провели занятия с заведующими отделениями и врачами, как приме-

нять в работе обновленные документы. Чек-листы издали в типографии и передали сотрудникам.

В обязанности заведующих отделениями включили специальный пункт: «Заведующим отделениями стационаров и поликлиники обеспечить проведение первой ступени контроля качества медицинской помощи в объеме не менее 80 процентов медицинских карт от законченных случаев в круглосуточном и дневном стационарах, не менее 50 процентов – в отделении новорожденных, с регистрацией данных экспертиз в подразделении «Детская больница» (вкладыш к медицинской карте стационарного больного), а также в журналах, утвержденных главным врачом в других подразделениях (ПЦ, ДП, ОДМР)».

Специалисты – эксперты отдела качества проводят выборочный контроль качества медпомощи на основании чек-листов. Результаты обсуждают с руководством. Так, мы провели аудит 1100 историй и медкарт. Фрагмент таблицы с нарушениями – в приложении 12.

Для лечащего врача и заведующего отделением, которые не выполняют критерии, допускают грубые и повторные нарушения, установили меры административного воздействия. О дефектах качества сообщаем в докладной записке, которую передаем в отдел труда и заработной платы до 20 числа каждого месяца. На комиссии по стимулирующим выплатам решаем, какой процент вычесть.

О дефектах качества сообщаем в докладной записке. На комиссии по стимулирующим выплатам решаем, какой процент вычесть

Оксана ЧИКИНА

Для лечащего врача и заведующего отделением, которые не выполняют критерии, допускают грубые и повторные нарушения, установили меры административного воздействия

Врачи приняли новшество позитивно – критерии качества сделали оценку более объективной, независимой от мнения руководителя

Главная проблема при работе с новыми критериями в том, что законодатели не предусмотрели индивидуальный подход к медорганизациям разного уровня. У клиник 1-го и 2-го уровней возникают сложности, поскольку их оснащение оставляет желать лучшего по сравнению с медорганизациями 3-го уровня. Затруднительно полностью исполнять чек-листы по нозологическим формам, которые требуют проведения КТ, МРТ, дорогостоящих лабораторных исследований. Клиники нарушают нормативы по времени на обследование пациентов, страховые компании штрафуют. Возможно, эту проблему законодатели решат в новых редакциях документа, который утверждает критерии качества.

Критерии приказа № 203н несовершенны и нуждаются в доработке

Рассказывает Наталья КОНДРАТОВА:

Новые критерии оценки качества действуют уже более года. Впервые главный врач получил инструмент для объективной оценки лечения по каждому пациенту. Наши врачи приняли новшество позитивно – критерии качества сделали оценку более объективной, независимой от мнения руководителя.

Сложность в том, что в приказ № 203н вошли не все нозологии. Нет критериев для хронической обструктивной болезни легких, бронхиальной астмы, пневмонии (кроме пневмонии – осложнения гриппа). А ведь эти болезни чаще всего встречаются в терапевтических отделениях.

Если критерии не привязаны к электронной истории болезни, врач должен всякий раз сверяться с критериями из приказа № 203н. Это неудобно: нужно открыть приказ, найти нозологическую форму, ознакомиться с требованиями и выполнить. Проверяющий будет заполнять карту проверки и сдавать медицинскому статистику.

Статистик запишет данные в таблицу для отчета. Процесс громоздкий, клиники ищут способы упростить его под свою специфику.

Затруднительно применять двоичную систему оценки. Например, по критерию «Выполнение анализа крови биохимического общетерапевтического (креатинин, глюкоза, калий, натрий)». Если из четырех показателей выполнены три, какую ставить оценку – «да» или «нет»? Третья оценка «выполнено частично» могла бы решить проблему.

Структуре критериев недостает единообразия. Объем обследования определили для терапевтических нозологий, а для хирургических – нет. Например, при удалении катаракты не обозначили обследование, только осмотр. Но если офтальмохирург не возьмет перед операцией анализ крови, последствия лечения у пациента с болезнью крови будут катастрофическими.

Параметр «Отсутствие осложнений при хирургическом лечении» для разных нозологий прописали неодинаково. В офтальмохирургии – косвенно в разделе «Достигнута стабилизация или повышение корригированной остроты зрения на момент выписки из стационара». В хирургии и урологии – сразу в трех критериях: «Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации», «Отсутствие тромбоэмболических осложнений в период

Объем обследования определили для терапевтических нозологий, а для хирургических – нет

Наталья КОНДРАТОВА

В приказе № 203н нет критериев для хронической обструктивной болезни легких, бронхиальной астмы, пневмонии (кроме осложнения гриппа). А ведь эти болезни чаще всего встречаются в терапевтических отделениях

Система печатает карту проверки вместе с протоколом первичного приема. Врач сразу видит, какие критерии должен выполнить и как будут оценивать работу

госпитализации», «Отсутствие повторных вмешательств за время госпитализации». В онкологии такого критерия нет. Чтобы считать хирургическое лечение онкобольного качественным, достаточно провести профилактику инфекций антибактериальными препаратами и исследовать удаленный материал.

Нет критериев качества анестезии, при том что ни один документ не определяет объем обследования перед наркозом. Если после операции возникнут осложнения, анестезиолога могут обвинить в недообследовании пациента.

Непонятно, как совместить критерии качества с требованиями, которые предусмотрены актами местного Минздрава. Например, с картой внутреннего контроля из рекомендаций по организации внутреннего контроля, которые утвердил Департамент здравоохранения Москвы приказом от 16.08.2013 № 820. По логике хирургические осложнения нужно поместить в раздел «Лечебно-профилактические мероприятия и медицинская реабилитация». Но осложнения также относятся к разделу «Сроки оказания медицинской помощи», так как увеличивают длительность госпитализации. Карта подводит итог в виде балла, который соответствует оценкам «хорошо», «удовлетворительно» и «неудовлетворительно». В приказе № 203н соответствия нет, как оценить результат – неясно.

Чтобы автоматизировать оценку качества, мы доработали функционал МИС. Теперь на первом приеме врач стационара вводит код диагноза по МКБ-10. Когда протокол первичного приема выводят на печать, автоматически распечатывается карта проверки. Врач сразу видит, какие критерии качества должен выполнить и как будут оценивать работу.

Проверяющий заполняет карту внутреннего контроля в электронном виде. Врач может ознакомиться с ней онлайн и скорректировать свою работу. Данные из карт внутреннего контроля автоматически попадают в отчет.

Как организовать маршрутизацию в клинике, чтобы выполнить рекомендации Росздравнадзора

ВАЖНОЕ В СТАТЬЕ

1. Обучили администраторов и организовали работу входной группы
2. Разработали понятные указатели для каждого этажа
3. Сократили время на обслуживание пациентов

Михаил Мурашко заявил: чтобы оперативно решать проблемы пациента, в каждом медицинском учреждении должен быть дежурный администратор. Читайте, как медорганизация организовала работу администраторов и маршрутизацию пациентов по московскому стандарту детской городской поликлиники. В приложении – пример, как разделили обязанности, и стандарты общения с посетителями.

Ольга ЩУКИНА,
главный врач ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 15 Департамента здравоохранения города Москвы» — амбулаторно-поликлинический центр

Перестроили работу администраторов

Поликлиника организовала работу входной группы – информационно-справочного отдела. Администраторы помогают посетителям записаться к врачу, работать с инфоматами, дают справки, общаются с посетителями по телефону.

Сотрудники клиники прошли тренинг по эффективной коммуникации

Разделили зоны ответственности. Провели аудит и хронометраж процессов работы входной группы. Регистратуру заменили на информационные стойки и электронные табло.

У администраторов теперь четыре основных точки работы: информационный киоск (инфомат), кол-центр и прием вызовов врача на дом, картохранилище, стол справок. Обязанности на каждом участке прописали во внутреннем документе (приложение).

Обучили сотрудников. Старших специалистов направили на тренинг по эффективному руководству в Департамент здравоохранения города Москвы. Все работники прошли тренинг по эффективной коммуникации.

К новым сотрудникам входной группы амбулаторно-поликлинического центра предъявляем высокие требования. С кандидатами проводим стресс-интервью: рассказываем обо всех сложностях, которые могут возникнуть. Тех, кто готов к трудностям, тестируем на внимание, способность запоминать информацию, учиться, взаимодействовать с людьми.

К новичкам прикрепляем наставников – опытных сотрудников входной группы. Чтобы проконтролировать усвоение материала, организовали регулярные тренинги.

К сведению

Последние два года Детская городская поликлиника № 15 работает по Стандарту детской городской поликлиники, который утвердил московский департамент здравоохранения. Есть комната здорового ребенка, где можно покормить грудничка и получить информацию о темпах развития младенца. Для детей и родителей создали зоны комфортного пребывания. На каждом этаже – кулер с питьевой водой. Работает обратная связь с пациентами – поликлиника информирует граждан через сайт и установила бокс, куда посетители могут оставлять записки с пожеланиями и предложениями.

Сократили время на обслуживание пациентов

Мы применили несколько инструментов, чтобы обслуживать пациентов быстрее.

Распределили пациентов. Администраторы на стойке информации и у инфоматов распределяют поток посетителей на здоровый и лечебный прием.

Здоровый прием – кабинет выдачи справок и направлений, кабинет здорового ребенка, профилактический прием педиатра. Принцип работы – обслужить здоровых детей в один день.

Лечебный прием – дежурный врач и педиатр. Если есть показания, пациента возможно направить к врачам-специалистам и на обследования.

Составили удобные маршруты. Входная группа учитывает ресурсы всего амбулаторно-поликлинического центра. Например, если не получается записать пациента на ближайшее время, администратор предлагает талон к свободному специалисту в филиал.

Когда больного нужно направить в учреждение 3-го уровня, соблюдаем маршруты из приказа Департамента здравоохранения Москвы от 30.07.2013 № 750. Срок

Михаил МУРАШКО, глава Росздравнадзора:

«К примеру, к главному врачу можно прийти по пятницам, а к его заместителю – по вторникам. Это неправильно. Дежурный администратор в медицинском учреждении должен присутствовать постоянно в часы работы организации»

Дежурные администраторы у инфоматов помогают посетителям

медпомощи устанавливаем по потребностям пациента. **Применили гибкий шаг сетки.** Речь о времени приема, которое доктор тратит на пациента. Если работают грамотные доктора со стажем, время можно ставить минимальное. Для врачей, у которых мало опыта, время увеличиваем.

Мы оперативно меняем «шаг сетки», чтобы покрыть потребности пациентов и выполнить целевые параметры доступности медпомощи.

Оптимизировали условия работы

В работу входной группы поликлиника внедрила методику 5 «С». Она помогает рационально организовать рабочее место, обеспечить безопасность и повысить производительность труда. Принципы отражены на рисунке (с. 58).

Работа по принципам 5«С»

Переоборудовали рабочие места. Например, раньше информацию от пациентов записывали на бумажках, которые терялись. Теперь организация работы другая: стол идеально чистый, все сведения храним в специальных папках со стикерами, которые позволяют быстро находить информацию, либо в компьютере.

Все процессы работы в кол-центре стандартизировали, записали в алгоритмах. Когда к нам приходят новые сотрудники, учатся по нашим стандартам, долго объяснять ничего не нужно. Новички готовы включиться в работу через три дня.

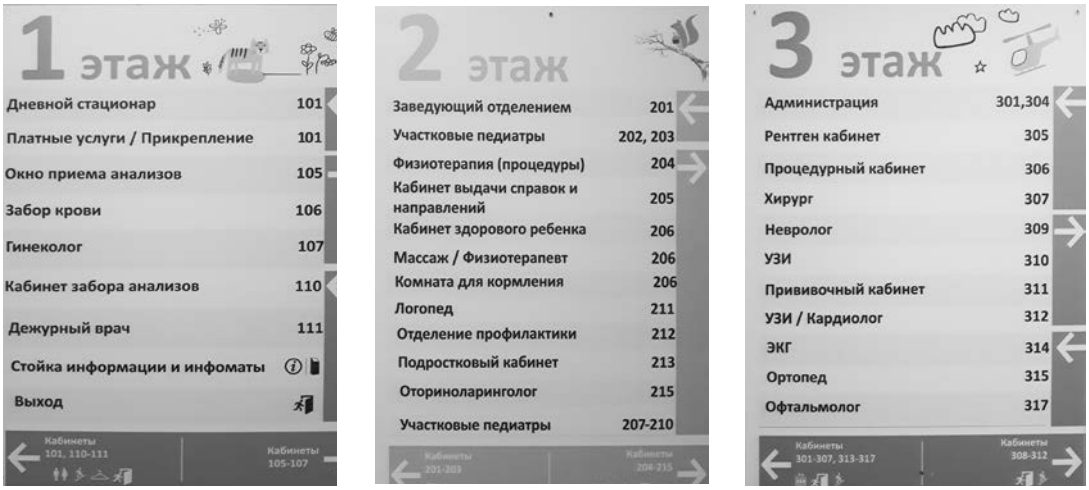
Пересмотрели механизмы работы кол-центра. Раньше информация о процессах была исключительно у человека, который обслуживал участок. Если он, например, заболевал, начинались провалы в работе, конфликты

с другими подразделениями. Это сказывалось на качестве обслуживания. Нервничали и персонал, и родители.

Мы исправили недоработку. Теперь система взаимодействия и передачи информации прописана во внутреннем регламенте, данные не теряем.

Еще одно улучшение: раньше участковые педиатры звонили и спрашивали, есть ли для них вызовы. Эти звонки отвлекали администраторов. Теперь мы прописали процесс уведомления врачей через мобильное приложение WhatsApp. Сделали регламент и согласовали с руководством. Теперь каждые полчаса отправляем докторам данные о вызовах, которые поступают. Посчитали, сколько времени на это уходит. Даже когда вызовов много, нужно от 5 до 12 минут. Кроме того, теперь педиатр не сможет сослаться на то, что не получил информацию: в WhatsApp видно, что абонент получил и просмотрел сообщение.

Внедрили стандарты вежливого общения. Сегодня работу администраторов регламентируют скрипты – сценарии разговора с посетителем в зависимости от ситуации. Скрипты снижают вероятность ошибок администраторов. Пример – на схеме (с. 61).



Сделали общий каталог кабинетов с указанием этажа

На возможные вопросы посетителей готовы вежливые ответы и рекомендации, как действовать, что посоветовать пациенту и куда дальше направить*.

Сделали понятные указатели

В большинстве детских поликлиник отсутствует понятная навигация. Это приводит к проблемам: посетителям приходится обращаться к медперсоналу, чтобы сориентироваться. Пациенты недовольны разрозненными, плохо читаемыми вывесками.

Поликлиника разработала наглядные указатели и установила их в зоне входа, у лестниц и лифтов, в лифтовых кабинах, у кабинетов. Сделали общий каталог кабинетов, каталог с указанием текущего этажа (фото), поэтажные каталоги-указатели, подвесные вывески-указатели, вывески для кабинетов**.

Сначала провели подготовительную работу. Сгруппировали кабинеты по типам – врачи-специалисты, участковые педиатры, кабинеты платных медуслуг, административные и т. д. Сделали в каталогах навигации 4–5 блоков по несколько строк. Если надписей больше, пациенту трудно в них разобраться.

Затем пробно развесили таблички и указатели – распечатали листы и наклеили на стены и двери. Опросили

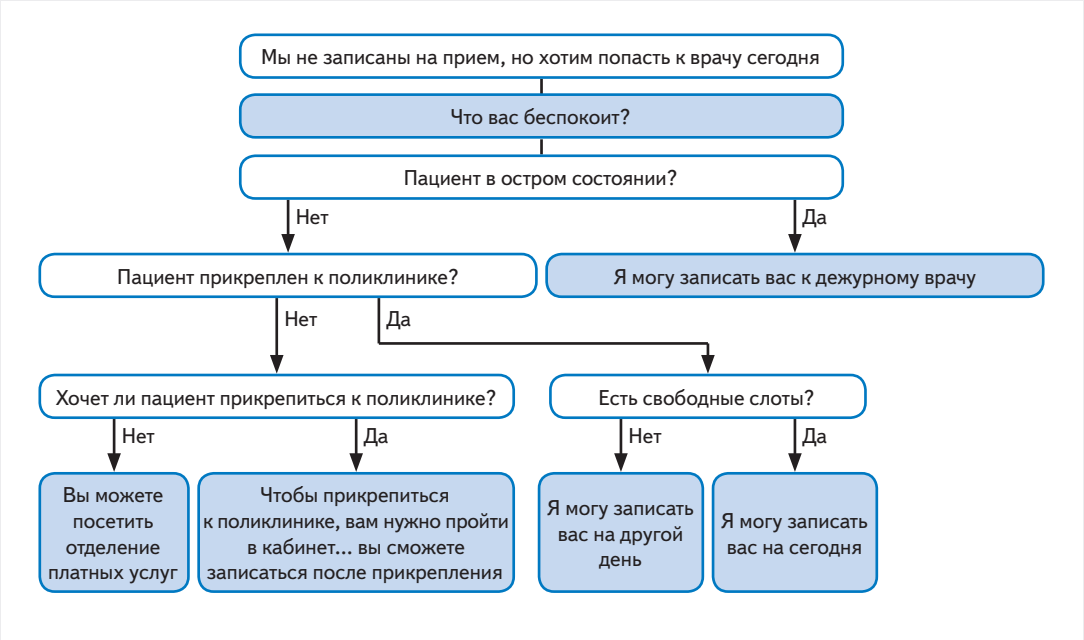
** Стандарт вежливого общения с посетителями доступен в электронной версии журнала.*

*** Паспорт проекта, по которому работала клиника, посмотрите в электронной версии журнала.*

Михаил МУРАШКО, глава Росздравнадзора:

«Мы настраиваем свои территориальные органы на профилактическую работу, чтобы при проверках они обращали внимание медицинских организаций на работу с пациентом: у людей должна быть возможность оперативно решать свои вопросы»

Скрипт для ответов пациентам



посетителей и сотрудников – удобно ли воспринимать надписи и ориентироваться. Поправили то, что не понравилось. В основном убрали названия кабинетов, которые пациенты редко ищут.

Когда располагали вывески, принимали в расчет, на какой высоте посетителям будет удобно их видеть.

К сведению

Для указателей детских поликлиник московский департамент предложил форматы цветов и визуальных элементов. В концепции «уровней жизни» предусмотрены разные изображения для разных этажей. На нижнем уровне указателей (1 этаж) рисуют кошек, собак. На уровне выше (2 этаж) – птиц и белок. Далее (3 этаж) ставят изображения вертолетов, самолетов. Выше всего (4 этаж) – космос с ракетами.

Приложение. Обязанности сотрудников информационно-справочного отдела

1. Обязанности администратора на инфомате:
- записывает к врачам через инфомат;
- дает информацию по устному запросу посетителя;
- предлагает в корректной форме снять верхнюю одежду и надеть бахилы;
- предупреждает при необходимости об осторожном подъеме и спуске с лестницы;
- формирует и распределяет потоки пациентов к педиатрам, дежурному врачу, в кабинет выдачи справок и направлений;
- перезагружает инфомат, если произошел технический сбой;
- если перезагрузка не восстановила работоспособность инфомата, сообщает о неисправности сотруднику ЕМИАС по телефону и извещает старшего администратора;
- заменяет блок с чековой лентой;
- если заметит несоответствующую информацию в расписании работы врачей, сообщает ответственному сотруднику ЕМИАС;
- обеспечивает чистоту инфомата;
- если ответ на вопрос посетителя не в компетенции администратора, обращается к старшему администратору, при его отсутствии — к главной (старшей) медсестре;
- предупреждает конфликтные ситуации.

2. Обязанности администратора кол-центра и службы вызова врача на дом:
- при перегруженности телефонных коммуникаций передает информацию для филиалов по интернету в облачных хранилищах данных, фиксирует в таблицах;
- в случае технических сбоев передает информацию на филиалы по выделенному телефонному номеру;
- принимает вызовы врача на дом и фиксирует в журналах участков;
- собирает статистику о количестве вызовов; первичных и повторных; вызовов, по которым поставлен диагноз ОРВИ (при необходимости — по другим диагнозам) и передает эпидемиологу;
- направляет педиатрам информацию о новых вызовах каждые 30 минут;
- принимает данные из родильных домов, фиксирует в журнале «Патронаж новорожденных», распределяет одноразово актив медсестрам педиатров и педиатрам в соответствии с приказом Департамента здравоохранения Москвы от 27.12.2017 № 948;
- принимает информацию из детских стационаров о выписавшихся пациентах, записывает в журналы участков как актив для педиатра;
- при сбоях телефонной связи извещает сотрудника IT по телефону;

– при очереди звонящих более 5 человек сообщает главной медсестре, чтобы привлечь к приему звонков сотрудника медицинской службы;
– оформляет и поддерживает рабочее место по системе 5 «С».

3. Обязанности администратора на стойке информации:
– записывает пациентов к врачам через ЕМИАС;
– формирует и распределяет потоки к педиатрам, дежурному врачу, в кабинет выдачи справок и направлений согласно «Московскому стандарту детской поликлиники»;
– перезагружает компьютер в случае технических сбоев;
– если перезагрузка не восстановила работоспособность компьютера, сообщает о неисправности сотрудникам ЕМИАС по телефону техподдержки;
– заменяет блок с чековой лентой;
– если обнаружит несоответствующую информацию в расписании работы врачей, сообщает сотруднику, который отвечает за ЕМИАС;
– ставит печати на справках, направлениях, выписках, рецептах, формах № 026/У и № 063/У;
– получает у главной (старшей) медсестры бланки платных и бесплатных рецептов, выдает их врачам под подпись, после возврата врачами копий рецептов отдает главной (старшей) медсестре;
– заносит в журналы номера направлений в другие медорганизации, справок о контактах, справок для получения путевок, сведения о выданных санаторно-курортных картах;
– получает у главной (старшей) медсестры листки нетрудоспособности, заносит в журнал «Распределение бланков листков нетрудоспособности», выдает врачам и заносит в журнал «Регистрация листков нетрудоспособности»;
– оформляет открытие, продление и закрытие листков нетрудоспособности;
– фиксирует выданные листки нетрудоспособности в журналах педиатров, специалистов;
– при закрытии листка нетрудоспособности отрезает корешок, раскладывает по порядку, сшивает по 10 штук, записывает в журнал «Распределение бланков листков нетрудоспособности» и сдает главной (старшей) медсестре;
– дает устные разъяснения всем обратившимся. При необходимости обращается за разъяснениями к старшему администратору, главной (старшей) медсестре;
– разъясняет желающим процедуру прикрепления и открепления от поликлиники, выдает бланки заявлений и фиксирует в журнале;
– принимает заявления на временную выдачу оригинала карт с датой возврата от родителей и фиксирует дату возврата и факт возврата в журнале;

– сообщает сотруднику картохранилища о необходимости подобрать карту, если невозможна запись через ЕМИАС из-за технической неисправности, отсутствия полиса или родитель запросил карту по заявлению;
– предотвращает конфликтные ситуации;
– выполняет действия по методике 5 «С»;
– раз в неделю корректирует деятельность в соответствии с чек-листом администратора.

4. Обязанности администраторов в картохранилище:
– подбирает медкарты перед приемом врачей по списку из ЕМИАС;
– добирает карты по требованию во время приема;
– раскладывает карты в картохранилище после приема;
– каждые 2 часа обходит кабинеты, собирает карты и возвращает в картохранилище;
– дает справочную информацию по телефону;
– готовит и переносит документы в архив поликлиники 1 раз в месяц;
– передает карты в государственный архив по окончании срока хранения в архиве поликлиники;
– осуществляет маршрутизацию карт, если ребенку нужно посетить нескольких врачей в течение дня;
– оформляет титульный лист новой карты через ЕМИАС;
– изымает карты из архива поликлиники в течение 3 дней по письменному запросу юридических лиц (по распоряжению главного врача) и письменным заявлениям (с датой возврата карты) физических лиц;
– соблюдает требования 5 «С».