



Внедрение Предложений (практические рекомендации) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации, разработанных ФГБУ «НИК» Росздравнадзора в медицинских организациях Тюменской области.

Руководитель проекта:

Толкачева Агриппина Георгиевна - руководитель регионального центра компетенций в области управления качеством и безопасностью медицинской деятельности в медицинских организациях Тюменской области, заведующий отделом управления качеством медицинской помощи и безопасностью медицинской деятельности ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №5».



Представители команды проекта:



Сливкина Татьяна Викторовна – заместитель главного врача ГАУЗ ТО «Областной кожно-венерологический диспансер».



Басов Арсений Геннадьевич – заведующий отделом системы менеджмента качества ГАУЗ ТО «Многопрофильный клинический медицинский центр «Медицинский город».



Тагильцева Инна Александровна – врач методист сектора внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №12».



Тюменцева Наталья Валентиновна – заведующий сектором по контролю качества и безопасности медицинской деятельности ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №17».



Цель проекта:

Совершенствование системы управления качеством медицинской помощи и безопасностью медицинской деятельности в медицинских организациях Тюменской области на основе внедрения Практических рекомендаций ФГБУ «НИК» Росздравнадзора.

Сроки проекта:

1 этап

01.01.2018 – 31.12.2019 гг. внедрение Практических рекомендаций в деятельность поликлиник г. Тюмени, с подтверждением уровня соответствия требованиям Практических рекомендаций, путем внешней оценки ФГБУ «НИК» Росздравнадзора не менее 10 медицинских организаций.

2 этап

01.01.2020 - 31.12.2024 гг. внедрение Практических рекомендаций в деятельность остальных медицинских организаций региона, с подтверждением уровня соответствия требованиям Практических рекомендаций, путем внешней оценки ФГБУ «НИК» Росздравнадзора не менее 2 медицинских организаций в год.

Задачи проекта:

1. Создание системы координации поэтапного внедрения Практических рекомендаций в деятельность медицинских организаций региона.
2. Выстраивание системы внешнего и внутреннего аудита и мониторинга качества и безопасности медицинской деятельности медицинских организаций Тюменской области.
3. Выстраивание системы непрерывного улучшения региональной системы управления качеством медицинской помощи и безопасностью медицинской деятельности.



Рисунок 1. Структура управления проектом внедрения Практических рекомендаций НИК РЗН



Используемые при реализации проекта:

Методы

1. Системный подход;
2. Пациентоцентризм;
3. Научная методология и стандартизация;
4. Тиражирование лучших практик;
5. Непрерывный мониторинг и анализ состояния качества медицинской помощи и безопасности медицинской деятельности.

Инструменты

1. Проведение аудитов с применением единого чек-листа, на основе включенного в Практические рекомендации;
2. Проведение перекрестных аудитов между медицинскими организациями;
3. Разработка и внедрение типовых нормативных актов и стандартных операционных процедур с привлечением главных внештатных специалистов департамента здравоохранения;
4. Использования МИС «Аналит-72» для проведения мониторинга количественных и качественных показателей на уровне региона.
5. Сформированная структура управления проектом определяет привлекаемые ресурсы (рис. 1);
6. Проектный комитет по внедрению СМК (включает представителей департамента здравоохранения, руководителей медицинских организаций), определяет стратегию качества и безопасности на уровне региона;
7. Профильные проектные офисы – региональные рабочие группы по каждому из направлений (включает представителей медицинских организаций, при координации профильных главных внештатных специалистов департамента здравоохранения);
8. Рабочие группы (РГ) по каждому направлению в каждой медицинской организации.



- ☑ В Тюменской области внедрение практических рекомендаций стартовало в 2017 году с пяти медицинских организаций (ГБУЗ ТО «ОКБ №1», ГБУЗ ТО «ОКБ №2», ГАУЗ ТО «Медицинский город», ГБУЗ ТО «Областная больница № 3» г. Тобольск, ГБУЗ ТО «Областная больница № 4» г. Ишим).
- ☑ В 2018 году в проект включились все поликлиники г. Тюмени.
- ☑ На базе ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №5» был создан координационно-методический орган – Региональный центр компетенций по внедрению системы управления качеством и безопасностью медицинской деятельности (далее РЦК).
- На первом этапе был проведен анализ стартовой ситуации в МО (первичные перекрестные и внутренние аудиты). Объект анализа – направления основной деятельности МО, предмет анализа – уровень соответствия требованиям Практических рекомендаций.
- В среднем по поликлиникам менее 75% (по результатам первичного самоаудита) отмечалось по 13 направлениям из 15.
- В среднем «на старте» поликлиники соответствовали 67% критериям Практических рекомендаций. При этом уровень оценки был весьма вариабельный от 41% до 87% (разница 46%).
- Для мониторинга реализации плана корректирующих мероприятий в каждой поликлинике был проведен повторный (предсертификационный) внутренний аудит.
- При его проведении медицинские организации оценили уровень соответствия по всем направлениям выше 80% (табл. 1).
- Средний уровень подготовки по результатам внутренних аудитов составил 90%.
- При этом максимальная разница составила уже 8%, против 46% исходных. К моменту проведения сертификации сформировалась тенденция к выравниванию уровня соответствия качества и безопасности медицинской деятельности



- По результатам сертификационных аудитов, РЦК проведен анализ экспертных заключений ФГБУ «ЦМИКЭЭ» Росздравнадзора. Главной целью анализа явилось выявления системных проблем в работе амбулаторно-поликлинического звена г. Тюмени и выработки единых подходов для их устранения (табл. 2).
- По ряду направлений отмечается высокая степень соответствия во всех медицинских организациях, более 80%: Хирургическая безопасность – 84,9%; Диспансеризация прикрепленного населения- 88,9%; Управление персоналом - 91,9%; Безопасность среды - 92,6%;
- Наиболее проблемным, по результатам внешнего аудита, являются следующие направления: Эпидемиологическая безопасность 71%; Лекарственная безопасность 77%.
- При этом следует отметить, что медицинские организации достаточно «ровно» прошли сертификацию. Средний уровень соответствия по городу составил 85%.
- Результаты данного анализа доведены до проектного комитета по внедрению СМК. Проектным комитетом были определены приоритетные направления (оптимизация эпидбезопасности и преемственности в работе медицинских организаций региона, организация методического обеспечения работы симуляционных площадок поликлиник);
- Сформированы единые региональные кейсы проведения практических занятий на базе симуляционных площадок медицинских организаций по нескольким направлениям.
- Проводится мониторинг динамики результатов самоаудитов. Средний уровень соответствия в первом полугодии 2019 года составил 89 %. (рис.2)
- Можно констатировать повышение уровня безопасности в данных медицинских организациях в период 2018-2019 гг., а также выравнивание уровня безопасности по всем направлениям, что делает качество оказываемых медицинских услуг более предсказуемым.



Таблица 1. Результаты внутренних аудитов медицинских организаций (входного и предсертификационного), по данным медицинских организаций.

Направления ¹	Медицинские организации (1-первичный аудит, 2- предсертификационный аудит), в %																	
	А		Б		В		Г		Д		Е		Ж		З		И	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
УП	79	86	68	97,5	65	100	64	95	85	95	43	95	52	92	84	87	44	90
ПР	76	85	73	95	80	95	77	83	85	95	96	96	73	93	83	86	87	90
РЕГ	74	84	81	100	70	90	56	87	80	95	38	90	64	89	87	89	56	85
ИД	78	87	79	97	40	80	0	83	70	75	10	95	43	92	86	89	42	90
ЭП	72	85	73	91	40	95	55	78	90	95	30	84	64	89	86	89	62	85
ДПН	77	86	70	92	80	100	83	85	90	97	96	96	76	92	85	88	86	95
Д ХНИЗ	73	84	78	91	65	100	63	87	90	98	33	100	40	93	84	89	75	90
СЗ	71	82	78	90	45	85	24	100	95	98	13	86	37	91	86	89	56	90
ПМП	72	85	76	95	30	85	24	93	90	98	75	94	55	88	84	89	79	95
ЭБ	72	84	59	89	35	85	64	82	85	90	22	86	52	94	86	88	54	80
ЛБ	74	86	76	93	35	85	73	86	90	95	73	89	51	95	85	88	59	85
МИ	74	84	74	93	60	85	69	83	90	95	33	94	75	97	89	89	63	90
БС	71	81	80	97,5	50	90	87	85	90	95	23	84	76	98	85	87	75	88
ХБ	73	85	67	86,3	55	95	8	80	85	95	17	89	60	87	88	89	75	80
КР	76	85	76	87	60	100	71	86	90	95	13	90	78	100	89	89	50	90
Общий итог,%	74	85	74	93	54	91	62	85	87	94	41	91	60	92	86	88	64	88%

¹КР-Применение клинических рекомендаций; ЭБ-Эпидемиологическая безопасность; ЛБ-Лекарственная безопасность; ИД-Идентификация; СЗ-Стационарозамещающие технологии; ЭП-Экстренная и неотложная помощь; ХБ-Хирургическая безопасность; ПР-Профилактическая работа; ДХНИЗ-Диспансерное наблюдение «хронических больных»; МИ-Обращение медицинских изделий; РЕГ-Организация регистратуры; ДПН-Диспансеризация прикрепленного населения; ПМП-Преимственность медицинской помощи; УП-Управление персоналом; БС-Безопасность среды;



Таблица 2. Результаты внешней оценки по данным ФГБУ „ЦМИКЭЭ“ Росздравнадзора

Направления1	Медицинские организации (сертификационный аудит) (%)									Ср. значение (%)
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
ЭБ	70	70	70	75	70	80	31	70	89	71,4
ЛБ	75	83	85	83	75	75	33	85	90	76,7
ИД	70	87	90	70	70	85	67	85	97	81,7
СЗ	-	83	90	83	83	75	70	90	90	82,7
ЭП	82	91	82	82	82	82	64	82	91	82,7
ХБ	95	83	80	80	80	85	95	80	86	84,9
ПР	92	90	81	86	86	80	80	85	95	85
Д ХНИЗ	95	70	83	94	83	79	90	83	90	85
МИ	88	83	88	88	88	88	75	90	93	86,7
РЕГ	86	90	100	74	74	86	90	99	100	87,7
ДПН	95	90	100	80	80	80	85	100	90	88,9
ПМП	77	85	100	93	93	95	78	93	95	89,8
УП	88	95	98	89	89	96	75	98	98	91,9
БС	89	83	95	94	94	94	94	95	98	92,6
Общий итог,%	85	85	89	84	82	84	73	88	92	84,73

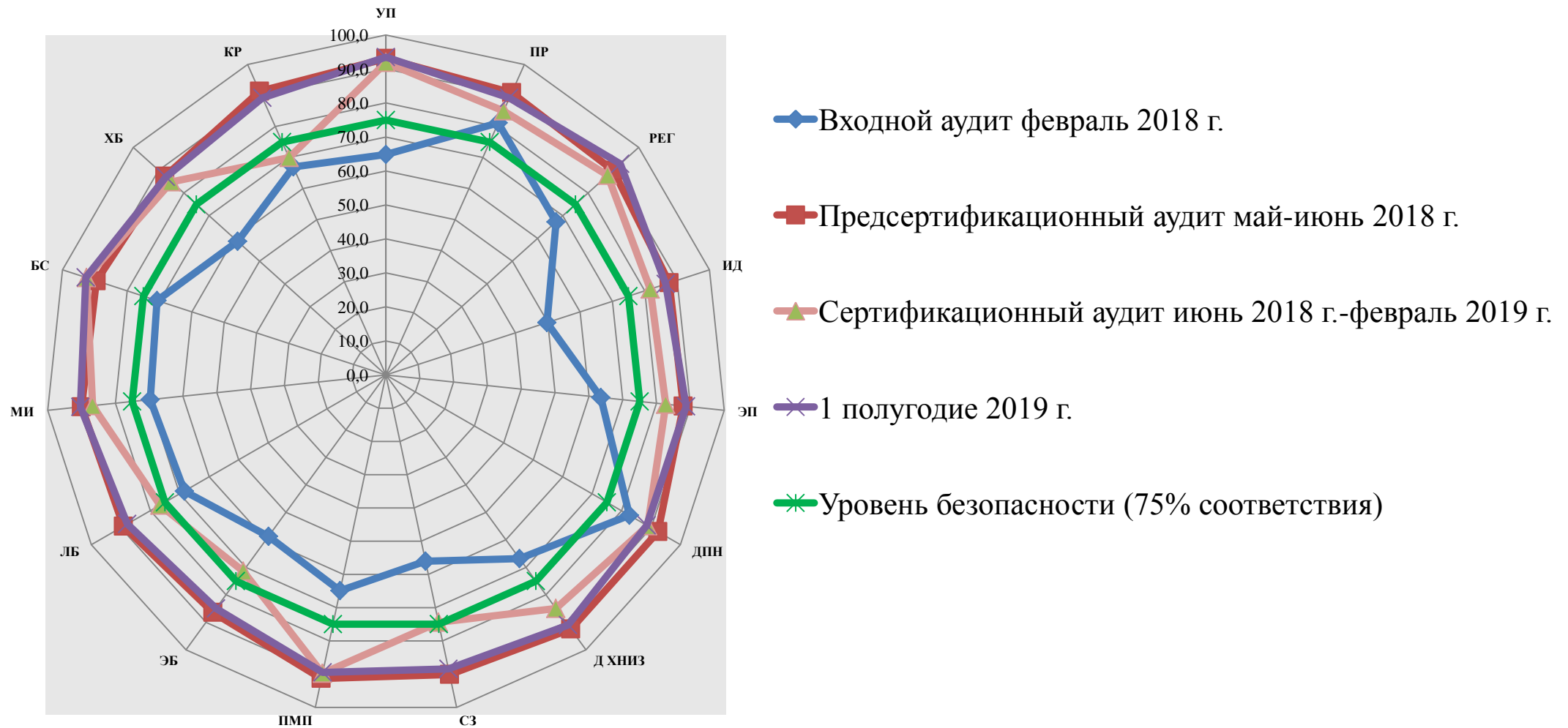


Рисунок 2. Динамика результатов внутреннего и внешнего аудита на соответствие требованиям Практических рекомендаций поликлиник 2018-2019 гг. по направлениям (%)¹



- С учетом анализа проделанной работы, а также текущей ситуацией РЦК, совместно с проектным комитетом по внедрению СМК был утвержден план работы на 2020 год.
- В настоящее время, с учетом возникшей пандемии новой коронавирусной инфекции, в план внесены коррективы.
- Накопленный в регионе опыт применяется в том числе и в ходе аудитов порядка организации и проведения контроля качества оказания медицинской помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 с участием специалистов РЦК.
- Внедрение практических рекомендаций во всех медицинских организациях города, а в дальнейшем и региона – залог не только повышения качества и безопасности медицинской деятельности, но и стабильности службы здравоохранения (кадровой, доступности качественной и безопасной медицинской помощи с сохранением принципа территориальности).
- Кроме того, формируется банк лучших практик для дальнейшего масштабирования, распределяется нагрузка между медицинскими организациями, эффективно используются ресурсы профильных рабочих групп.