

ФЕДЕРАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
Центр реабилитации Фонда Пенсионного и Социального страхования
Российской Федерации «Тараскуль»

ПРИКАЗ

«07» октября 2024 г.

№ 649

«Об организации и проведении внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ФБУ ЦР СФР «Тараскуль»

В соответствии с требованиями Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федерального закона от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств», Постановления Правительства РФ от 16.04.2012 № 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)», Приказа МЗ РФ от 31.07.2020 № 785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности», Приказа МЗ РФ от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи», Приказа МЗ и СР РФ от 05.05.2012 № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Ответственность за проведение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (далее - ВКК и БМД) возложить на заместителя директора по медицинской части.
2. Назначить Уполномоченным лицом по проведению ВКК и БМД заведующего терапевтическим отделением № 2 Андросову Л.А.
3. Утвердить Положение о порядке организации и проведения ВКК и БМД (Приложение № 1).
4. Утвердить Порядок организации проведения контроля качества лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) (Приложение № 2).
5. Утвердить состав комиссии по проведению ВКК и БМД (Приложение № 3).
6. Утвердить план проверок по контролю качества и безопасности медицинской деятельности (Приложение № 4).
7. Утвердить форму Журнала учета контроля качества и безопасности медицинской деятельности (Приложение № 5).
8. Утвердить форму сводного отчета за 6 месяцев и за 12 месяцев о проведении ВКК и БМД в Центре (Приложение № 6).
9. Утвердить перечень статистических показателей качества и безопасности медицинской деятельности Центра и ответственных лиц за их предоставление (Приложение № 7).
10. Утвердить форму отчета показателей качества и безопасности медицинской деятельности Центра (Приложение № 8).

11. Приказы «Об организации и проведении внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ФБУ ЦР СФР «Тараскуль» от 12.02.2024 № 103 и «Об организации сбора, учета и анализа показателей качества и безопасности медицинской деятельности в ФБУ ЦР СФР «Тараскуль» от 16.01.2023 № 28 считать утратившими силу.

12. Контроль за исполнением данного приказа возложить на заместителя директора по медицинской части.

Заместитель директора по экономике



А.С. Чалкова

**План проверок ВКК и БМД
на второе полугодие 2024 года**

Требование	Сроки проведения проверки	Руководитель/ члены комиссии (рабочей группы)
1. Обеспечение эпидемиологической безопасности. 2. Безопасность обращения с медицинскими изделиями. 3. Безопасность среды. 4. Профилактика падений, пролежней. Уход за пациентом.	С 23.09.2024 по 30.09.2024 На основании Приказа о проведении плановой проверки	Руководитель Кокшарова Е.П. Члены рабочей группы: Журавель Т.В. Копейкина Л.И. Коновалова А.М. Калиева С.С. Бородулина Н.А.
1. Лекарственная безопасность. Фармаконадзор. 2. Организация оказания медицинской помощи на основе данных доказательной медицины.	С 23.12.2024 по 30.12.2024 На основании Приказа о проведении плановой проверки	Руководитель Андреев А.А. Члены рабочей группы: Крючков И.М. Петрик С.В. Калиева С.С. Игнатович Е.Л.

ПОЛОЖЕНИЕ
о порядке организации и проведения внутреннего контроля качества и безопасности
медицинской деятельности в ФБУ ЦР СФР «Тараскуль»

I. Общие положения

1. Положение о порядке организации и проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ФБУ ЦР СФР «Тараскуль» (далее – Положение) регулирует организацию и проведение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (далее – внутреннего контроля) в ФБУ ЦР СФР «Тараскуль» (далее - Центр).
2. Внутренний контроль в Центре организуется и проводится Уполномоченным лицом по качеству и безопасности медицинской деятельности (далее - Уполномоченное лицо).
3. Уполномоченное лицо назначается и освобождается от функций по проведению внутреннего контроля приказом директора Центра.
4. Уполномоченное лицо возглавляет Комиссию по качеству и безопасности медицинской деятельности Центра.
5. Членами Комиссии являются сотрудники Центра: заведующий отделением профпатологии, заведующий специализированным отделением по реабилитации больных после травмы спинного мозга, заведующий терапевтическим отделением № 1, заведующий терапевтическим отделением № 2, заведующий отделением кардиологии № 1, заведующий отделением кардиологии № 2, заведующий неврологическим отделением, заведующий физиотерапевтическим отделением, заведующий ЛОО, заведующий отделением функциональной и ультразвуковой диагностики, главная медицинская сестра, заведующий аптекой, старшая медицинская сестра по организационно-методической работе, старшая медицинская сестра СНО, старшая медицинская сестра кардиологического отделения, старшая медицинская сестра физиотерапевтического отделения, старшая медицинская сестра отделения профпатологии, начальник отдела кадров.
6. Уполномоченное лицо руководит деятельностью Комиссии по качеству и безопасности медицинской деятельности Центра, осуществляет контроль по подготовке и организации заседаний, проводимых не реже 1 раза в квартал.
7. На заседаниях Комиссии проводится анализ деятельности Центра за прошедший период, решение оформляется протоколом.
8. В рамках организации и проведения внутреннего контроля Уполномоченное лицо взаимодействует:
 - с директором Центра - по вопросам организации внутреннего контроля, в соответствии с настоящим Положением;
 - с Врачебной комиссией Центра - по вопросам, входящим в компетенцию Врачебной комиссии, в соответствии с Порядком организации деятельности Врачебной комиссии;
 - с рабочими группами Комиссии по качеству и безопасности медицинской деятельности Центра;
 - с иными сотрудниками Центра для достижения целей и задач внутреннего контроля, в соответствии с настоящим Положением.
9. Внутренний контроль включает следующие мероприятия:

- оценку качества и безопасности медицинской деятельности Центра путем проведения плановых и целевых (внеплановых) проверок;
- сбор статистических данных, характеризующих качество и безопасность медицинской деятельности Центра и их анализ;
- учет нежелательных событий при осуществлении медицинской деятельности (фактов и обстоятельств, создающих угрозу причинения или повлекших причинение вреда жизни и здоровью граждан и (или) медицинских работников;
- мониторинг наличия лекарственных препаратов и медицинских изделий в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций;
- анализ информации о побочных действиях, нежелательных реакциях, серьезных нежелательных реакциях, непредвиденных нежелательных реакциях при применении лекарственных препаратов, об индивидуальной непереносимости, отсутствии эффективности лекарственных препаратов, а также об иных фактах и обстоятельствах, представляющих угрозу жизни или здоровью человека при применении лекарственных препаратов и выявленных на всех этапах обращения лекарственных препаратов, сообщаемой медицинской организацией в уполномоченный федеральный орган исполнительной власти;
- анализ информации обо всех случаях выявления побочных действий, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия, о нежелательных реакциях при его применении, об особенностях взаимодействия медицинских изделий между собой, о фактах и об обстоятельствах, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации медицинских изделий, сообщаемой медицинской организацией в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения;
- мониторинг наличия у медицинских работников документов об образовании и сертификата специалиста либо свидетельства об аккредитации.

II. Цель, задачи проведения внутреннего контроля

1. Внутренний контроль в Центре осуществляется с целью обеспечения прав граждан на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, правилами проведения лабораторных, инструментальных исследований, положениями об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядками организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения с учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций.
2. Организация и проведение внутреннего контроля в Центре направлены на решение следующих задач:
 - совершенствование подходов к осуществлению медицинской деятельности для предупреждения, выявления и предотвращения рисков, создающих угрозу жизни и здоровью граждан, и минимизации последствий их наступления;
 - обеспечение и оценка соблюдения прав граждан в сфере охраны здоровья при осуществлении медицинской деятельности;
 - обеспечение и оценка применения Порядков оказания медицинской помощи, правил проведения лабораторных, инструментальных исследований, положений об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, Порядков организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, стандартов медицинской помощи;

- обеспечение и оценка соблюдения медицинскими работниками и руководителями Центра ограничений, налагаемых на указанных лиц при осуществлении ими профессиональной деятельности в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- обеспечение и оценка соответствия оказываемой медицинскими работниками медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи, а также рассмотрение причин возникновения несоответствия качества оказываемой медицинской помощи указанным критериям.
- предупреждение нарушений при оказании медицинской помощи, являющихся результатом:
 - а) несоответствия оказанной медицинской помощи состоянию здоровья пациента с учетом степени поражения органов и (или) систем организма либо нарушений их функций, обусловленной заболеванием или состоянием либо их осложнением;
 - б) невыполнения, несвоевременного или ненадлежащего выполнения необходимых пациенту профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций;

III. Основания для проведения внутреннего контроля

1. Основанием для проведения плановой проверки является План проверок внутреннего контроля Центра, утверждаемый директором ежегодно.
2. Основанием для целевой (внеплановой) проверки внутреннего контроля являются:
 - наличие отрицательной динамики статистических данных, характеризующих качество и безопасность медицинской деятельности медицинской организации, в том числе установленной в результате проведения плановой проверки;
 - поступление жалоб граждан по вопросам качества и доступности медицинской помощи, а также жалоб по иным вопросам осуществления медицинской деятельности в медицинской организации, содержащим информацию об угрозе причинения и (или) причинении вреда жизни и здоровью граждан;
 - все случаи летальных исходов и внутрибольничного инфицирования и осложнений, вызванных медицинским вмешательством в Центре.

IV. Сроки проведения внутреннего контроля

1. Плановые и целевые (внеплановые) проверки проводятся рабочими группами Комиссии, согласно Плану проверок, утвержденных директором Центра. Срок проведения плановых и целевых (внеплановых) проверок устанавливается в зависимости от предмета проверки, но не может превышать 10 рабочих дней.
2. Заведующий аптекой:
 - проводит мониторинг наличия лекарственных препаратов – 1 раз в квартал;
 - предоставляет отчет о наличии лекарственных препаратов, утвержденных формулярной комиссией, Уполномоченному по качеству 1 раз в квартал.
3. Заведующий лечебно-оздоровительным отделением:
 - проводит анализ информации о побочных действиях, нежелательных реакциях, серьезных нежелательных реакциях, непредвиденных нежелательных реакциях при применении лекарственных препаратов, об индивидуальной непереносимости, отсутствии эффективности лекарственных препаратов, а также об иных фактах и обстоятельствах, представляющих угрозу жизни или здоровью человека при применении лекарственных препаратов и выявленных на всех этапах обращения лекарственных препаратов, сообщаемой медицинской

организацией в уполномоченный федеральный орган исполнительной власти - 1 раз в квартал;

- предоставляет отчет, согласно Приложению № 8, Уполномоченному по качеству 1 раз в квартал.

4. Главная медицинская сестра:

- проводит мониторинг наличия медицинских изделий;

- проводит анализ информации обо всех случаях выявления побочных действий, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия, о нежелательных реакциях при его применении, об особенностях взаимодействия медицинских изделий между собой, о фактах и об обстоятельствах, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации медицинских изделий, сообщаемой медицинской организацией в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения – 1 раз в квартал;

- предоставляет отчеты Уполномоченному по качеству 1 раз в квартал.

5. Начальник отдела кадров:

- проводит мониторинг наличия у медицинских работников документов об образовании и сертификата специалиста либо свидетельства об аккредитации – 1 раз в квартал;

- предоставляет отчет, согласно Приложению № 8, Уполномоченному по качеству 1 раз в квартал.

V. Права и обязанности лиц, участвующих в организации и проведении внутреннего контроля

1. При проведении плановых и целевых (внеплановых) проверок члены Комиссии и Уполномоченное лицо имеют право:

- осуществлять получение, сбор и анализ сведений о деятельности структурных подразделений Центра;

- знакомиться с документами, связанными с целями, задачами и предметом внутреннего контроля, в том числе с медицинской документацией, снимать копии с указанных документов, а также производить в необходимых случаях фото- и видеосъемку при осуществлении осмотра и обследования;

- знакомиться с результатами анкетирования и устных опросов пациентов и (или) их законных представителей, членов семьи пациента, работников медицинской организации, а также результата анализа жалоб и обращений граждан;

- доступа в структурные подразделения Центра, а также в здания, строения, сооружения, помещения, к используемому оборудованию и транспортным средствам.

VI. Плановые и целевые проверки

1. Проверки, в зависимости от поставленных задач, включают анализ случаев оказания медицинской помощи, выбранных методом простого случайного отбора.

2. Выбор тематики для проведения проверки осуществляется на основании результатов анализа статистических данных, характеризующих качество и безопасность медицинской деятельности медицинской организации, ее структурных подразделений.

3. Анализ случаев оказания медицинской помощи в ходе плановых и целевых (внеплановых) проверок осуществляется для оценки качества и безопасности медицинской деятельности Центра, в том числе для оценки характера, частоты и причин возможных нарушений при оказании медицинской помощи пациенту, приведших к ухудшению состояния здоровья пациента, создавшего риск прогрессирования имеющегося заболевания, создавших риск

возникновения нового заболевания, а также к неэффективному использованию ресурсов Центра, неудовлетворенности пациента медицинской помощью.

4. Плановые и целевые (внеплановые) проверки, осуществляемые в рамках внутреннего контроля качества, предусматривают оценку показателей, определенных Приказом МЗ РФ от 31.07.2020 № 785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности».

5. Плановые и целевые (внеплановые) проверки проводятся рабочими группами, которые состоят из руководителя рабочей группы и членов рабочей группы (назначается приказом директора) из числа опытных, квалифицированных специалистов, обладающих качествами аудитора (внимательность, умение проводить анализ соответствия деятельности требованиям, системное и логическое мышление), из разных структурных подразделений.

6. Рабочие группы при проведении проверки руководствуются Практическими рекомендациями Росздравнадзора по организации ВКК и БМД (стационар 2 версия), ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», ФЗ от 12.04. 2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств», приказами МЗ РФ от 31.07.2020 № 785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» и от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».

7. Выбор метода проверки зависит от содержания критерия аудита (пункта Практических рекомендаций).

8. К основным методам проверки/внутреннего аудита относятся:

- анализ документации: нормативной (приказы директора, должностные инструкции, протоколы/алгоритмы, СОПы и т.д.) и медицинской (истории болезни, санаторно-курортные книжки, санаторно-курортные карты и т. д.);
- опрос, тестирование персонала;
- интервью, анкетирование пациентов, сопровождающих;
- наблюдение за процессами медицинской деятельности (при отсутствии возражения со стороны пациентов), посещение подразделений.

9. В область проверки/внутреннего аудита входят все подразделения Центра, участвующие в оказании медицинской помощи.

10. Руководитель рабочей группы выполняет:

- планирование и координацию деятельности рабочей группы, распределение задач между членами рабочей группы, участие в проверке;
- заполнение итогового отчета внутреннего аудита по установленным критериям чек-листов и передачу Уполномоченному по качеству не позднее 3 рабочих дней после завершения проверки (для подготовки итогового отчета).

11. Члены рабочей группы выполняют:

- сбор свидетельств (фактических данных) с применением подходящих методов;
- передачу всех полученных свидетельств руководителю рабочей группы.

VII. Функции Уполномоченного по качеству

1. Организация и проведение проверок в соответствии с утвержденным планом, а также проведение внеплановых проверок с последующим анализом и выработкой предложений для принятия управленческих решений.

2. Оценка качества и безопасности медицинской деятельности медицинской организации путем проведения плановых и целевых (внеплановых) проверок.

3. Проводит контроль:

- сбора статистических данных, характеризующих качество и безопасность медицинской деятельности медицинской организации, и их анализ.
 - учета нежелательных событий при осуществлении медицинской деятельности (фактов и обстоятельств, создающих угрозу причинения или повлекших причинение вреда жизни и здоровью граждан и (или) медицинских работников, а также приведших к удлинению сроков оказания медицинской помощи).
 - мониторинга наличия лекарственных препаратов и медицинских изделий в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций.
 - мониторинга наличия у медицинских работников документов об образовании и сертификата специалиста либо свидетельства об аккредитации.
 - анализа информации о побочных действиях, нежелательных реакциях, серьезных нежелательных реакциях, непредвиденных нежелательных реакциях при применении лекарственных препаратов, об индивидуальной непереносимости, отсутствии эффективности лекарственных препаратов, а также об иных фактах и обстоятельствах, представляющих угрозу жизни или здоровью человека при применении лекарственных препаратов и выявленных на всех этапах обращения лекарственных препаратов, сообщаемой медицинской организацией в уполномоченный федеральный орган исполнительной власти.
 - анализа информации обо всех случаях выявления побочных действий, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия, о нежелательных реакциях при его применении, об особенностях взаимодействия медицинских изделий между собой, о фактах и об обстоятельствах, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации медицинских изделий, сообщаемой Центром в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения.
 - анализа случаев оказания медицинской помощи в ходе плановых и целевых (внеплановых) проверок для оценки качества и безопасности медицинской деятельности Центра, в том числе для оценки характера, частоты и причин возможных нарушений при оказании медицинской помощи пациенту, приведших к ухудшению состояния здоровья пациента, создавшего риск прогрессирования имеющегося заболевания, создавших риск возникновения нового заболевания, приведших к инвалидизации, к летальному исходу, а также к неэффективному использованию ресурсов Центра, неудовлетворенности пациента медицинской помощью.
4. Результаты внутреннего контроля качества в Центре предоставляются Уполномоченным по качеству в сводных отчетах за полугодие и за год директору Центра.
5. По решению руководителя медицинской организации организует и контролирует разработку локальных актов в рамках внутреннего контроля (стандартные операционные процедуры, алгоритмы действий работников организации) в соответствии с нормативными правовыми актами, регламентирующими вопросы организации медицинской деятельности, в том числе Порядками оказания медицинской помощи, а также с учетом стандартов медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, критериев оценки качества медицинской помощи, рабочими группами.

VIII. Порядок регистрации и анализа результатов внутреннего контроля

1. По результатам плановых и целевых проверок Уполномоченным лицом составляется отчет, включающий, в том числе, предложения по выработке мероприятий по устранению выявленных нарушений и улучшению деятельности Центра и медицинских работников.
2. Отчеты представляются:

Директору Центра Уполномоченным лицом:

- а) отчет о результатах целевых (внеплановых) проверок - не позднее 3 рабочих дней после завершения проверки;
- б) отчет о результатах плановой проверки – не позднее 5 рабочих дней после завершения проверки.

IX. Порядок использования результатов внутреннего контроля в целях управления качеством и безопасностью медицинской деятельности

1. По итогам проведенных мероприятий внутреннего контроля, рабочими группами и Уполномоченным лицом, осуществляются:
 - разработка предложений по устранению и предупреждению нарушений в процессе оказания медицинской помощи;
 - обеспечение реализации мер, принятых по итогам внутреннего контроля;
 - анализ результатов внутреннего контроля в целях их использования для совершенствования подходов к осуществлению медицинской деятельности;
 - формирование системы оценки деятельности медицинских работников.
2. Сводный отчет, содержащий информацию о состоянии качества и безопасности медицинской деятельности, а также иная информация о результатах ВКК доводится до работников Центра на общеврачебной планерке 1 раз в 6 месяцев и за 12 месяцев по итогам года (годовой отчет).
3. При необходимости дополнительного доведения до сотрудников информации о результатах внутреннего контроля в Центре по распоряжению директора могут быть организованы совещания, конференции.

Порядок проведения контроля качества лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг)

Контроль качества лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) осуществляется заведующими отделениями, членами Комиссии и Уполномоченным лицом по качеству и безопасности медицинской деятельности Центра.

Контроль качества оказания лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) осуществляется экспертным путем. Экспертиза качества оказания лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) проводится по отдельным как законченным, так и текущим случаям. Экспертиза проводится по медицинской документации.

Экспертному контролю подлежат:

- а) законченные случаи в Центре;
- б) случаи летальных исходов;
- в) случаи осложнений лечения и профилактики;
- г) все случаи направления больных на госпитализацию;
- д) случаи, сопровождавшиеся жалобами пациентов или их родственников;
- е) в случаях исков и претензий страховых медицинских организаций, исполнительных органов СФР по доступности, качеству медицинских услуг и экспертизе трудоспособности;

Первый уровень экспертизы внутреннего контроля качества (экспертиза 1 уровня *).

Заведующий терапевтическим отделением № 1, заведующий терапевтическим отделением № 2, заведующий специализированным отделением по реабилитации больных после травмы спинного мозга проводят экспертизу не менее 25% законченных случаев ежемесячно.

Заведующий кардиологическим отделением № 1, заведующий кардиологическим отделением № 2, заведующий неврологическим отделением проводят экспертизу 100% законченных случаев по программе госгарантий (ОМС), не менее 25% законченных случаев ежемесячно.

Заведующий отделением профреабилитации – 100% законченных случаев у пациентов с тяжелой производственной травмой в период временной нетрудоспособности, не менее 5 законченных случаев каждого врача отделения методом случайной выборки.

Заведующий отделения ФД проводит экспертизу качества проводимых в отделении диагностических исследований. Экспертизе должны подвергаться не менее 15% всех исследований ежемесячно.

Заведующий ЛОО - законченные случаи по лечению больных, получавших рефлексотерапию и лечебную физкультуру. Экспертизе должны подвергаться не менее 5 законченных случаев каждого врача отделения методом простого случайного отбора.

Результаты проведенной экспертизы 1 уровня, оформляются заведующими отделениями в виде сводного протокола в свободной форме, с указанием количества пролеченных пациентов за месяц и количеством историй болезни, в отношении которых была проведена экспертиза 1 уровня, а также с указанием выявленных дефектов и предложений по устранению и предупреждению выявленных ошибок, и подаются Уполномоченному лицу до 20 числа каждого месяца, следующего за отчетным.

Уполномоченное лицо по качеству и безопасности медицинской деятельности Центра составляет отчет согласно информации, предоставленной заведующими отделениями по результатам экспертизы 1 уровня с предложениями по устранению до 30 числа каждого месяца.

Сводный отчет составляется Уполномоченным лицом 1 раз в квартал с результатами проведенной экспертизы 1 уровня и с предложениями по устранению нарушений. Результаты работы по материалам экспертизы доводятся до врачей на общеврачебной планерке 1 раз в квартал.

Второй уровень экспертизы внутреннего контроля качества проводится методом перекрестной проверки не менее 15 законченных случаев ежемесячно с заполнением карты экспертизы 2-го уровня (**).

Заведующий кардиологическим отделением № 1 – законченные случаи кардиологического отделения № 2.

Заведующий кардиологическим отделением № 2 – законченные случаи кардиологического отделения № 1.

Заведующий терапевтическим отделением № 1 – законченные случаи терапевтического отделения № 2.

Заведующий терапевтическим отделением № 2 – законченные случаи отделения профреабилитации.

Заведующий отделением профреабилитации – законченные случаи терапевтического отделения № 1.

Заведующий неврологическим отделением – законченные случаи специализированного отделения по реабилитации больных после травмы спинного мозга.

Заведующий специализированным отделением по реабилитации больных после травмы спинного мозга – законченные случаи неврологического отделения.

Результаты экспертизы оформляются заведующими отделениями в виде сводного протокола по итогам проведенной экспертизы 2 уровня с предложениями по устранению и предупреждению выявленных нарушений, и подаются Уполномоченному лицу до 20 числа каждого месяца, следующего за отчетным.

Уполномоченное лицо по качеству и безопасности медицинской деятельности Центра составляет отчет согласно предоставленной информации заведующих отделениями по результатам экспертизы 2 уровня с предложениями по устранению до 30 числа каждого месяца.

Сводный отчет составляется Уполномоченным лицом 1 раз в квартал с результатами проведенной экспертизы 2 уровня и с предложением по устранению нарушений. Результаты работы по материалам экспертизы доводятся до врачей на общеврачебной планерке 1 раз в квартал.

Третий уровень экспертизы проводится членами Врачебной комиссии. Экспертизе подлежат 100% случаев направления на госпитализацию.

Эксперт во время проведения контроля качества лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) в клинических отделениях оценивает: адекватность выбора, полноту и своевременность проведения лечебных мероприятий, выявляет ошибки, дефекты и устанавливает их причины, дает рекомендации по устранению и предупреждению выявленных ошибок, дефектов.

При экспертизе заведующие отделениями заполняют карту экспертной оценки 1 уровня. Результаты экспертизы 1 уровня вкладываются и хранятся в первичной медицинской документации (история болезни или амбулаторная карта).

При экспертизе второго уровня (перекрестная проверка) заполняется карта второго уровня. Результаты экспертизы второго уровня сдаются Уполномоченному лицу.

Члены Врачебной комиссии осуществляют экспертизу 3 уровня и записывают свои заключения в карту экспертной оценки в соответствии с Критериями оценки качества оказания медицинской услуги (по данным истории болезни). Работа Врачебной комиссии осуществляется в соответствии с Положением о Врачебной комиссии Центра.

Результаты проведенной экспертизы 3 уровня, предложения по устранению и предупреждению выявленных ошибок сдаются Уполномоченному лицу до 20 числа каждого месяца, следующего за отчетным.

Уполномоченное лицо по качеству и безопасности медицинской деятельности Центра составляет отчет согласно информации, предоставленной заведующими отделениями по результатам экспертизы 3 уровня с предложениями по устранению до 30 числа каждого месяца.

Сводный отчет составляется Уполномоченным лицом 1 раз в квартал с результатами проведенной экспертизы 3 уровня и с предложением по устранению нарушений. Результаты работы по материалам экспертизы доводятся до врачей на общеврачебной планерке 1 раз в квартал.

*** Карта экспертизы качества медицинской помощи 1 уровня (заведующий отделением)**

ОТДЕЛЕНИЕ	ЗАМЕЧАНИЯ
Дефекты оформления медицинской документации	
Дефекты выполнения диагностических мероприятий	
Дефекты при постановке (формулировке) диагноза	
Дефекты выбора и правильности выполнения лечебных мероприятий (включая необоснованное назначение препаратов, процедур)	
Дефекты по экспертизе временной нетрудоспособности (нарушения при оформлении листка нетрудоспособности, направления на ВК)	
Отсутствие дефектов	

Заведующий отделением

Дата:

Карта экспертизы качества ВКК и БМД 2 и 3 уровня

Отделение	
Ф. И. О. пациента	
Дата рождения	
Срок лечения	
Основной диагноз - код по МКБ	
Сопутствующий диагноз - код по МКБ	
Дата проверки	
Лечащий врач	

Коэффициент качества медицинской помощи

Критерий	Баллы	Заведующий отделением	Заместитель главного врача/ВК	Примечания
1. Описание жалоб и анамнеза: 1.1. В полном объеме 1.2. Не в полном объеме 1.3. Отсутствует	1 0,5 0			
2. Объективный осмотр: 2.1. В полном объеме 2.2. Не в полном объеме 2.3. Отсутствует	1 0,5 0			
3. Диагностические мероприятия по основному и сопутствующему (клинически значимому) заболеваниям: 3.1. Проведены своевременно, в полном объеме, соответствуют стандарту медицинской помощи 3.2. Проведены своевременно, но не соответствуют стандарту медицинской помощи, что не повлияло на исход заболевания 3.3. Проведены несвоевременно, не соответствуют стандарту медицинской помощи, что повлияло на исход заболевания	1 0,5 0			
4. Оформление диагноза основного и сопутствующего (клинически значимого) заболеваний: 4.1. Выставлен своевременно, обоснованно, в соответствии с клинико-функциональной	1			

характеристикой				
4.2. Выставлен несвоевременно, обоснованно, в соответствии с клинико-функциональной характеристикой, что не повлияло на исход заболевания	0,5			
4.3. Выставлен несвоевременно, необоснованно, что негативно повлияло на исход заболевания	0			
5. Лечебно-профилактические мероприятия, медицинская реабилитация:				
5.1. Проведены своевременно, оптимально, соответствуют стандарту медицинской помощи	1			
5.2. Не соответствуют стандарту медицинской помощи, что не повлияло на исход заболевания	0,5			
5.3. Не соответствуют стандарту медицинской помощи, что негативно повлияло на исход заболевания	0			
6. Медицинская экспертиза, медицинское освидетельствование				
6.1. Своевременно, в полном объеме	1			
6.2. Своевременно, но не в полном объеме (отсутствуют, рекомендации при выписке, экспертный анамнез, др.)	0,5			
6.3. Несвоевременно, не в полном объеме, целевой результат не достигнут	0			
7. Сроки оказания медицинской помощи:				
7.1. Соответствуют стандарту медицинской помощи (обоснованно занижены или завышены)	1			
7.2. Необоснованно занижены или завышены, что не повлияло на исход заболевания	0,5			
7.3. Не соответствуют стандарту медицинской помощи, что повлияло на исход заболевания	0			
8. Госпитализация плановая /экстренная:				
8.1. Обоснованно, соответствует профилю медицинской деятельности	1			
8.2. Обоснованно, но не соответствует профилю медицинской деятельности	0,5			
8.3. Необоснованно, не соответствует профилю медицинской деятельности	0			
9. Преемственность, этапность:				
9.1. Соблюдены в полном объеме	1			
9.2. Соблюдены не в полном объеме, что не повлияло на исход заболевания	0,5			
9.3. Соблюдены не в полном объеме, что повлияло на исход заболевания	0			
10. Результат лечения				
10.1. Результат достигнут –улучшение	1			
10.2. Результат достигнут частично – без перемен	0,5			
10.3. Результат не достигнут –ухудшение, летальный исход – при ненадлежащем оказании медицинской помощи	0			
11. Оформление медицинской документации				
11.1. Удовлетворительное, в полном объеме	1			
11.2. Не в полном объеме, имеются отдельные дефекты	0,5 0			

11.3. Неудовлетворительное, отсутствует				
12. Организационные мероприятия: 12.1. Удовлетворительные, в полном объеме 12.2. Не в полном объеме, имеются отдельные дефекты 12.3. Неудовлетворительное, перерасход лечения	1 0,5 0			
ИТОГО				
Коэффициент качества	средний балл	средний балл	средний балл	
ХОРОШО (качественно оказанная медицинская помощь)	8-12			
УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО (качественно оказанная медицинская помощь, сопровождавшаяся единичными дефектами оказания медицинской помощи, которые не привели к ухудшению состояния здоровья пациента)	6-7			
НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО (некачественно оказанная медицинская помощь)	0-5			

В каждом случае контроля качества рассчитывается коэффициент качества (средний балл анализируемых показателей). Результаты экспертизы качества медицинской помощи учитываются в работе премиальной комиссии.

Характеристика дефектов и их влияние на результат оказания медицинской помощи

Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности проводил:

Должность

Ф. И. О., подпись

Дата

С результатами внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности ознакомлен:

Должность

Ф. И. О., подпись

Дата

Состав Комиссии по ВКК и БМД ФБУ ЦР СФР «Тараскуль»

Председатель комиссии:

Уполномоченное лицо по проведению ВКК и БМД

Члены комиссии:

- Заведующий отделением профпатологии,
- заведующий специализированным отделением по реабилитации больных после травмы спинного мозга,
- заведующий терапевтическим отделением № 1,
- заведующий терапевтическим отделением № 2,
- заведующий отделением кардиологии № 1,
- заведующий отделением кардиологии № 2,
- заведующий неврологическим отделением,
- заведующий физиотерапевтическим отделением,
- заведующий лечебно-оздоровительным отделением,
- заведующий отделением функциональной и ультразвуковой диагностики,
- главная медицинская сестра,
- заведующий аптекой,
- старшая медицинская сестра терапевтического отделения №1,
- старшая медицинская сестра терапевтического отделения №2,
- старшая медицинская сестра специализированного отделения по реабилитации больных после травмы спинного мозга,
- старшая медицинская сестра кардиологического отделения,
- старшая медицинская сестра физиотерапевтического отделения,
- старшая медицинская сестра отделения профпатологии,
- старшая медицинская сестра лечебно-оздоровительного отделения,
- начальник отдела кадров.

Журнал учёта контроля качества и безопасности медицинской деятельности

20__ г.

	Дата контроля	ФИО лечащего врача/ наименование подразделения	ФИО пациента	Адрес пациента	Пол, возраст	Диагноз (основной, сопутствующий)	Вид контроля (плановый, целевой, при целевом контроле указать основание его проведения в соответствии с Положением - жалоба, др.)
1	2	3	4	5	6	7	8

Сроки лечения	Оценка качества ведения медицинской документации	Соблюдение установленного порядка оказания медицинской помощи	Соблюдение стандарта медицинской помощи, клинической рекомендации	Выявленные несоответствия критериям оценки качества медицинской помощи, утверждённым Минздравом РФ
9	10	11	12	13

Несоответствие установленным показателям, оценка которых выполняется, при осуществлении плановых и целевых (внеплановых) проверок, осуществляемых в рамках внутреннего контроля качества и безопасности медицинской	14	В данной графе указывается предмет проверки, который не указан в остальных графах, но являлся предметом проверки в соответствии с планом проверок (например, соблюдение прав граждан или иное)	Подпись лица, осуществляющего контроль
	15		16

Заполнение Журнала учёта контроля качества и безопасности медицинской деятельности возлагается на руководителя рабочей группы или лицо, проводившее плановую или целевую проверку, согласно утвержденных информационных граф. Если какие-либо позиции не оценивались, то данные графы не заполняются. В Журнал учёта контроля качества и безопасности медицинской деятельности вносятся информация, отражающая основные моменты проведенной проверки и ее результаты.

Контроль за заполнением Журнала учёта контроля качества и безопасности медицинской деятельности осуществляет Уполномоченное лицо по качеству и безопасности медицинской деятельности Центра.

Отчет о проведении ВКК и БМД

№	Наименование показателя	Количество
1. Плановые проверки		
1.1.	Проведено плановых проверок, за период	
1.2.	Количество проверок, запланированных на период	
1.3.	Процент выполнения плана проверок на период	
1.4.	Количество плановых проверок, проведенных с нарушением сроков	
1.5.	Количество плановых проверок, в ходе которых выявлены нарушения	
1.6.	Количество выявленных нарушений, в ходе плановых проверок	
2. Целевые (внеплановые проверки)		
2.1.	Проведено внеплановых проверок, за период в том числе	
2.2.	При наличии отрицательной динамики статистических данных, характеризующих качество и безопасность медицинской деятельности	
2.3.	При поступлении жалоб граждан по вопросам качества и доступности медпомощи, а также жалоб по иным вопросам осуществления медицинской деятельности в Центре, содержащим информацию об угрозе причинения и (или) причинении вреда жизни здоровью граждан	
2.4.	В случае летальных исходов	
2.5.	В случае внутрибольничного инфицирования и осложнений, вызванных медицинским вмешательством	
2.6.	Количество целевых проверок, проведенных с нарушением сроков	
2.7.	Количество целевых проверок, в ходе которых выявлены нарушения	
2.8.	Количество выявленных нарушений в ходе целевых проверок	
3. Учет нежелательных событий при осуществлении медицинской деятельности (фактов и обстоятельств, создающих угрозу причинения или повлекших причинение вреда жизни и здоровью граждан и (или) медицинских работников)		
3.1.	Произошло нежелательных событий, повлекших причинение вреда жизни здоровью граждан, а также приведших к удлинению сроков оказания медпомощи	
3.2.	Произошло нежелательных событий, повлекших причинение вреда жизни здоровью медработников	
4. Мониторинг наличия лекарственных препаратов (ЛП) и медицинских изделий (МИ), анализ информации обо всех случаях выявления побочных действий, нежелательных реакциях		

4.1.	Проведено мероприятий по мониторингу наличия ЛП и МИ	
4.2.	Выявлено фактов нарушения обеспечения ЛП и МИ	
4.3.	Передано сообщений о случаях: побочных действий, нежелательных реакциях, серьезных нежелательных реакциях, непредвиденных нежелательных реакциях при применении ЛП, об индивидуальной непереносимости, отсутствии эффективности ЛП, а также об иных фактах и обстоятельствах, представляющих угрозу жизни или здоровью человека при применении ЛП	
4.4.	Передано сообщений о случаях выявления: побочных действий, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации МИ, о нежелательных реакциях при его применении, об особенностях взаимодействия МИ между собой, о фактах и об обстоятельствах, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медработников при применении и эксплуатации МИ, сообщаемой Центром	
5. Мероприятия, направленные на повышение качества и безопасности медицинской деятельности		
5.1.	Разработано предложений по устранению и предупреждению нарушений в процессе диагностики и лечения пациентов	
5.2.	Проведено мероприятий по организации оказания медицинской помощи	
5.3.	Приобретено медицинских аппаратов	
5.4.	Обучено медицинских работников	
5.5.	Проведено иных мероприятий	

План корректирующих мероприятий в _____

№п /п	кабинет	Ответственный от ВКК	Корректирующие мероприятия	Срок исполнения	Отметка об исполнении

**Статистические показатели
качества и безопасности медицинской деятельности Центра
и ответственные за их предоставление.**

№	Наименование показателя	Единица измерения	Подразделение	Ответственный за сбор и предоставление показателя
1	Сведения о работе коек (число койко-дней, количество поступивших/выписанных, оборот койки, средняя длительность работы койки)	сут/ед.	Все отделения	Экономический отдел, ОБиР
2	Больничная летальность	абс, %	Все отделения	Кабинет статистики
3	Инцидентность инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи	абс, %	Все отделения	Главная медицинская сестра
4	Мониторинг документов об образовании и сертификатов специалистов/свидетельств об аккредитации	абс	Все отделения	Начальник отдела кадров
5	Количество случаев выявления неблагоприятных событий и нежелательных реакций при использовании медицинских изделий	абс, %	Все отделения	Главная медицинская сестра
6	Пролежни, в том числе: пролежни 3,4 степени тяжести	абс, %	Все отделения	Старшая медицинская сестра СНО
7	Результат лабораторного контроля, в том числе: воздуха; материала на стерильность; смывов с одежды медицинского персонала и т.д	абс, %	Все отделения	Главная медицинская сестра
8	Падения, в том числе приведшие к переводу в другую медицинскую организацию	абс, %	Все отделения	Заведующие отделений
9	Несчастные случаи среди сотрудников	абс, %	Все отделения	Специалист по охране труда
10	Обоснованные жалобы	абс	Все отделения	Председатель ВК
11	Анализ обращений граждан/анкетирование (по форме отчета)	абс	Все отделения	Табакова Т.Т.
12	Количество осложнений, возникающих при использовании лекарственных средств, в том числе количество оформленных извещений	абс	Все отделения	Заведующий лечебно-оздоровительным отделением
13	Результаты плановых/внеплановых проверок (по форме отчета по ВКК и БМД)	абс	Все отделения	Уполномоченный по ВКК и БМД
14	Мониторинг наличия медицинских изделий	абс	Все отделения	Главная медицинская сестра
15	Мониторинг наличия лекарственных препаратов	абс	Все отделения	Заведующий аптекой

Форма отчета о показателях качества и безопасности медицинской деятельности

№	Наименование показателя	Единица измерения Абс./%	Подразделение	Аналитическая информация по отчету