

Министерство здравоохранения

Республики Карелия

ГБУЗ «Детская республиканская больница»

П Р И К А З

г. Петрозаводск

21 ноября 2017 г.

№ 189

**Об организации внутреннего
контроля качества и безопасности медицинской деятельности,
осуществляемой в ГБУЗ РК «Детская республиканская больница»,
утверждении Положения об Экспертном совете по вопросам качества
медицинской помощи и его составе.**

В целях обеспечения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности во исполнение положений Федерального закона от 21.11.2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", Закона Российской Федерации от 07.02.1992 г. N 2300-1 "О защите прав потребителей", Постановления Правительства Российской Федерации от 16.04.2012 г. N 291 "О лицензировании медицинской деятельности", Постановления Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 г. N 1006 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг", приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 05.05.2012 г. N 502н "Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации", приказа Министерства здравоохранения и социального развития Республики Карелия от 12.12.2013 г. № 2578 «О совершенствовании организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинских организациях государственной системы здравоохранения»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

- Порядок организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (приложение № 1 к приказу);

- Положение об Экспертном совете по вопросам качества медицинской помощи (далее - Экспертный совет)(приложение N 2 к приказу);

- Состав Экспертного совета (приложение N 3 к приказу).

2. Назначить ответственными за:

- организацию и проведение внутреннего контроля качества медицинской помощи – заместителя главного врача по КЭК В.В. Улич;

- безопасность применения лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения – клинического фармаколога М.Г. Плаксину;

- утилизацию медицинских отходов, безопасное использование медицинского оборудования, соблюдение санитарной гигиены и эпидрежима – главную медицинскую сестру И.А. Кобзеву;

- охрану труда – С.В. Фёдорову;

3. Безопасность применения лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения, утилизация медицинских отходов, безопасное использование медицинского оборудования, соблюдение санитарной гигиены и эпидрежима, вопросы охраны труда обеспечиваются в соответствии с действующими нормативными требованиями.

4. Приказ вступает в силу с 01.01.2018 года.

5. Приказ по ГБУЗ РК «Детская республиканская больница» № 01/2 от 13.01.2014 утрачивает силу с 01.01.2018 года.

6. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Главный врач

И.В. Леписева

**Порядок организации
внутреннего контроля качества и безопасности медицинской
деятельности.**

1. Общие положения.

1.1. Настоящее положение о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ РК «ДРБ» устанавливает порядок организации и проведения внутреннего контроля за соответствием качества выполняемых медицинских работ (услуг) установленным требованиям и безопасностью медицинской помощи,

2. Основные цели и задачи внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности:

2.1. Целью внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (далее по тексту - Внутренний контроль качества медицинской помощи) является обеспечение прав граждан на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества на основе стандартов медицинской помощи, порядков, клинических рекомендаций, установленных требований к оказанию медицинской помощи, а также требований, предъявляемых к медицинской помощи в медицинской практике, с учетом современного уровня развития медицинской науки и медицинских технологий.

2.2. Объектом Внутреннего контроля качества медицинской помощи является медицинская помощь, представляющая собой комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг.

2.3. Задачами Внутреннего контроля качества медицинской помощи являются:

- проведение контроля качества медицинской помощи, оказанной конкретным пациентам;
- выявление дефектов медицинской помощи, установление причин их возникновения и степени их влияния на здоровье конкретных пациентов;
- регистрация результатов проведенного Внутреннего контроля качества медицинской помощи;

- оценка оптимальности использования кадровых и материально-технических средств при оказании медицинской помощи;
- изучение удовлетворенности граждан оказанной медицинской помощью;
- анализ данных, полученных при проведении мониторинга качества оказания медицинской помощи;
- подготовка предложений, направленных на устранение причин возникновения дефектов медицинской помощи, повышение качества эффективности оказываемой медицинской помощи.

3. Порядок Организации и проведения Внутреннего контроля качества медицинской помощи.

3.1. Внутренний контроль качества медицинской помощи осуществляется работниками, назначенными приказами главного врача, ответственными за проведение Внутреннего контроля качества медицинской помощи (далее по тексту - Ответственные за проведение контроля).

3.2. Внутренний контроль качества медицинской помощи не может проводиться Ответственными за проведение контроля в случаях, когда медицинская помощь оказывалась самими Ответственными за проведение контроля.

3.3. Ответственные за проведение контроля несут ответственность за объективность оценки качества оказанной медицинской помощи при проведении Внутреннего контроля качества медицинской помощи в соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации и должностными инструкциями.

3.4. Ответственным за Организацию Внутреннего контроля качества медицинской помощи является заместитель главного врача по клинико-экспертной работе.

3.5. Внутренний контроль качества медицинской помощи осуществляется на четырёх уровнях:

- первый уровень контроля – самоконтроль, проводится лечащим врачом в течении всего периода лечения (без оценки качества);
- второй уровень контроля - заведующий медицинским отделением; заведующий стационарным отделением в течение месяца обязан провести Внутренний контроль качества медицинской помощи по всем законченным случаям лечения, используя очный и ретроспективный анализ каждого случая, подписать историю болезни; Ответственный за организацию внутреннего контроля поликлиники проводит контроль не менее 30% случаев. Выявленные

недостатки в оказании медицинской помощи анализируются и докладываются устно или в виде служебных записок ежемесячно заместителю главного врача для принятия управленческого решения.

- третий уровень контроля - заместитель главного врача по КЭР; заместитель главного врача проводит контроль всех законченных случаев стационарного лечения ежемесячно, с оформлением Карты оценки качества (приказ ГБУЗ ДРБ №110 от 14.06.2017) в случае выявления дефектов;

- четвёртый уровень контроля – Экспертный Совет по вопросам качества медицинской помощи (далее – Экспертный совет); Экспертный совет осуществляет Внутренний контроль качества медицинской помощи на четвёртом уровне - проводит оценку качества оказания медицинской помощи, оказанной с дефектами, в том числе оценку деятельности отделений, а также ежеквартально проводит целевые экспертизы, рассматривает обращения физических и юридических лиц по вопросам качества медицинской помощи;

3.6. Внутренний контроль качества медицинской помощи проводится по случаям медицинской помощи (законченным или незаконченным), оказанной независимо от источника финансирования оказанной медицинской помощи, должностей и квалификации работников, оказывавших медицинскую помощь, диагноза, возраста пациентов, оформления листка нетрудоспособности и других факторов.

3.7. Внутренний контроль качества медицинской помощи проводится по медицинской документации (медицинской карте 003/у, 112/у, иной медицинской документации, содержащей информацию о медицинской помощи, оказанной в конкретном проверяемом случае).

3.8. В обязательном порядке Внутреннему контролю качества медицинской помощи подлежат следующие случаи:

- случаи летальных исходов;
- случаи внутрибольничного инфицирования и нежелательных реакций на применение лекарственных препаратов;
- случаи заболеваний со значительно (более 30% от средних) удлиненными или укороченными сроками лечения;
- случаи, сопровождавшиеся жалобами пациентов или их законных представителей на качество оказания медицинской помощи;
- иные случаи, указанные в нормативно-правовых документах, регламентирующих порядок осуществления контроля качества оказания медицинской помощи.

3.9. Случаи, подлежащие Внутреннему контролю качества медицинской помощи в обязательном порядке, отбираются для проверки и проверяются в первую очередь. Все случаи оказания медицинской помощи должны иметь одинаковую возможность быть подвергнутыми проверке.

3.10. В целях повышения эффективности контрольных мероприятий и своевременного устранения причин дефектов медицинской помощи проведение Внутреннего контроля качества медицинской помощи на первом и втором уровне осуществляется в текущем режиме.

3.11. Проведение Внутреннего контроля качества медицинской помощи конкретному пациенту предусматривает оценку ее соответствия стандартам медицинской помощи, протоколам ведения больных, зарегистрированным медицинским технологиям, установленным или обычно предъявляемым в медицинской практике требованиям к проведению диагностических, лечебных, профилактических мероприятий, оформлению медицинской документации, с учетом современного уровня развития медицинской науки, медицинских технологий и клинических особенностей каждого конкретного случая оказания медицинской помощи.

3.12. При проведении Внутреннего контроля качества медицинской помощи Ответственные за проведение контроля руководствуются федеральными стандартами медицинской помощи, региональными стандартами медицинской помощи, протоколами ведения больных, другими нормативными правовыми документами, клиническими рекомендациями, формулярными статьями и другими источниками доказательной медицинской практики.

3.13. Внутренний контроль качества медицинской помощи проводится по методике экспертной оценки конкретного случая оказания медицинской помощи, заключающейся в проведении последовательной оценки каждой составляющей конкретного случая оказания медицинской помощи, с учетом его клинических особенностей в соответствии с приказом главного врача ГБУЗ РК «ДРБ» №110 от 14.06.2017 г.

3.14. При проведении Внутреннего контроля качества медицинской помощи используются критерии качества медицинской помощи, утверждённые приказом МЗ РФ № 203н от 10.05.2017 г.

3.15. Результаты проверки каждого случая оказания медицинской помощи с дефектами регистрируются в Карте контроля качества медицинской помощи и журнале. Результаты Внутреннего контроля качества медицинской помощи, проведенного Экспертным Советом, оформляются Протоколом.

3.16. По результатам проверки каждого экспертного случая оказания медицинской помощи Ответственные за проведение контроля кратко формулируют дефекты медицинской помощи, выявленные по каждой составляющей случая оказания медицинской помощи, а также итоговое заключение о качестве медицинской помощи в каждом конкретном случае оказания медицинской помощи с оценкой качества в баллах.

3.17. В случаях выявления дефектов медицинской помощи или некачественно оказанной медицинской помощи информация о результатах Внутреннего контроля качества медицинской помощи доводится до сведения медицинских работников, оказывавших медицинскую помощь в конкретном проверенном случае, при необходимости - под роспись.

3.18. Ответственными за проведение контроля по результатам Внутреннего контроля качества медицинской помощи незамедлительно принимаются меры по недопущению повторения выявленных дефектов медицинской помощи в случаях, если принятие вышеназванных мер находится в пределах их полномочий. В иных случаях предложения доводятся до главного врача.

3.19. Карты оценки качества медицинской помощи оформляются в электронном виде, журналы контроля качества медицинской помощи хранятся не менее 5 лет.

3.20. Учет результатов проведенного Внутреннего контроля качества медицинской помощи осуществляется в форме отчетов ежемесячно и по итогам прошедшего года на каждом уровне контроля качества медицинской помощи.

3.21. Отчеты о проведенном Внутреннем контроле качества медицинской помощи должны содержать следующие сведения:

- Отчетный период.
- Объемы проведенного Внутреннего контроля качества медицинской помощи: количество проверенных случаев; количество проверенных случаев, из числа подлежащих контролю в обязательном порядке и процентах от числа случаев, подлежащих контролю в обязательном порядке; объем проведенного Внутреннего контроля качества медицинской помощи в процентах от установленных минимальных объемов.
- Результаты проведенного Внутреннего контроля качества медицинской помощи: количество случаев качественно оказанной медицинской помощи; количество случаев качественно оказанной медицинской помощи, сопровождавшихся единичными дефектами медицинской помощи; количество случаев некачественно оказанной медицинской помощи (в абсолютных цифрах и в процентах проверенных случаев) - общее и в разрезе

проверенных отделений (должностей и Ф. И. О. медицинских работников); количество выявленных дефектов медицинской помощи по их видам (структура дефектов):

- Краткие сведения о мерах, принятых ответственным за проведение контроля по итогам проведенного Внутреннего контроля качества медицинской помощи.

- Предложения по итогам проведенного Внутреннего контроля качества медицинской помощи для руководителя Организации.

3.22. Отчеты о проведенном Внутреннем контроле качества медицинской помощи по Организации в целом доводятся до главного врача ежемесячно, до сведения медицинских работников не реже, чем раз в квартал.

3.23. Отчеты о проведенном Внутреннем контроле качества медицинской помощи по итогам прошедшего года хранятся в Организации не менее 5 лет.

3.24. По результатам проведенного Внутреннего контроля медицинской помощи планируются и реализуются мероприятия, направленные на устранение причин, вызвавших возникновение дефектов медицинской помощи, на повышение качества и эффективности оказываемой медицинской помощи:

- организационные мероприятия - проведение совещаний, конференций, инструктажей, издание приказов, инструкций, регламентов, совершенствование организационных технологий оказания медицинской помощи и другие;

- образовательные мероприятия - проведение клинических разборов, направление медицинских работников на повышение квалификации (в том числе внеплановое), научно-практические конференции, обеспечение медицинских работников современной медицинской литературой (в том числе через Интернет) и другие;

- дисциплинарные мероприятия - применение дисциплинарных взысканий в соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации и должностными инструкциями работников;

- экономические мероприятия - применение материальных взысканий;

- мероприятия по совершенствованию материально-технической базы, информатизации;

- мероприятия по совершенствованию укомплектованности Организации медицинскими работниками.

3.25. Контроль за реализацией принятых управленческих решений по вопросам управления качеством медицинской помощи обеспечивается заместителем главного врача по клинико-экспертной работе.

**Положение
об Экспертном совете по вопросам качества оказания медицинской
помощи**

ГБУЗ РК «Детская республиканская больница»

I. Общие положения.

1. Настоящее Положение определяет порядок работы Экспертного совета по вопросам качества оказания медицинской помощи (далее - Экспертный совет).
2. Экспертный совет создается в целях исполнения ГБУЗ РК «Детская республиканская больница» (далее ГБУЗ «ДРБ») функций по организации и обеспечению деятельности по проведению внутреннего контроля качества оказания медицинской помощи (диагностики, лечения и реабилитации) в соответствии с утверждёнными порядками, стандартами, клиническими рекомендациями.
3. В своей деятельности Экспертный совет руководствуется Конституцией Российской Федерации, федеральными законами, указами и распоряжениями Президента Российской Федерации, постановлениями и распоряжениями Правительства Российской Федерации, приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации, Федерального фонда обязательного медицинского страхования, Министерства здравоохранения Республики Карелия, ГБУЗ «ДРБ», включая настоящее Положение.

II. Функции Экспертного совета.

Экспертный совет осуществляет следующие функции:

1. Анализирует показатели качества медицинской помощи, оказываемой в ГБУЗ «ДРБ»;
2. Дает оценку качества медицинской помощи, оказанной в учреждении по каждому случаю диагностики, лечения и реабилитации, по которому поступила претензия от пациента или его официального представителя, или

дана низкая экспертная оценка по критериям качества оказанной медицинской помощи;

3. Разрабатывает и предлагает главному врачу к утверждению клинические протоколы заболеваний, по которым нет утверждённых федеральных стандартов;

4. Анализирует по профилям случаи оказания медицинской помощи с дефектами, разрабатывает и вносит предложения по улучшению качества оказываемой медицинской помощи;

5. Участвует в проведении служебных расследований по жалобам пациентов или их официальных представителей;

6. Вносит предложения по улучшению качества медицинской помощи;

7. Приглашает на заседания Экспертного совета специалистов, допустивших дефекты оказания медицинской помощи для проведения разборов случаев, вносит предложения администрации по мерам наказания.

III. Организация работы Экспертного совета.

1. Экспертный совет создается из числа главных внештатных специалистов Министерства здравоохранения Республики Карелия, заведующих структурными подразделениями и ведущих специалистов ГБУЗ «ДРБ»,

2. Состав Экспертного совета утверждается приказом главного врача ГБУЗ «ДРБ»;

3. Экспертный совет состоит из председателя, заместителя председателя, ответственного секретаря и членов Экспертного совета.

4. Председателем Экспертного совета является главный врач. Заместителем председателя назначается заместитель главного врача по клинико-экспертной работе;

5. Экспертный совет вправе привлекать к своей работе на безвозмездной основе и с правом совещательного голоса специалистов научных, образовательных и медицинских организаций по профилям медицинской помощи (далее - приглашенные лица).

6. Персональный состав приглашенных лиц для участия в работе Экспертного совета формируется председателем Экспертного совета (лицом, его

замещающим) на основании предложений членов Экспертного совета и утверждается главным врачом ГБУЗ «ДРБ»;

7. Заседания Экспертного совета проводятся по мере необходимости, но не реже одного раза в три месяца. Правомочным считается заседание Экспертного совета, в котором участвует не менее половины его членов.

8. В рамках деятельности Экспертного совета могут создаваться рабочие группы по профилям рассматриваемых вопросов;

9. Руководство работой Экспертного совета осуществляет председатель.

10. Председатель Экспертного совета:

- осуществляет общее руководство деятельностью Экспертного совета и организует его работу;
- ведет заседания Экспертного совета;
- распределяет обязанности между членами Экспертного совета и координирует их работу, назначает докладчиков из числа членов Экспертного совета для представления доклада по обсуждаемому вопросу;
- дает поручения ответственному секретарю и членам Экспертного совета;
- назначает дату и время проведения заседания Экспертного совета;
- осуществляет контроль за исполнением решений, принятых Экспертным советом;
- принимает меры по предотвращению и/или урегулированию конфликта интересов у членов Экспертного совета, в том числе по досрочному прекращению полномочий члена Экспертного совета, являющегося стороной конфликта интересов;
- представляет главному врачу отчет об итогах работы Экспертного совета за прошедший год.

В отсутствие председателя Экспертного совета его обязанности исполняет заместитель председателя Экспертного совета.

11. Заместитель председателя Экспертного совета:

- по поручению председателя Экспертного совета или в случае его отсутствия председательствует на заседаниях Экспертного совета;

- исполняет иные обязанности по поручению председателя Экспертного совета;

12. Ответственный секретарь Экспертного совета:

- осуществляет документально-техническое обеспечение деятельности Экспертного совета;
- подготавливает документы для рассмотрения на заседании Экспертного совета;
- информирует членов Экспертного совета и приглашенных лиц о дате, времени и месте проведения заседания Экспертного совета не позднее, чем за 3 рабочих дня до даты его проведения;
- оформляет повестку и ведет протокол заседания Экспертного совета.

13. Члены Экспертного совета имеют право:

- вносить предложения по формированию повестки заседаний Экспертного совета;
- возглавлять комиссии и рабочие группы, сформированные в составе Экспертного совета, в том числе для проведения служебных расследований случаев оказания медицинской помощи;
- предлагать кандидатуры приглашенных лиц для участия в заседаниях Экспертного совета;
- участвовать в подготовке материалов по рассматриваемым вопросам;
- излагать в письменном виде особое мнение по вопросу, рассматриваемому на заседании Экспертного совета, которое должно быть приложено к протоколу заседания Экспертного совета.

14. Экспертный совет принимает решение путем открытого голосования. Решения Экспертного совета принимаются большинством голосов от числа присутствующих на заседании членов Экспертного совета. Члены Экспертного совета обладают равными правами при голосовании. При равенстве голосов решающим является голос председателя Экспертного совета.

15. Решения Экспертного совета оформляются протоколом, который подписывается председателем Экспертного совета и членами Экспертного совета, присутствовавшими на заседании.

16. Информационное обеспечение деятельности Экспертного совета и размещение на официальном сайте в сети "Интернет" документов и сведений по вопросам, рассматриваемым на заседаниях Экспертного совета размещаются на сайте ГБУЗ «ДРБ»;

17. В срок до 1 марта года, следующего за отчетным периодом, Экспертный совет направляет главному врачу ГБУЗ «ДРБ» отчет, подписанный председателем, о результатах работы Экспертного совета за соответствующий год.

IV. Конфликт интересов.

1. В случае, если выполнение обязанностей члена Экспертного совета может повлечь за собой конфликт интересов, способный повлиять на полноту и объективность принимаемых решений, член Экспертного совета обязан сообщить о конфликте интересов председателю Экспертного Совета, а также заявить самоотвод до начала проведения заседания Экспертного совета.

2. Участие в голосовании члена Экспертного совета, имеющего конфликт интересов, не допускается.

Состав Экспертного совета

по вопросам качества медицинской помощи.

1. Леписева И. В. – главный врач, главный детский внештатный кардиолог, председатель Экспертного совета;
2. Улич В.В. – заместитель главного врача по КЭР, секретарь Экспертного совета;
3. Варламова Т.В. – доцент детской хирургии и педиатрии медицинского института, кандидат медицинских наук, главный внештатный детский эндокринолог;
4. Дербенев В.В. – заведующий отделением эндоскопии и функциональной диагностики;
5. Ионуш Э.П. – заведующий отделением ИТАР;
6. Карманова Н.Ю. – заведующая ЦПР;
7. Кобзева И.А. – главная медицинская сестра;
8. Кутузова Н.Г. – заведующая АПЦ;
9. Леухин М.В. – врач УЗИ;
10. Мебелова И.И. – заведующая РНЦ, главный внештатный неонатолог;
11. Мрыхина Н.Ф. – заместитель главного врача по лечебной работе;
12. Мушкатина М.А. – заведующая кардиологическим отделением;
13. Рианов В.В. – хирург-онколог, главный внештатный детский онколог;
14. Савчук М.О. – заведующий хирургическим отделением;
15. Савчук О.Б. – старший хирург, главный внештатный детский хирург;
16. Тимонина А.В. – заведующая отделением хирургической инфекции;
17. Трифонов А.В. – заведующий отделением лучевой диагностики;
18. Труханкина З.В. – заведующая неврологическим отделением;
19. Удодова О.А. – заведующая ПАО;
20. Юрьян А.О. – заведующий травматологическим отделением;
21. Хизяпова Т.П. – заведующая поликлиническим отделением;
22. Хомякова Е. В. – заведующая эндокринологическим отделением.