

ГБУЗ «Назрановская районная больница»



Утвержден
Главный врач ГБУЗ «НРБ
Р.А.-Н.Угурчие

Положение

о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности.

1.1. Настоящее Положение разработано в соответствии с Гражданским кодексом РФ, Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан, приказом Федерального Фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 г. № 230 «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».

1.2. Целью осуществления внутреннего контроля качества медицинской помощи является обеспечение прав пациентов на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества на основе оптимального использования кадровых и материально - технических ресурсов здравоохранения и применения совершенных медицинских технологий.

1.3. Объектом контроля является качество медицинской помощи, оказываемой медицинской организацией. В процессе контроля качества медицинских услуг определяется степень их соответствия технологиям проведения, утвержденным отраслевыми руководящими документами, в том числе территориальными требованиями.

1.4. Внутренний контроль качества медицинской помощи включает следующие элементы:

- соответствие организации медицинской деятельности учреждения (его структурных подразделений) требованиям нормативных актов;
- уровень профессиональной подготовки врачей и средних медицинских работников, выполнение программы повышения квалификации персонала;
- соответствие деятельности учреждения условиям функциональной и санитарной безопасности,

- оценка организации фармакологического контроля;
- учет конечных результатов медицинской деятельности;
- выявление и обоснование дефектов, врачебных ошибок и других факторов, оказавших негативное действие и повлекших за собой снижение качества и эффективности медицинской помощи, в том числе льготного лекарственного обеспечения, медицинских осмотров, в том числе в рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье»;
- степень удовлетворенности пациентов оказываемой медицинской помощью;
- принятие, на основе анализа полученной информации, решений, направленных на создание благоприятных условий для оказания качественной медицинской помощи;
- выбор наиболее рациональных управленческих решений;
- контроль за реализацией управленческих решений и проведение, в случае необходимости, корректировочных мероприятий;

1.5. Внутренний контроль за оказанием медицинской помощью осуществляться в виде: планового контроля (тематическая экспертиза), целевого контроля (по отдельным случаям), предупредительного контроля, контроля результата с целью оценки качества выполненной услуги конкретному пациенту:

1.5.1. Плановый контроль осуществляется согласно плану - графику, на основании действующих отраслевых, территориальных и внутриучрежденческих приказов:

- контроль соответствия объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;
- контроль выполнения требований санэпидрежима;
- контроль за фармпорядком;
- контроль за исполнением распоряжений администрации и т. д.
- контроль за проведением дополнительной диспансеризации.

1.5.2. Целевой контроль предусматривает реализацию определенной цели, которая выявляет причину отклонения от стандарта качества:

- оценка состояния и использования кадровых и материально -технических ресурсов;
- анализ летальности на дому лиц трудоспособного возраста;
- анализ ятрогенных осложнений;
- анализ жалоб пациентов.

1.5.3. Предупредительный контроль оценивает уровень безопасности лечебно - диагностического процесса для пациента, степень удовлетворительности пациента качеством медицинской помощи:

- контроль за осуществлением профилактики внутрибольничных инфекций;
- подготовкой и осуществлением работы комиссии по профилактике внутрибольничных инфекций;
- контроль за рациональным использованием лекарственных средств;
- анализ анкетирования больных на удовлетворительность качеством оказания медицинской помощи.

1.5.4. Контроль результата - заключительная экспертиза процесса оказания медицинской помощи конкретному пациенту.

1.6. Уровни внутреннего контроля:

первый уровень – заведующие отделениями, старшие медицинские сестры; *третий уровень* - врачебная комиссия и главный врач медицинской организации.

1.7. Принципиальным в системе управления и контроля текущих процессов является активный контроль на рабочем месте, который осуществляется выборочно и ежедневно для каждого работника и подразделения в целом.

1.8. Моделирование взаимодействия служб лечебно - профилактического учреждения между собой (врач - сестра; врач - врач: одной специальности; участковый врач - врач узкой специальности; использование системного анализа имеет значение для решения следующих вопросов управления здравоохранением:

- оптимизация оценки деятельности учреждения; в том числе оценки связанных между собой показателей;
- оценка последствия различных управляющих воздействий (приказов, инструкций и др.), в том числе избегая появления противоречивых и неподготовленных приказов, инструкций и других рекомендаций;

1.9. Эффективный контроль предусматривает следование определенным принципам: регулярности, целенаправленности, объективности, наличию нескольких уровней, гласности результатов проведенных контрольных мероприятий, использование реально достижимых в конкретных условиях контрольных показателей, ориентации на установление причин выявленных дефектов с целью их устранения, а не на поиск виновных с целью их наказания, своевременного принятия по результатам контроля адекватных управленческих решений.

1.9.1. Система оценки качества и эффективности медицинской помощи функционирует непрерывно, что позволит оперативно получать необходимую для управления информацию.

2. Порядок проведения внутреннего контроля качества медицинской помощи в медицинской организации

2.1. Функции контроля за эффективностью и повышением качества медицинской помощи осуществляют должностные лица ГБУЗ «Куб».

2.2. Лечащий врач организует своевременное и квалифицированное обследование и лечение пациентов, согласно стандартов и регламентов оказания медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения РФ.

2.3. Руководители диагностических служб также осуществляют контроль качества на основе имеющихся критериев в соответствии с технологическими стандартами.

2.4. Заведующие отделениями подразделений :

- осуществляют постоянный контроль за исполнением специалистами функций по организации и проведению лечебно - диагностического процесса;
- в течение трех дней, начиная с момента поступления (обращения) пациента, оценивает: лечебно-диагностический процесс на предшествующем этапе, сбор информации, диагноз, назначенное на данном этапе лечение и вносит необходимые коррективы, о чем делает запись в медицинскую карту;

- осуществляют контроль за полнотой и качеством интерпретаций полученных результатов диагностических служб;
- осуществляют контроль за своевременностью проведения дополнительных методов исследования, необходимых для уточнения диагноза, а также своевременностью проведения контрольных исследований;
- перед выпиской (переводом) пациента проводит заключительный контроль, итогом которого является уточнение места, времени и информационного обеспечения последующей помощи (преемственность), а также получает сведения об удовлетворенности пациента предоставленной медицинской помощью;
- проводят экспертную оценку качества оказания медицинской помощи пациентам с определенной периодичностью в ходе лечения с обязательным личным осмотром и записью в первичных медицинских документах:

Заведующий стационарным подразделением осуществляет текущую экспертизу (100%) всех законченных случаев госпитализации в течение месяца.

Заведующий амбулаторным подразделением осуществляет текущую экспертизу - не менее 100 экспертиз от законченных случаев по всем видам медицинской помощи (терапевтов, кардиологов, невролога, стоматологов, хирурга) в течение месяца

- осуществляют контроль за организацией и соблюдением санитарно-эпидемиологического режима;
- осуществляют контроль за организацией лечебного питания;
- осуществляют контроль за обеспечением и использованием лекарственных препаратов. Заведующий амбулаторным подразделением осуществляют контроль за предоставлением пациентам льготного лекарственного обеспечения: в 100% при выписке дорогостоящих препаратов, в том числе по семи нозологиям, сильнодействующих, наркотических и ненаркотических анальгетиков больным, страдающим онкологическими заболеваниями, не менее 2-х медицинских карт от врача за месяц по каждой категории льготополучателей; результаты проверки обоснованности выписки лекарственных средств регистрируют в журналах, оформляют протоколом первого уровня и предоставляют ежемесячно на второй уровень контроля не позднее 5 числа;
- осуществляют контроль за оформлением медицинской документации и интерпретацией результатов, полученных в результате проведения профилактических осмотров, в том числе по дополнительной диспансеризации по каждому законченному случаю в 100%;
- анализируют ежемесячно причины и сроки временной нетрудоспособности, первичного выхода на инвалидность;
- анализируют ежемесячно работу подразделения с оценкой качественных и количественных показателей;
- осуществляют контроль за сопоставлением результатов однонаправленных исследований, принимают участие в разработке и реализации мероприятий, направленных на исключение причин выявленных дефектов.

2.5. Руководитель проводит экспертную оценку качества оказания медицинской помощи по профилям в соответствии с имеющейся квалификацией, а также осуществляет экспертную оценку организации лечебно-диагностического процесса во взаимодействии в соответствии со структурой учреждения, в том числе при экспертизе медицинской документации по законченному случаю.

2.6. Старшая медицинская сестра в медицинском учреждении ежемесячно осуществляет контроль в соответствии с требованиями:

- за ведением медицинской документации;

- за организацией работы в сфере обращения с лекарственными средствами;
- за соблюдением санитарно - эпидемиологического и санитарно - гигиенического режимов;
- за соблюдением технологии сестринских манипуляций;
- за соблюдением технологии забора материала для лабораторных исследований;
- за проведением обучения среднего и младшего медицинского персонала в отделениях;
- за уровнем знаний среднего медицинского персонала по вопросам инфекционной безопасности;
- за предстерилизационной обработкой медицинского инструментария;
- организует контроль за работой младшего медицинского персонала.

Ответственными первого уровня контроля заполняется "Протокол экспертной оценки уровня качества оказания медицинской помощи первого уровня" (Приложение 18.1). При заполнении протокола эксперт должен высказаться об обнаруженных им врачебных ошибках и последствиях, повлиявших на состояние пациентов.

"Протокол экспертной оценки медицинской помощи первого уровня" передается на экспертизу третьего уровня.

2.7. Третий уровень (Врачебная комиссия):

- осуществляют выборочный контроль качества медицинской помощи, текущий и по законченным случаям по медицинской документации, а также при личном осмотре пациентов;
- организуют и принимают участие в решении сложных клинико-экспертных вопросов;
- анализируют клинико-экспертные ошибки;
- учитывают и анализируют дефекты, в том числе и нарушения порядка направления пациентов на медико-социальную экспертизу;
- проводят анализ работы структурных подразделений по качественным показателям;
- обеспечивают оперативное управление действиями персонала и пациентов;
- лично проводят не менее 30% экспертиз КМП (плановая и целевая) в течение квартала, включая случаи обязательной экспертизы.
- выявляют нарушения и дефекты медицинских и организационных технологий;
- координируют взаимодействие (взаимоотношения) персонала и пациента;
- осуществляют текущий контроль качества и безопасности медицинской помощи в подразделениях медицинского учреждения;
- осуществляют контроль за организацией санитарно - эпидемиологического режима;
- осуществляют контроль за обеспечением и использованием лекарственных препаратов;
- осуществляют контроль за организацией работы вспомогательных служб;
- ежемесячно получает сведения о результатах контроля КМП от заведующих подразделениями медицинской организации, и на основании протоколов экспертной оценки медицинской помощи проводит анализ

работы структурных подразделений с отработкой мероприятий по улучшению качества медицинской помощи, что является - протоколом третьего контроля качества.

- изучают удовлетворенность пациентов, их взаимодействие с системой здравоохранения;
- в ходе контроля выявляют дефекты в организации работы, их причины и разрабатывают мероприятия по их исключению.

2.8. Контроль качества медицинской помощи в медицинской организации осуществляется и путем ежедневного оперативного управления, а также в ходе проведения консультативной работы при ведении медицинской документации.

2.9. Экспертиза качества оказания медицинской помощи проводится по законченным случаям, по первичной медицинской документации, при необходимости проводится очная экспертиза.

2.10. Экспертному контролю обязательно подлежат следующие случаи:

- летальных исходов на дому лиц трудоспособного возраста;
- внутрибольничного инфицирования и осложнений, в т. ч. лекарственной терапии;
- закончившиеся выходом на инвалидность лиц трудоспособного возраста;
- повторной госпитализации по поводу одного и того же заболевания в течение 90 дней;
- превышающие длительность ориентировочных сроков на 50% и более, а также значительно короче этих сроков;
- несвоевременного представления больных на врачебную комиссию и медико - социальную экспертизу;
- с расхождением диагнозов;
- с запущенными формами онкологических заболеваний, туберкулеза;
- применение сильнодействующих препаратов и препаратов с высоким риском побочного действия;
- сопровождавшиеся жалобами пациентов или их родственников.

Все остальные случаи оказания медицинской помощи подбираются для экспертизы методом случайной выборки.

2.11. Население, в случае возникновения у них претензий к медицинской помощи, оказываемой в учреждении здравоохранения, должно быть информированным о возможности обращения в экспертную комиссию медицинского учреждения, а также экспертную комиссию, обеспечивающую контроль за деятельностью медицинского учреждения.

2.12. При оценке работы структурного подразделения МО, показатели качества и эффективности медицинской помощи дополняются критериями эффективности работы службы

2.13. При формировании и оценке системы контроля качества медицинской помощи в учреждении необходимо руководствоваться основными направлениями экспертизы качества медицинской помощи

2.14. Показатели качества и эффективности медицинской помощи могут быть использованы для дифференцированной оплаты труда медицинских работников в соответствии с действующими нормативно - правовыми актами.

3. Порядок проведения внутреннего контроля качества предоставления льготного лекарственного обеспечения в медицинской организации

3.1. Функции контроля за предоставлением льготного лекарственного обеспечения осуществляют должностные лица ГБУЗ «КУБ».

3.2. Лечащий врач организует своевременное и квалифицированное лечение пациента согласно технологии лечебно - диагностического процесса, при этом руководствуется действующими нормативными актами в разделе льготной лекарственной помощи всем категориям льготополучателей.

3.4. Заведующая амбулаторией - первый уровень:

- осуществляют предварительный контроль обоснованности выписки препаратов федеральным льготникам в 50% всех случаев;
- осуществляют контроль за предоставлением пациентам льготного лекарственного обеспечения в 100% при выписке дорогостоящих, в том числе по семи нозологиям, сильнодействующих, наркотических и ненаркотических анальгетиков больным, страдающим онкологическими заболеваниями;
- осуществляют контроль обоснованности выписки лекарственных средств не менее 2-х медицинских карт по каждой категории льготы (фед., регион., пенс.) от каждого врача отделения в месяц;
- результаты проверки обоснованности регистрируют в журналах по каждой категории льготы соответственно;
- результаты контроля за месяц по отделению оформляют протоколом первого уровня (приложение 18.1) и представляют ежемесячно на второй уровень контроля не позднее 5 числа.

3.5. Заведующие структурными подразделениями, заместитель главного врача по ЛР:

- осуществляет предварительный контроль обоснованности выписки препаратов федеральным льготникам в 50% всех случаев на первом уровне для узких специалистов;
- осуществляет контроль обоснованности выписанных препаратов федеральным льготникам в 30% всех случаев для узких специалистов не менее 10 экспертиз в месяц (по 5 экспертиз по каждой категории льготы и 5 экспертиз выборочного контроля, в том числе по обращению пациентов);
- осуществляет еженедельный контроль отсроченного обеспечения (анализ реестров выписанных рецептов, анализ соответствия заявки и выписки льготных препаратов.
- результаты проверки обоснованности регистрирует в журналах по каждой категории льготы соответственно;
- результаты контроля за месяц по службам оформляет протоколом первого уровня (приложение 5) и представляет ежемесячно на третий уровень контроля, а результаты третьего уровня представляется главному врачу не позднее 15 числа.

3.6. Врачебная комиссия проводит не менее 30 экспертиз в квартал (по 10 экспертиз каждой категории льготы) и выборочный контроль любого случая предоставления ЛЛО:

- результаты проверки обоснованности регистрирует в журнале контроля;
- результаты контроля по учреждению оформляет протоколом третьего уровня (приложение 6) и представляют ежеквартально главному врачу не позднее 15 числа.

4. Порядок проведения внутреннего контроля качества проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан.

4.1. Заведующая амбулаторией:

- осуществляют контроль качества проведения дополнительной диспансеризации: заполнение медицинской документации (учетной формы №025/у-04 «Медицинская карта амбулаторного больного», «учетная форма №025/у-ПЗ «Паспорт здоровья», учетная форма №131/у-ДД-10 «Карта учета дополнительной диспансеризации работающего гражданина») на первом уровне в 100% случаях от всего количества осмотренных с отметкой медицинской карте амбулаторного больного с указанием должности и личной подписи;
- результаты контроля вносят в Журнал контроля качества проведения дополнительной диспансеризации первого уровня;
- предоставляют протокол первого уровня с выявленными замечаниям до 25 числа текущего месяца главному врачу.
- контроль качества заполнения учетной документации (медицинской карты амбулаторного больного, карты учета дополнительной диспансеризации работающих граждан, журнал учета выданных паспортов здоровья, журналы регистрации обследований граждан;
- полнота набора осмотров врачей специалистов и обследований, соответствие стандартам осмотров;
- соответствие данных, внесенных в медицинскую карту остальным учетным документам (даты осмотров, обследований, данные врачей, диагнозы, результаты, группы здоровья, рекомендации и т. д.);
- результаты контроля вносят в Журнал контроля качества проведения дополнительной диспансеризации третьего уровня;
- предоставляют протокол третьего уровня с выявленными замечаниям до первого числа месяца главному врачу.