



Практика внедрения и реализации внутреннего контроля
качества и безопасности медицинской деятельности
в ГАУЗ «ООКБ№2»

зам. главного врача по КЭР, к.м.н. Редина О.С.



Структура ГАУЗ «ООКБ №2»

Медицинская организация включает в себя 61 подразделение, в том числе:

- ✓ **Круглосуточный стационар на 740 коек**
- ✓ **Дневной стационар на 38 коек**
- ✓ **Амбулаторная служба на 802 посещения в смену**



В составе МО функционируют:

- ✓ **Областной перинатальный центр**
- ✓ **Областной детский аллергологический центр**
- ✓ **Областной центр профессиональной патологии**
- ✓ **Областной пульмонологический центр**
- ✓ **Областной центр эндокринной хирургии**
- ✓ **Областной центр колопроктологии**
- ✓ **Областной центр хронической сердечной недостаточности**



Амбулаторно-поликлинические подразделения ГАУЗ ООКБ №2

- ✓ Поликлиника
- ✓ Терапевтическое отделение поликлиники
- ✓ Центр профессиональной патологии (амбулаторный прием)
- ✓ Медико-генетическая консультация
- ✓ Консультативно-диагностическое отделение (акушерство и гинекология)
- ✓ Отделение охраны репродуктивного здоровья
- ✓ Женская консультация
- ✓ Детский аллергоцентр (амбулаторный прием)
- ✓ Отделение охраны репродуктивного здоровья детей и подростков
- ✓ Кабинет катамнеза



Списочный состав работников МО

Всего **1664** человек

Врачей – 374 чел.,
провизоров – 7 чел.

Ср. мед. персонал – 685 чел.,
фармацевтов – 5 чел.

Младший мед. персонал – 47 чел.
Прочие – 522 чел.



Количество изданных нормативных актов

- Было издано:
- 62 алгоритма
- 98 СОПов
- 80 чек-листов
- Внедрены чек –листы (критерии качества специализированной помощи) из приказа МЗ РФ от 10.05.2017 г. 203н - для нашей МО – 118



Нормативная база для создания приказа по организации внутреннего контроля и качества и безопасности медицинской деятельности

Издан приказ главного врача от 07.11.2019 г. «О порядке создания и организации системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ГАУЗ «ООКБ №2».

При издании приказа были использованы:

1. Федеральный закон №323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан».
2. Федеральный закон №326 – ФЗ от 29.11.2010 г. «Об обязательном медицинском страховании в РФ».
3. Федеральные законы №38 –ФЗ от 30.03.1995 г. , №77-ФЗ от 18.06.2001 г.
4. Приказ Минздрава РФ от 07.06.2019 г. №381 Н «об утверждении требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности
5. Предложения (практические рекомендации) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (стационаре) (утвержденные федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения. Москва, 2015 г.).
6. Предложения (практические рекомендации) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (поликлинике) (утвержденные федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения).
7. Приказ МЗ РФ от 10.05.2017 г. №203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»

и др.



СОСТАВ КОМИССИИ ПО КОНТРОЛЮ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДДЕЯТЕЛЬНОСТИ

-
- Председатель комиссии – зам. главного врача по медицинской части
 - Члены комиссии:
 - зам. главного врача (по КЭР, по акушерско-гинекологической помощи, по детству),
 - зав. поликлиникой,
 - зав. аптекой,
 - главная медицинская сестра,
 - зав. организационно-методическим отделом,
 - зав. эпидемиологическим отделом,
 - начальник отдела кадров,
 - инженер по охране труда,
 - инженер по медицинской технике,
 - начальник хозяйственного отдела,
 - начальник отдела АСУ.



Росздравнадзора при внедрении 38 критериев оценки качества (журнал «Здравоохранение», №10, октябрь 2019 г.).

Критерий из пункта 17 приказа Минздрава (формулировка сокращена)	Раздел практических рекомендаций Росздравнадзора по организации внутреннего контроля качества
1. Наличие нормативных правовых актов, регламентирующих вопросы организации меддеятельности	Раздел 2.7 рекомендаций для стационара «Преемственность медицинской помощи. Передача клинической ответственности за пациента в рамках одной МО и трансфер в другие МО» Раздел 2.9 рекомендаций для поликлиник
2. обеспечение оказания медпомощи в соответствии с порядками, с учетом стандартов, на основе клинических рекомендаций	Раздел 2.11 рекомендаций для стационара «Организация оказания медпомощи на основе данных доказательной медицины. Соответствие клиническим рекомендациям (протоколам лечения). Раздел 2.15 рекомендаций для поликлиник
3. Обеспечение взаимодействия МО с медорганизациями, оказывающими скорую специализированную медпомощь, центрами медицины катастроф	Раздел 2.7 рекомендаций для стационара «Преемственность медицинской помощи. Передача клинической ответственности за пациента. Организация перевода пациентов в рамках одной МО и в другие МО» Раздел 2.9 рекомендаций для поликлиник



продолжение

<p>4. Соблюдение безопасных условий при транспортировке пациента (в пределах медицинской организации и (или) переводе в другую медицинскую организацию)</p>	<p>Раздел 2.7 рекомендаций для стационара «Преемственность медицинской помощи. Передача клинической ответственности за пациента. Организация перевода пациентов в рамках одной МО и в другие МО» Раздел 2.9 рекомендаций для поликлиник</p>
<p>7. наличие локальных нормативных актов, регламентирующих работу приемного отделения медицинской организации, в том числе при оказании медицинской помощи в экстренной форме (с учетом особенностей деятельности структурных подразделений);</p>	<p>Раздел 2.6 рекомендаций для стационара «Организация экстренной и неотложной помощи в стационаре. Организация работы приемного отделения» Раздел 2.5 рекомендаций для поликлиник</p>
<p>18. Осуществление мероприятий по обеспечению эпидемиологической безопасности</p>	<p>Раздел 2.3 рекомендаций для стационара «Эпидемиологическая безопасность (профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП))». Раздел 2.10 рекомендаций для поликлиник</p>



продолжение

<p>32 Проведение информирования граждан в доступной форме, в том числе с использованием сети "Интернет",</p>	<p>Раздел 2.3 рекомендаций для поликлиник «Организация работы регистратуры»</p>
<p>37. Осуществление мероприятий по обеспечению профессиональной подготовки, переподготовки и повышения квалификации медицинских работников</p>	<p>Раздел 2.1 рекомендаций для стационара «Управление персоналом. Медицинские кадры. Компетентность и компетенции» Раздел 2.1 рекомендаций для поликлиник</p>
<p>38. Обеспечение доступа работников к информации, содержащей клинические рекомендации, порядки, стандарты медпомощи, а также информирование работников МО о новых документах</p>	<p>Раздел 2.11 рекомендаций для стационара «Организация оказания медпомощи на основе данных доказательной медицины. Соответствие клиническим рекомендациям (протоколам лечения). Раздел 2.15 рекомендаций для поликлиник</p>



приказ главного врача от 07.11.2019 г. «О порядке создания и организации системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ГАУЗ «ООКБ №2».

1. Содержит 38 критериев (в соответствии с приказом 381н).

Выдержки из приказа:

№ критерия	Показатель	Расшифровка показателя	Оценка	Частота аудита	исполнитель
2	обеспечение оказания медицинской помощи в МО в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций	Наличие клинических рекомендаций (протоколов лечения) во всех подразделениях МО в соответствии с профилем подразделений	Проверить наличие клинических рекомендаций (протоколов лечения) в каждом подразделении МО в полном объеме (все опубликованные, включая за последний полный месяц, предшествующий аудиту) в соответствии с профилем подразделения	1 раз в квартал	Зам. главного врача
			Оценить доступность клинических рекомендаций для персонала, проверить наличие их в печатном виде, или электронной базы данных, или круглосуточного доступа в интернет. Попросить не менее 3-х сотрудников в каждом подразделении продемонстрировать клинические рекомендации		
			Оценить знания персоналом клинических рекомендаций, опросить не менее 3 сотрудников в каждом подразделении на предмет знаний рекомендаций отобранным случайным способом в соответствии с профилем подразделения		
			Оценить соответствие ведения пациентов клиническим рекомендациям, проверить не менее 30 ИБ и АК, отобранных методом случайной выборки, включая пролеченных пациентов в течение последнего месяца, предшествующего аудиту		



Критерий №4

соблюдение безопасных условий при транспортировке пациента (в пределах медицинской организации и (или) переводе в другую медицинскую организацию);	Наличие алгоритмов транспортировки разных категорий пациентов, включая показания для перевода на каталке, кресле, пешком в сопровождении медицинского работника	Проверить наличие алгоритмов транспортировки различных категорий пациентов	1 раз в квартал	
	Наличие исправных каталок/кроватей с ограничителями, кресел в количестве, соответствующем расчетному	Оценить знания алгоритмов транспортировки различных категорий пациентов, опросить не менее 5-ти сотрудников из различных подразделений		
		Оценить исполнение алгоритмов транспортировки пациентов методом прямого наблюдения, например, из приемного отделения		
		Проверить наличие исправных каталок/кроватей с ограничителями, кресел в количестве, соответствующем расчетному во всех подразделениях МО		



Критерий №7

наличие локальных нормативных актов, регламентирующих работу приемного отделения медицинской организации, в том числе при оказании медицинской помощи в экстренной форме (с учетом особенностей деятельности структурных подразделений);	Наличие приказов главного врача по организации работы приемного отделения и оказания экстренной помощи в МО Наличие ответственных по организации работы приемного отделения и оказания экстренной помощи в МО Наличие рабочей группы по разработке и регулярному обновлению алгоритмов МО по нозологиям, организации работы приемного отделения, экстренной помощи	Проверить наличие приказов главного врача:	1 раз в квартал	
		Организация работы приемного отделения, включая положение об ответственных		
		Организация оказания экстренной помощи в МО, включая положение об ответственных		
		Организация работы вспомогательных служб (лаборатории, диагностических отделений)		
		Порядок госпитализации, включая показания/условия/состояние пациента в отделения МО, в том числе в и из АРО, ОРИТ, ПИТ		
		Порядок отказа в госпитализации		
		Порядок перевода в другие МО		
		Порядок сортировки пациентов		



Критерий 37

осуществление мероприятий по обеспечению профессиональной подготовки, переподготовки и повышения квалификации медицинских работников в соответствии с трудовым законодательством РФ, а также по формированию системы оценки деятельности и развитию кадрового потенциала работников медицинской организации	Наличие системы непрерывного обучения и развития персонала	Оценить систему непрерывного профессионального образования	1 раз в квартал
	Наличие программы наставничества	Оценить программу наставничества, проверить наличие плана, ответственных, опросить не менее 5-и сотрудников на предмет участия в подобной программе	
	Наличие программы обучения на рабочем месте в других МО	Наличие программы обучения сотрудников на рабочем месте в других МО, участие в циклах повышения квалификации и переподготовки, наличие и исполнение плана обучения сотрудников на текущий период.	
	Участие сотрудников в научно-практических конференциях, семинарах, подготовке обзоров, статей, проведении научных исследований	Оценить участие сотрудников в научно-практических мероприятиях, включая участие в качестве докладчиков, организаторов за последний год. Проверить наличие списка опубликованных статей в специализированных журналах, включая международные.	
	Наличие симуляционного центра в МО	Посетить симуляционный центр, оценить оснащение симуляторами в соответствии с заявленными задачами и профилем МО, проверить наличие и исполнение плана тренингов, журналы обучения с результатами тестирования	
	Квалификация сотрудников	Оценить квалификацию сотрудников (распределение по квалификационным категориям), отдельно по подразделениям, врачебному и сестринскому персоналу	
	Возрастной состав сотрудников, доля сотрудников предпенсионного и пенсионного возраста	Оценить возрастной состав сотрудников, определив доли сотрудников предпенсионного и пенсионного возраста, молодых сотрудников (до 3-х лет стажа)	



Критерий 38

обеспечение доступа работников медицинской организации к информации, содержащей клинические рекомендации, порядки оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи, а также осуществление мероприятий по информированию работников медицинской организации об опубликовании новых клинических рекомендаций, порядков оказания медицинской помощи и их пересмотре	Наличие клинических рекомендаций (протоколов лечения) во всех подразделениях МО в соответствии с профилем подразделений)	Проверить наличие клинических рекомендаций (протоколов лечения) в каждом подразделении МО в полном объеме (все опубликованные, включая за последний полный месяц, предшествующий аудиту) в соответствии с профилем подразделения	1 раз в кварт ал	
	Наличие у персонала доступа 24/7/365 ко всем клиническим рекомендациям в соответствии с профилем оказываемой медицинской помощи	Наличие у персонала доступа 24/7/365 ко всем клиническим рекомендациям в соответствии с профилем оказываемой медицинской помощи		
	Наличие системы обновления информации о клинических рекомендациях (протоколов лечения), в соответствии с профилем оказываемой помощи Наличие системы регулярного информирования персонала об изменениях в клинических рекомендациях	Наличие ответственного/ответственных за обновление информации, указать ФИО, должность, опросить ответственных на предмет оценки эффективности работы (знаний последних изменений, опубликованных в течение последнего полного месяца, предшествовавшего аудиту)		
		Оценить систему информирования персонала, проверить наличие протоколов конференций, совещаний, опросить не менее 5 сотрудников на предмет подтверждения информирования (конференции, собрания и т.д.)		
	Соответствие лечебно-диагностического процесса клиническим рекомендациям	Оценить знания персонала клинических рекомендаций, опросить не менее 2 сотрудников (врача и среднего медицинского работника) в каждом подразделении на предмет знаний рекомендаций отобранном случайным способом в соответствии с профилем подразделения		
	Оценить соответствие ведения пациентов клиническим рекомендациям, проверить не менее 10 ИБ и 10 АК, в каждом подразделении МО, отобранных методом случайной выборки, включая выписанных пациентов в течение последнего месяца, предшествующего аудиту			



ОРЕНБУРГСКАЯ
ОБЛАСТНАЯ
КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА №2

Плана аудита внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности главной медсестры на 1 квартал 2020 г. – содержит 13 пунктов

№	Критерий качества	Метод измерения	Единица измерения	Кратность проверок	Количество точек	Ответственные	Отметка о выполнении
1	Санитарно-гигиенический и противоэпидемический режимы	Чек-лист	% соответствия	Ежедневно	Все отделения	Старшие м/с	
		Чек-лист	% соответствия	Ежемесячно	Все отделения	Глав. м/с Совет сестер	
		Чек-лист на конкретную манипуляцию	% соответствия	Ежемесячно	Все отделения	Глав. м/с Совет сестер	
		Акт проверки	Нарушения, зарегистрированные в конкретных журналах	Ежеквартально	Отделения с выявленными замечаниями или неблагоприятной эпид. обстановкой	Глав. м/с эпидемиолог	
2	Гигиена рук	Чек-лист	% соответствия	Ежедневно	Все отделения	Старшие м/с	
		Чек-лист	% соответствия	Ежемесячно	Все отделения	Главная м/с Старшие м/с Совет сестер	



Продолжение

№	Критерий качества	Метод измерения	Единица измерения	Кратность проверок	Количество точек	Ответственные	Отметка о выполнении
3	Соблюдение технологий выполнения медицинских вмешательств и сестринского ухода	Чек-лист к СОП	% соответствия	Ежедневно	Все отделения	Ст. медсестры	
		Чек-лист к СОП Медицинская документация	% соответствия	Ежемесячно	Все отделения	Глав. м/с Совет сестер	
4	Идентификация пациента	Чек-лист	% соответствия	Ежедневно	Все отделения	Главная м/с Старшие м/с Совет сестер	
5	Профилактика пролежней	Чек-лист к СОП	% соответствия	Ежедневно	Стационарные отделения	Ст. медсестры	
		Чек-лист к СОП Медицинская документация Тесты	% соответствия	Ежеквартально	Стационарные отделения	Глав. м/с Совет сестер	



продолжение

6	Профилактика профессионального заражения	Чек-лист применения СИЗ	% соответствия	ежеквартально	Все отделения	Гл. медсестра Совет медсестер	
		Чек лист действия медперсонала в аварийной ситуации	% соответствия	Ежеквартально	Все отделения	Гл. медсестра Совет медсестер	
		Регистрация случаев аварийных ситуаций	Количество Случаев	Ежедневно	Каждый случай	Гл. медсестра Сан-эпид. отдел	
7	Хранение, выдача. Списание, применение лекарственных препаратов	Чек-лист	% соответствия	Ежедневно	Все отделения	Ст. медсестры	
		Чек-лист Медицинская документация	% соответствия	Ежеквартально	Все отделения	Глав. м/с Совет сестер Зав. аптекой	



План аудита внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности на I квартал 2020 г. зам. главного врача по КЭР

Наименование мероприятия	отделение	Период проверки	Отметка о выполнении
Проверить наличие стандартов, клинических рекомендаций, протоколов лечения, включая опубликованные за декабрь 19 г.	Кардиология	Январь	
Опросить всех врачей отделения на знание стандартов, клинических рекомендаций, протоколов лечения, отобранных случайным способом	Кардиология	январь	
Оценить соответствие ведения пациентов клиническим рекомендациям, проверить не менее 30 историй болезни, отобранных методом случайной выборки, выписанных из отделения в декабре 2019 г. и январе 2020 г.	Кардиология	Январь	

Отчет об экспертизе качества стац. МП I уровня за 2019г.

№	отделение	Кол-во экспертиз	Кол-во дефект.мед.карт		Кол-во дефектов
			абс.	%	
1	Кардиология	1359	549	40,4	613
2	Пульмонология	1724	538	31,2	746
3	Аллергология	404	32	7,9	36
4	Профпатология	696	515	74,0	515
5	Эндокринология	1144	337	29,5	524
6	Неврология	1248	255	20,4	299
7	Детская аллергология	722	216	29,9	226
8	Детская пульмонология	563	125	22,2	187
9	Хирургия	642	94	14,6	95
10	Рентгенхирургия	1468	343	23,4	343
11	Торакальная хирургия	581	63	10,8	63
12	Колопроктология	2797	357	12,8	437

**Отчет об экспертизе качества стац. МП I уровня за 2019г.
(продолжение)**

№	отделение	Кол-во экспертиз	Кол-во дефект.мед.карт		Кол-во дефектов
			абс.	%	
13	Гинекология	4862	1246	25,6	1279
14	Родовое	1735	514	29,6	604
15	Акушерское	3580	1090	30,4	1171
16	Патологии беременности	733	277	37,8	284
17	Отделение для новорожденных	5175	171	3,3	171
18	Патология новорожденных	880	610	69,3	961
19	ОРИТН	264	34	12,9	44
	ИТОГО	31917	7450	23,3	8680

**Отчет о проведенной экспертизе качества стационарной медицинской помощи
I уровня за 2018-2019 годы.**

показатель	2018	2019
Общее количество проведенных экспертиз	28411	31917
Из них: плановая экспертиза	27126	30479
 обязательный экспертный случай	1285	1438
Количество медицинских карт с выявленными дефектами МП	7160	7450
% медицинских карт с выявленными дефектами МП	25,2%	23,3%
Количество дефектов медицинской помощи	8928	8680
Коэффициент качества	0,97	0,98

**Отчет об экспертизе качества амбулаторной МП I уровня
за 2019 г.**

отделение	Кол-во экспертиз	Кол-во дефект. мед.карт		Кол-во дефектов	Коэффициент качества
		абс.	%		
Поликлиника	851	440	51,7	536	0,98
Участковая служба	605	284	46,9	582	0,94
Женская консультация	630	288	45,7	288	0,92
Медико-генетическая консультация	624	18	2,9	58	0,99
Клинико-диагностическое отделение	600	65	10,8	61	0,98
ОЦПП	616	333	54,1	373	0,96
ООРЗ	600	277	46,2	316	0,95
ИТОГО	4526	1705	37,7	2214	0,95

Отчет о проведенной экспертизе качества медицинской помощи II уровня за 2018-2019 гг.

показатель	2018	2019
Общее количество проведенных экспертиз	961	1375
Из них: плановая экспертиза	756	1023
 обязательный экспертный случай	205	352
Количество медицинских карт с выявленными дефектами МП	334	579
% медицинских карт с выявленными дефектами МП	41,1	34,8
Количество дефектов медицинской помощи	565	876

Экспертизы страховых компаний и ФОМС 2018г.

Было обработано 6297 экспертиз страховых компаний, из них:

- 2279 экспертиз качества медицинской помощи,
- 4018 медико-экономических экспертиз.

Выявлено 422 дефектных случаев медицинской помощи, что составляет 6,7% от всех проведенных экспертиз

2019 г.

Было проведено 5486 экспертиз страховых компаний, из них:

- 1892 экспертиз качества медицинской помощи,
- 3594 медико-экономических экспертиз.

Выявлено 272 дефектных случаев медицинской помощи, что составляет 5,0% от всех проведенных экспертиз



**ОРЕНБУРГСКАЯ
ОБЛАСТНАЯ
КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА №2**

**СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ!**