

«Утверждаю»

Главный врач ГБУЗ РК  
«Симферопольское отделение здравоохранения  
«Симферопольский клинический  
родильного дома № 1»  
Д.А. Беглицэ



## ТИПОВОЙ ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ №1

### Общие требования к правовому регулированию внутреннего контроля.

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

Согласно ст. 90 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется в порядке, установленном руководителем медицинской организации и требований Приказа Министерства здравоохранения РФ от 7 июня 2019 г. № 381н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности»

Основным локальным правовым актом, на основании которого проводится внутренний контроль в медицинском учреждении является Приказ о проведении внутреннего контроля, утвержденный главным врачом ГБУЗ РК «Симферопольский КРД № 1» с учетом специфики деятельности, структуры, штатного расписания и который должен содержать в себе:

- положение о внутреннем контроле, в котором отражены цель, предмет, объект, задачи, объемы внутреннего контроля, случаи проведения, порядок регистрации результатов, порядок анализа, порядок принятия мер реагирования;
- схему организации внутреннего контроля, в которой содержится порядок организации внутреннего контроля между уровнями контроля. Также должны прилагаться следующие документы: карта внутреннего контроля качества медицинской помощи, мониторинг оценки качества медицинской помощи в отделении, журнал внутреннего контроля качества медицинской помощи, карта контроля соблюдения безопасных условий, требований по безопасному

применению и эксплуатации медицинских изделий, акт экспертизы диагностических служб (приложения);

- положение о врачебной комиссии и подкомиссиях. Положение разработанное на основе приказа Минздрава России от 05.05.2012 № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации»;

- порядок рассмотрения обращений граждан с приложением форм: журнал обращений граждан, журнал личного приема руководителя (приложение);

- положение о проведении анкетирования с приложением формы анкеты пациента, разработанной с учетом вида оказываемой медицинской помощи;

- формы отчетности в профильный отдел вышестоящего органа, в частности: «Мониторинг оценки качества медицинской помощи в медицинской организации», «Сводный отчет по работе с обращениями граждан», «Сводный отчет о результатах анкетирования».

### **Общие требования к организации проведения**

#### **внутреннего контроля.**

При проведении внутреннего контроля ответственные за проведение контроля руководствуются стандартами медицинской помощи, протоколами ведения больных, другими нормативными правовыми документами, клиническими рекомендациями, формулярными статьями и другими источниками доказательной медицинской практики.

Внутренний контроль осуществляется на четырех уровнях:

- первый уровень контроля осуществляет заведующий структурного подразделения, проводится ежемесячно;
- второй уровень контроля осуществляет заместитель главного врача, предлагается возложить на заместителя по медицинской части;
- третий уровень контроля осуществляет врачебная комиссия учреждения (далее – врачебная комиссия).
- четвертый уровень осуществляет уполномоченное лицо по качеству и безопасности медицинской деятельности (заместителя главного врача по клинико-экспертной работе).

На первом уровне внутреннего контроля проводится оценка конкретных случаев оказания медицинской помощи.

На втором уровне внутренний контроль осуществляется в разрезе структурных подразделений (отделений) и медицинского учреждения в целом путем проведения внутреннего контроля случаев оказания медицинской помощи

первого уровня, оценки конкретных случаев оказания медицинской помощи (осмотр пациента, оценка тактики его ведения, др.).

На третьем уровне проводится внутренний контроль наиболее сложных и конфликтных ситуаций, требующих комиссионного рассмотрения, вырабатывается и принимается решение по дальнейшей тактике ведения пациента, о профессиональном, должностном соответствии медицинских работников и другим вопросам.

На втором и третьем и четвертом уровнях внутренний контроль может проводиться по совокупности случаев оказания медицинской помощи, отобранных по тематическому признаку, др.

Руководитель (заведующий) структурного подразделения (отделения) в течение месяца осуществляет внутренний контроль путем оценки конкретных случаев оказания медицинской помощи.

Результаты контроля качества на первом уровне фиксируются в «Карте внутреннего контроля качества медицинской помощи» (далее - Карта) (приложение № 6) в соответствующем столбце (столбец «Зав. отд.»).

По результату проверенных Карт по итогу месяца составляется «Мониторинг оценки качества медицинской помощи в отделении» (приложение №6.1.).

Выявленные недостатки в оказании медицинской помощи анализируются и докладываются с предложениями в виде служебных записок заместителю руководителя учреждения, осуществляющего второй уровень контроля, для принятия управленческого решения.

В целях повышения эффективности контрольных мероприятий и своевременного устранения причин дефектов медицинской помощи проведение внутреннего контроля на первом уровне осуществляется в текущем режиме (не реже, чем 1 раз в неделю).

Заместитель руководителя учреждения (главного врача) по КЭР осуществляет внутренний контроль на втором уровне контроля в соответствии с приказом руководителя и должностной инструкцией.

Заместитель руководителя осуществляет внутренний контроль в разрезе структурных подразделений (отделений) и учреждения в целом путем проведения контроля качества случаев оказания медицинской помощи первого уровня, оценки конкретных случаев оказания медицинской помощи (осмотр пациента, оценка тактики его ведения, др.) с заполнением Карты в соответствующем столбце (столбец «Зам. гл. вр.»),

Заместитель руководителя учреждения проводит контроль заполненных Карт с оформлением результатов в «Журнале внутреннего контроля качества медицинской помощи» (далее - Журнал) в соответствии с прилагаемой инструкцией.

Журналы хранятся в учреждении не менее 3 лет.

Внутренний контроль проводится по медицинской документации (медицинской карте амбулаторного больного, иной медицинской документации, содержащей информацию о медицинской помощи, оказанной в конкретном проверяемом случае) с учетом критериев, указанных в приказе Министерства здравоохранения Российской Федерации № 422ан «Об утверждении критериев качества медицинской помощи».

Внутренний контроль 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

Врачебная комиссия осуществляет внутренний контроль на третьем уровне. Врачебной комиссией (подкомиссией) медицинского учреждения в обязательном порядке проводится внутренний контроль случаев оказания медицинской помощи, сопровождающихся жалобами граждан или их законных представителей на доступность и качество медицинской помощи.

Решения врачебной комиссии оформляются протоколами и хранятся не менее 10 лет.

Для учета решений Врачебной комиссии в медицинском учреждении ведется «Журнал клинико-экспертной работы лечебно-профилактического учреждения» по установленной форме.

Уполномоченное лицо по качеству и безопасности медицинской деятельности проводит внутренний контроль не реже 1 раза в квартал с фиксацией результатов в форме отчета каждые полгода и по результатам работы за год.

Результаты внутреннего контроля соблюдения безопасных условий труда, требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий и их утилизации (уничтожению) фиксируются в «Карте контроля соблюдения безопасных условий труда, требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий» (приложение №7).

#### **Ограничения при проведении внутреннего контроля.**

Внутренний контроль осуществляется работниками, назначенными

приказами руководителя учреждения, ответственными за проведение внутреннего контроля (далее - ответственные за проведение контроля).

Медицинским учреждением обеспечивается прохождение работниками, осуществляющими проведение внутреннего контроля, обучения в рамках программ дополнительного профессионального образования, включающих вопросы обеспечения, управления, контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Организация и проведение внутреннего контроля осуществляется в рамках должностных регламентов сотрудников за счет финансовых средств медицинского учреждения.

Внутренний контроль не может проводиться ответственными за проведение контроля в случаях, когда медицинская помощь оказывалась самими ответственными за проведение контроля.

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

Заместитель руководителя учреждения (главного врача), выполняющий второй уровень внутреннего контроля, не может быть председателем врачебной комиссии.

В необходимых случаях для проведения внутреннего контроля могут привлекаться (по согласованию) в качестве экспертов работники медицинских высших учебных заведений, работники медицинских научно-исследовательских институтов, а также работники других учреждений (организаций) здравоохранения.

### Действия ответственных лиц за внутренний контроль

#### при выявлении дефектов

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

Ответственными за проведение контроля по результатам внутреннего контроля 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 руководителя учреждения.

Учет результатов проведенного внутреннего контроля осуществляется в учреждении в форме отчетов ежемесячно для первого уровня (заполняется «Мониторинг оценки качества медицинской помощи в отделении»), ежеквартально для второго уровня (заполняется «Журнал внутреннего контроля медицинской помощи») и по итогам прошедшего года в целом по учреждению заполняется «Отчет о проведенном внутреннем контроле за год», который должен содержать:

- отчетный период;
- объемы проведенного внутреннего контроля;
- 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 в процентах от установленных минимальных объемов.
- результаты проведенного внутреннего контроля;
- 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): дефекты сбора жалоб или анамнеза; дефекты диагностических мероприятий; дефекты оформления диагноза; дефекты лечебных мероприятий; дефекты профилактических мероприятий; дефекты медицинской экспертизы или медицинского освидетельствования; дефекты оформления медицинской документации;
- краткие сведения о мерах, принятых ответственным за проведение контроля по итогам проведенного внутреннего контроля;
- предложения по итогам проведенного внутреннего контроля для руководителя учреждения;
- Ф. И. О., должность, подпись ответственного за проведение внутреннего контроля.

Отчеты о проведенном внутреннем контроле предоставляются главному врачу.

До сведения медицинских работников учреждения отчеты о проведенном внутреннем контроле по учреждению в целом доводятся не реже, чем 1 раз в

квартал.

Отчеты о проведенном внутреннем контроле по итогам прошедшего года хранятся в учреждении не менее 3 лет.

По результатам проведенного внутреннего контроля в учреждении 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 - назначение стимулирующих выплат медицинским работникам;
- мероприятия по совершенствованию материально-технической базы, информатизации учреждения;
- мероприятия по улучшению кадрового потенциала

Данные мероприятия оформляются в План мероприятий по управлению качеством медицинской помощи.

Контроль за реализацией принятых управленческих решений по результатам внутреннего контроля осуществляется главным врачом.