МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ
«МОСКОВСКИЙ ОБЛАСТНОЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ»
ГБУЗ МО МОНИИАГ

П Р И К А З

МОСКВА

30. X. 2018 № 125

«О порядке внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ МО МОНИИАГ»

В соответствии с Федеральным законом от 22 ноября 2011 № 323-ФЗ «Об Основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», постановлением Правительства РФ от 12.11.2012 №1152 «Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности», приказом Минздрав РФ от 05.05.2012 № 502н «Об утверждении Порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации», приказом Минздрава РФ от 21.12.2012 № 1340н «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля качества медицинской деятельности», приказом Минздрава РФ от 28.11. 2014 № 787н «Об утверждении показателей, характеризующих общие критерии оценки качества оказания услуг медицинскими организациями», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.05.2017г. №203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи», приказом МЗ РФ и Росздравнадзора № 10450 от 20.12.2017. «Об утверждении форм проверочных листов государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

1.1 «Положение о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ МО МОНИИАГ (приложение 1).

1.2 Список должностных лиц ГБУЗ МО МОНИИАГ, ответственных за 1,2,3 уровни внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (приложение 2).

1.3 Учётную форму «Карта экспертной оценки качества медицинской помощи» (приложение 3)

1.4 Учётную форму «Журнал учёта внутреннего контроля качества медицинской помощи руководителем отделения ГБУЗ МО МОНИИАГ» (приложение 4)

2. Руководителям отделений:

2.1 Организовать внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности в отделениях в соответствии с настоящим приказом.

2.2 Оформлять форму «Результаты внутреннего контроля качества медицинской помощи» и предоставлять главному врачу и не позднее 5 числа каждого месяца.

2.3 При выявлении дефектов в лечебно-диагностическом процессе, некачественного оказания медицинской помощи, организационных нарушений и др. принимать незамедлительные меры к устранению выявленных недостатков.

2.4 Возложить на руководителей отделениями персональную ответственность за работу в ЛКК.

3. Главному врачу Капустиной М.В.

3.1 Организовать внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ МО МОНИИАГ в соответствии с настоящим приказом на всех уровнях внутриведомственного контроля.

3.2 Ежемесячно до 10 числа предоставлять мне учётную форму «Результаты внутреннего контроля качества оказания медицинской помощи в ГБУЗ МО МОНИИАГ»

3.3 Обеспечить взаимодействие со страховыми медицинскими организациями и территориальным Фондом ОМС, рассматривать их иски и претензии, в случае несогласия с претензиями составлять «Акт разногласий».

4. Контроль исполнения приказа оставляю за собой.

Директор
ГБУЗ МО МОНИИАГ В.А. Петрухин

Приложение 1
к приказу ГБУЗ МО МОНИИАГ
от «___» _____ 2018 г. №_____

ПОЛОЖЕНИЕ
о внутреннем контроле качества и безопасности
медицинской деятельности в ГБУЗ МО МОНИИАГ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.

1.1. Целью внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (далее – контроля качества медицинской помощи) является обеспечение прав граждан на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества в ГБУЗ МО МОНИИАГ на основе порядков, стандартов медицинской помощи, а так же требований, предъявляемых к медицинской помощи в медицинской практике, с учетом современного уровня развития медицинской науки и медицинских технологий.

1.2. Задачами 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 контроля качества медицинской помощи;

– оценка выводов о качестве медицинской помощи, сделанных на нижестоящих уровнях контроля;

– оценка оптимальности использования кадровых и материально-технических ресурсов;

– оценка организационных технологий оказания медицинской помощи;

– изучение удовлетворенности граждан оказанной медицинской помощью;

– анализ данных, полученных при проведении мониторинга показателей качества медицинской помощи;

– подготовка уполномоченными лицами предложений для директора и главного врача ГБУЗ МО МОНИИАГ, направленных на устранение причин возникновения дефектов медицинской помощи, повышение качества и эффективности оказываемой медицинской помощи.

1.3. По итогам проведенного контроля качества медицинской помощи разрабатываются и реализуются мероприятия по управлению качеством медицинской помощи:

– принятие главным врачом управленческих решений, направленных на устранение причин возникновения дефектов медицинской помощи, повышение качества и эффективности оказываемой медицинской помощи, совершенствование организационных технологий оказания медицинской помощи;

– осуществление контроля за реализацией принятых управленческих решений или выполнением плана мероприятий.

1.4. Основные термины и определения, используемые при организации и проведении контроля качества медицинской помощи:

контроль качества медицинской помощи — определение соответствия оказанной медицинской помощи, установленным на данный период стандартам и современному уровню медицинской науки и технологий с учетом объективно имеющихся потребностей отдельных пациентов;

стандарт — нормативный документ, разработанный и утвержденный уполномоченным органом, в котором устанавливаются для всеобщего и многократного использования правила, общие принципы или характеристики, касающиеся различных видов деятельности или их результатов и который направлен на достижение оптимальной степени упорядочения в определенной области;

доказательная медицинская практика (Evidence-basedmedicine; медицина, основанная на доказательствах) – подход к медицинской практике, при котором решения о применении профилактических, диагностических и лечебных мероприятий принимаются исходя из

имеющихся доказательств их эффективности и безопасности, а такие доказательства подвергаются поиску, сравнению, обобщению и широкому распространению для использования в интересах больных;

дефекты медицинской помощи — действия или бездействие медицинского персонала, являющиеся несоответствием медицинской помощи (медицинской услуги) обязательным требованиям, предусмотренным законодательством; нарушением требований безопасности медицинской услуги; несоответствием медицинской помощи (услуги) целям, для которых данная медицинская помощь (услуга) обычно оказывается, выразившимся в причинении вреда жизни и здоровью пациентов; неоптимальным выбором технологии оказания медицинских услуг; нарушением правил оформления медицинской документации;

ятрогении (ятрогенные осложнения медицинской помощи) — любые нежелательные или неблагоприятные последствия профилактических, диагностических и терапевтических мероприятий, которые приводят к нарушениям функций организма, инвалидности или смерти.

2. ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЯ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

2.1 Контроль качества медицинской помощи (далее – ККМП) проводится во всех отделениях ГБУЗ МО МОНИИАГ, осуществляющих медицинскую и лабораторно-диагностическую деятельность.

2.2 Контроль качества медицинской помощи выполняется должностными лицами, назначенными директором ГБУЗ МО МОНИИАГ ответственными за проведение контроля качества медицинской помощи.

2.3 Контроль качества медицинской помощи осуществляется по трехуровневой системе:

первый уровень контроля - заведующие отделениями;

второй уровень контроля - главный врач ГБУЗ МО МОНИИАГ;

третий уровень лечебно-контрольная комиссия ГБУЗ МО МОНИИАГ (ЛКК).

2.4 Контроль качества медицинской помощи проводится по случаям медицинской помощи (законченным или незаконченным), оказанной в ГБУЗ МО МОНИИАГ, независимо от источника финансирования оказанной медицинской помощи, должностей и квалификации работников, оказывавших медицинскую помощь и других факторов.

2.5 Контроль качества медицинской помощи проводится по медицинской документации (медицинской карте амбулаторного больного, медицинской карте стационарного больного, иной медицинской документации, содержащей информацию о медицинской помощи, оказанной в конкретном проверяемом случае).

2.6 Контроль качества медицинской помощи не может осуществляться ответственными лицами за проведение контроля в случаях, когда медицинская помощь оказывалась самими ответственными лицами.

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

3. УРОВНИ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

3.1 **Лечащий врач в порядке самоконтроля:**

– оценивает в первичной медицинской документации состояние здоровья пациента и обосновывает показания к амбулаторному или стационарному этапу лечения;

– планирует конечный результат лечения с учетом индивидуальных особенностей течения основного и сопутствующих заболеваний, наличия осложнений и сроков лечения при различных заболеваниях, с учетом требований стандартов и Порядков оказания медицинской помощи;

– в случае превышения сроков лечения пациента по сравнению с принятыми стандартами обосновывает продление сроков лечения с обязательным отражением динамики течения заболевания, эффективности проводимого обследования и лечения, наличия осложнений или особенностей течения заболевания;

3.2 **1 уровень ККМП — заведующий отделением:**

3.2.1 осуществляет постоянный контроль выполнения лечащими врачами функций по организации и проведению лечебно-диагностического процесса, длительности амбулаторного

и стационарного лечения в соответствии со стандартами, длительности госпитализации в соответствии с КСГ;

3.2.2 ведет экспертную оценку качества и объема медицинской помощи пациентам на всех сроках лечения с обязательным личным осмотром и записью в первичной медицинской документации;

3.2.3 в обязательном порядке контролю качества медицинской помощи в подразделениях ГБУЗ МО МОНИИАГ подлежат следующие случаи:

– все случаи смерти пациентов;

– случаи, сопровождающиеся ятрогенными осложнениями, в том числе внутрибольничного инфицирования и нежелательных реакций на применение лекарственных препаратов;

– случаи заболеваний со значительно удлиненными сроками лечения (более 20 % от средних нормативов);

– случаи расхождения диагнозов поликлиники, стационарных отделений и патолого-анатомического отделения (в 100% случаев);

– запущенные формы онкологических заболеваний;

– жалобы пациентов или их законных представителей на качество оказания медицинской помощи.

3.2.4. Итоговый контроль качества медицинской помощи по законченному случаю стационарного или амбулаторного лечения проводится после завершения лечения.

3.2.5. На каждый случай, подлежащий контролю, заполняется «Карта экспертной оценки качества медицинской помощи»

3.2.8. Заведующий отделением амбулаторного приёма ежемесячно экспертируют не менее 5% законченных случаев амбулаторного обслуживания у каждого врача с обязательным занесением данных в учётную форму «Журнал учёта внутреннего контроля качества медицинской помощи руководителем отделения ГБУЗ МО МОНИИАГ»

3.2.9. Заведующие отделениями представляют к 5 числу наступившего месяца учётную форму «Журнал учёта внутреннего контроля качества медицинской помощи руководителем отделения ГБУЗ МО МОНИИАГ» председателю ЛКК комиссии ГБУЗ МО МОНИИАГ

3.3. 2 уровень ККМП проводится главным врачом ГБУЗ МО МОНИИАГ

3.3.1 Главный врач осуществляет оценку качества оказания медицинской помощи конкретному пациенту конкретными специалистами, конкретными подразделениями.

3.3.2 Объём контроля – не менее 80 экспертиз в квартал, кроме случаев, подлежащих экспертизе в экстренном и обязательном порядке.

3.3.3 Случаи, подлежащие контролю качества медицинской помощи в обязательном порядке, отбираются для проверки и проверяются в первую очередь.

3.3.4 Все прочие случаи оказания медицинской помощи должны иметь одинаковую возможность быть подвергнутыми проверке.

3.3.5 Отбор случаев для проведения проверки осуществляется с охватом всех подразделений (отделений, должностей медицинских работников) ГБУЗ МО МОНИИАГ. В случае необходимости может быть проведена проверка совокупности случаев, отобранных по тематическому признаку. При завершении целевой экспертизы проводятся заседания ЛКК с разбором экспертных протоколов.

3.3.6 Результаты ККМП выносятся на заседание ЛКК для принятия административных решений.

3.4 **3 уровнем контроля качества медицинской помощи является ЛКК.**

3.4.1 Из случаев, подлежащих контролю качества медицинской помощи в обязательном порядке на ЛКК ГБУЗ МО МОНИИАГ рассматриваются:

– случаи, сопровождавшиеся жалобами пациентов или их законных представителей на качество оказания медицинской помощи;

– случаи, сопровождающиеся ятрогенными осложнениями;

– иные случаи, в соответствии с положением о деятельности ЛКК.

3.4.2 Объемы работы ЛКК по проведению контроля качества медицинской помощи определяются функциями в обеспечении контроля качества медицинской помощи, установленными правовыми документами Российской Федерации и распорядительными документами Минздрава Российской Федерации.

4. ПОРЯДОК ОЦЕНКИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТДЕЛЕНИЙ ПАРАКЛИНИЧЕСКИХ СЛУЖБ (кабинет ультразвуковой диагностики, клинико-диагностическая лаборатория).

4.1 Оценка деятельности отделений параклинических служб ведется по системе претензий.

4.2 Претензия представляется в письменном виде заведующим клиническим отделением главному врачу.

4.3 Претензиями считаются:

— недостоверные данные, приведшие к необходимости выполнения повторных или дополнительных исследований;

— необоснованный отказ или несвоевременное проведение назначенного исследования или процедуры;

— отсутствие выполненных исследований, которые необходимы для пациента по стандарту оказания медицинской помощи;

4.4 При наличии претензий каждый случай рассматривается совместно заведующим клиническим отделением и врачами параклинических кабинетов с обязательным участием главного врача. При выявлении обоснованности претензии, проводится анализ каждого случая.

4.5 Все случаи обоснованных претензий к отделениям параклинической службы выносятся на заседание ЛКК.

5. КРИТЕРИИ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ:

– ведение медицинской документации - медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, индивидуальной карты беременной и родильницы (далее — амбулаторная карта): заполнение всех разделов, предусмотренных амбулаторной картой; наличие информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство;

– первичный осмотр пациента и сроки оказания медицинской помощи: оформление результатов первичного осмотра, включая данные анамнеза заболевания, записью в амбулаторной карте;

– установление предварительного диагноза лечащим врачом в ходе первичного приема пациента;

– формирование плана обследования и лечения при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза, клинических проявлений заболевания, тяжести заболевания или состояния пациента;

– назначение лекарственных препаратов для медицинского применения с учетом инструкций по применению лекарственных препаратов, возраста пациента, пола пациента, тяжести заболевания, наличия осложнений основного заболевания (состояния) и сопутствующих заболеваний;

– установление клинического диагноза на основании данных анамнеза, осмотра, данных лабораторных, инструментальных и иных методов исследования, результатов консультаций врачей-специалистов, предусмотренных стандартами медицинской помощи, а также клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи (далее — клинические рекомендации);

– своевременное установление клинического диагноза;

– проведение при затруднении установления клинического диагноза консилиума врачей с внесением соответствующей записи в амбулаторную карту с подписью заведующего амбулаторно-поликлиническим отделением медицинской организации;

– внесение соответствующей записи в амбулаторную карту при наличии заболевания (состояния), требующего оказания медицинской помощи в стационарных условиях, с указанием перечня рекомендуемых лабораторных и инструментальных методов исследований, а также оформление направления с указанием клинического диагноза при необходимости оказания медицинской помощи в стационарных условиях в плановой форме;

– проведение коррекции плана обследования и плана лечения с учетом клинического диагноза, состояния пациента, особенностей течения заболевания, наличия сопутствующих заболеваний, осложнений заболевания и результатов проводимого лечения на основе стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций;

– назначение и выписывание лекарственных препаратов в соответствии с установленным порядком;
– оформление протокола решения врачебной комиссии медицинской организации;
– внесение записи в амбулаторную карту при назначении лекарственных препаратов для медицинского применения и применении медицинских изделий по решению врачебной комиссии медицинской организации;
– проведение экспертизы временной нетрудоспособности в установленном порядке;
– осуществление диспансерного наблюдения в установленном порядке с соблюдением периодичности обследования и длительности диспансерного наблюдения;

6. МЕТОДИКА ЭКСПЕРТИЗЫ И ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.

Экспертиза качества отдельного случая медицинской помощи заключается в анализе процесса случая медицинской помощи; формулировке экспертного заключения.

Качество медицинской помощи – свойство процесса взаимодействия пациента и врача, обусловленное способностью профессионала выполнять медицинские технологии, снижать риск прогрессирования имеющегося у пациента заболевания и возникновения нового патологического процесса, оптимально использовать ресурсы медицины и обеспечивать удовлетворённость потребителей от взаимодействия с медицинской системой.

При экспертизе качества оказания медицинской помощи конкретному пациенту оказанная или оказываемая помощь рассматривается как процесс, представляющий собой совокупность отдельных этапов, не имеющих жёстких рамок периода в пределах проверяемого случая: этап сбора информации о пациенте; этап установления диагноза; этап лечения пациента; этап преемственности. Экспертиза заключается в выявлении дефектов оказанной или оказываемой медицинской помощи на этапах процесса оказания медицинской помощи и оценке их реальных или возможных негативных следствий. Выявленный дефект медицинской помощи при наличии или возможности его негативных следствий должен считаться врачебной ошибкой. Отсутствие негативных следствий выявленного дефекта медицинской помощи не позволяет считать его врачебной ошибкой.

Для обоснования врачебных ошибок применяется 6 видов негативных следствий, которые позволяют описать негативное влияние врачебных ошибок на состояние основных компонентов КМП (перечислены в порядке убывания значимости):
— следствия для социальных ресурсов;
— следствия для состояния пациента;
— следствия для процесса оказания помощи;
— следствия для ресурсов здравоохранения;
— следствия для оценки процесса оказания помощи;
— следствия для управления здравоохранением.

Действия врача на отдельных этапах оцениваются в логической связи с последующими этапами. Обоснование экспертного мнения проводится с указанием реальных и (или) вероятных негативных следствий врачебной ошибки.

Формулировка экспертного заключения. Оценка качества медицинской помощи характеризуется основным дефектом медицинской помощи, имеющем наиболее значимые негативные следствия на компоненты КМП из всех, выявленных в данном экспертном случае. В зависимости от вида негативного следствия ошибки ранжируются с установлением соответствующего ранга. Обоснование врачебных ошибок и их негативных последствий (ранга врачебной ошибки) оформляется в виде экспертного протокола с описанием ошибок по отдельным этапам процесса оказания помощи и формулировкой экспертного протокола.

Формулировка экспертного заключения включает резюмирующую часть с кратким описанием наиболее значимых ошибок и их негативных следствий и код (ранг) нарушения.

I ранг - наличие врачебных ошибок с негативным влиянием на социальные ресурсы (летальный исход, инвалидизация, длительная нетрудоспособность пациента вследствие допущенных дефектов).

II ранг - наличие врачебных ошибок с негативным влиянием на состояние пациента (развитие нового патологического состояния/заболевания, осложнений, прогрессирование заболевания, необоснованное увеличение риска для состояния пациента вследствие допущенных ошибок);

III ранг - наличие врачебных ошибок с негативным влиянием только на ресурсы здравоохранения, без негативных следствий для состояния пациента и социальных ресурсов;
IV ранг - наличие ошибок, затруднивших оценку процесса оказания помощи для эксперта и управление здравоохранением и не имеющие негативных следствий для ресурсов здравоохранения, процесса оказания помощи, состояния пациента и социальных ресурсов.

При проведении контроля качества медицинской помощи используются следующие критерии качества медицинской помощи:

– критерий своевременности оказания медицинской помощи - отражает своевременность оказанной медицинской помощи объективным потребностям конкретного пациента;

– критерий объемов оказания медицинской помощи - отражает соответствие объемов оказанной медицинской помощи объективным потребностям конкретного пациента;

– критерий преемственности оказания медицинской помощи - отражает соблюдение преемственности при оказании медицинской помощи подразделениями (отделениями; медицинскими работниками) медицинской организации;

– критерий соблюдения медицинских технологий - отражает соблюдение медицинскими работниками зарегистрированных медицинских технологий при их назначении и непосредственно в процессе оказания медицинской помощи;

– критерий безопасности оказания медицинской помощи - отражает оптимальность выбора медицинских технологий при оказании медицинской помощи, с учетом минимизации риска их применения для конкретного пациента, принятие, в случае необходимости, адекватных мер профилактики ятрогенных осложнений, а также соблюдение в подразделениях (отделениях) правил хранения и применения лекарственных препаратов и расходных материалов;

– критерий эффективности оказания медицинской помощи - отражает достижение целевых результатов оказания медицинской помощи конкретному пациенту.

Критерии оценки качества медицинской помощи используются ответственными лицами за проведение контроля при оценке каждой составляющей конкретного случая оказания медицинской помощи.

Настоящие критерии оценки качества медицинской помощи сформированы на основе порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации, клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, разработанных и утвержденных медицинскими профессиональными некоммерческими организациями.

7. ПОРЯДОК ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ЦЕЛЯХ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

7.1 Отчеты о проведенном внутреннем контроле качества медицинской помощи в отделениях доводятся до сведения медицинских работников и главного врача ежемесячно.

7.2 По результатам проведенного внутреннего контроля качества медицинской помощи в отделениях 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, патолого-анатомических конференций, направление медицинских работников на повышение квалификации (в том числе внеплановое), научно-практические конференции, и другие;

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

– экономические мероприятия - использование показателей качества и эффективности медицинской помощи для дифференцированной оплаты труда медицинских работников;

– мероприятия по совершенствованию материально-технической базы.

7.3 Контроль за реализацией принятых управленческих решений по вопросам управления качеством медицинской помощи обеспечивается главным врачом ГБУЗ МО МОНИИАГ.

7.4 Разрешение взаимных претензий между подразделениями осуществляются главным врачом и на заседании ЛКК.

7.5 Документация о проведенном внутреннем контроле качества медицинской помощи по итогам прошедшего года хранятся в ГБУЗ МО МОНИИАГ 3 года.

Приложение 2
к приказу ГБУЗ МО МОНИИАГ
от «___» _____ 2018 г. №_____

Список
должностных лиц ГБУЗ МО МОНИИАГ,
ответственных за 1,2,3 уровни внутреннего контроля
качества и безопасности медицинской деятельности

	Ф.И.О.	Занимаемая должность	Проверяемое отделение	Уровень контроля
1.	Капустина М.В.	Главный врач	Все отделения МОНИИАГ	3
2.	Балан В.Е.	Руководитель поликлинического отделения	Отделения гинекологической эндокринологии; Отделение репродуктологии	2
3.	Зайдиева Я.З.	Руководитель отделения гинекологической эндокринологии	Поликлиническое отделение; Отделение репродуктологии	2
4.	Шугинин И.О.	Руководитель акушерского физиологического отделения	Акушерское обсервационного отделение	2
5.	Новикова С.В.	Руководитель акушерского обсервационного отделения	Акушерское физиологическое отделение	2
6.	Буянова С.Н.	Руководитель гинекологического отделения	Отделение эндоскопической хирургии	2
7.	Попов А.А.	Руководитель отделения эндоскопической хирургии	Гинекологическое отделение	2
8.	Краснопольская К.В.	Руководитель отделения репродуктологии	Поликлиническое отделение	2
9.	Аксёнов А.Н.	Руководитель отделения неонатологии	Самоконтроль руководителя	2
10	Упрямова Е.Ю.	Руководитель отделения анестезиологии и интенсивной терапии	Самоконтроль руководителя	2
11	Чечнева М.А.	Руководитель отделения ультразвуковой диагностики	Самоконтроль руководителя	2
12	Будыкина Т.С.	Руководитель клинико-диагностической лаборатории	Самоконтроль руководителя	2
13	Баринова И.В.	Руководитель отделения патологической анатомии	Самоконтроль руководителя	2

Приложение 3
к приказу ГБУЗ МО МОНИИАГ
от «___» _____ 2018 г. №_____

Карта экспертной оценки качества медицинской помощи
Отделение ГБУЗ МО МОНИИАГ _____
№ медицинского документа _____
(амбулаторная карта, история родов, карта стационарного больного)

Составляющие случая оказания медицинской помощи	Критерии оценки	Варианты оценки	Оценка критерия в баллах
Сбор жалоб и анамнеза	Критерий объемов	в полном объеме	1
		не в полном объеме	0
Диагностические мероприятия	Критерий своевременности	своевременно	1
		несвоевременно	0
	Критерий объемов	в полном объеме	1
		не в полном объеме	0
	Критерий соблюдения медицинских технологий	назначены оптимально	1
		назначены не оптимально	0
		соблюдались	1
		не соблюдались	0
	Критерий безопасности	риск минимизирован	1
		риск не минимизирован	0
	Критерий эффективности	целевой результат достигнут	1
		целевой результат не достигнут	0
	Критерий преемственности	соблюдались	1
		не соблюдались	0
Оформление диагноза	Критерий своевременности	своевременно	1
		несвоевременно	0
	Критерий объемов	в полном объеме	1
		не в полном объеме	0
Лечебные мероприятия	Критерий своевременности	своевременно	1
		несвоевременно	0
	Критерий объемов	в полном объеме	1
		не в полном объеме	0
	Критерий соблюдения медицинских технологий	назначены оптимально	1
		назначены не оптимально	0
		соблюдались	1
		не соблюдались	0
	Критерий безопасности	риск минимизирован	1
		риск не минимизирован	0
	Критерий эффективности	целевой результат достигнут	1
		целевой результат не достигнут	0
	Критерий преемственности	соблюдались	1
		не соблюдались	0
Профилактические мероприятия	Критерий своевременности	своевременно	1
		несвоевременно	0
	Критерий объемов	в полном объеме	1

		не в полном объеме	0
	Критерий соблюдения медицинских технологий	назначены оптимально	1
		назначены не оптимально	0
		соблюдались	1
		не соблюдались	0
	Критерий безопасности	риск минимизирован;	1
		риск не минимизирован	0
	Критерий эффективности	целевой результат достигнут	1
		целевой результат не достигнут	0
Оформление медицинской документации	Критерий объемов	в полном объеме	1
		не в полном объеме	0
ИТОГО			24

Оценка результатов:

Отлично 23-24 баллов
Хорошо 21-22 баллов
Удовлетворительно 19-20 баллов
Неудовлетворительно < 19 баллов

Приложение 4
к приказу ГБУЗ МО МОНИИАГ
от «___» _____ 2018 г. №_____

Журнал
учёта внутреннего контроля качества медицинской помощи

руководителем _____ отделения ГБУЗ МО МОНИИАГ

за период с _____ по _____

Количество пролеченных больных	Количество проведенных экспертиз		Оценка качества медицинской помощи (количество случаев в оценочных баллах)				Дефекты оказания медицинской помощи				Ранг выявленных дефектов медицинской помощи (абс.)			
	абс.	% к количеству пролеченных больных	23-24 (отлично)	21-22 (хорошо)	19-20 (удов.)	<19 (неудов,)	Постановка диагноза абс.	Обследование абс.	Лечение абс.	Оформление медицинской документации абс.	I	II	III	IV