

Центр Профессионального Развития и Инноваций

Онлайн-семинар

«Роль отдела качества (уполномоченного по качеству) в построении системы ВКК и БМД»



17 декабря 2020

Центр
Профессионального
Развития и Инноваций



онлайн в 10:00 по МСК



Радомир Бошкович

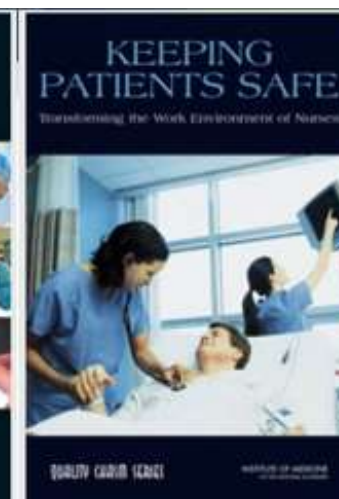
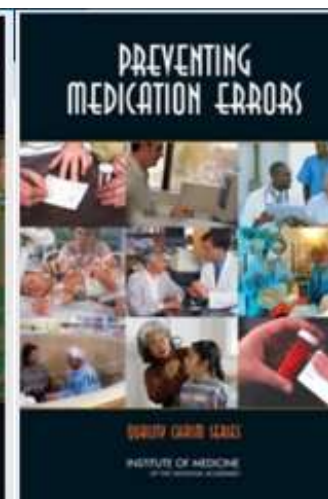
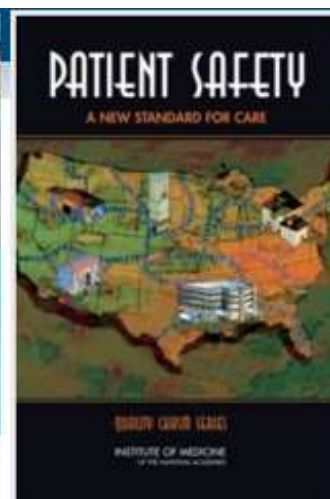
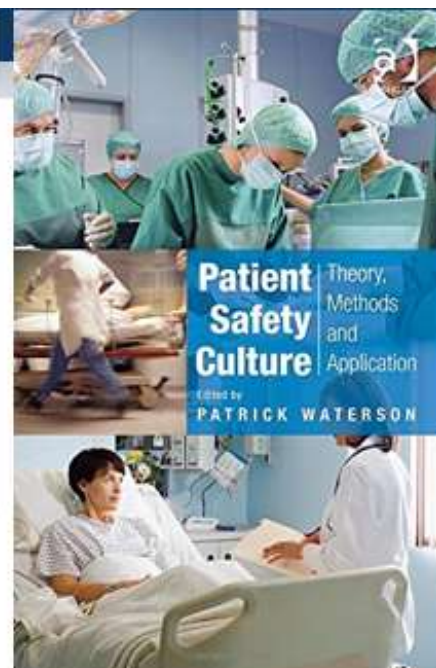
Внештатный эксперт ФГБУ
«Национальный институт качества»
Росздравнадзора, директор
проектов ООО "Международный
инновационный консалтинг"



Евгений Князев

Ген. дир. ООО «ЭкспертЗдравСервис»
(Санкт-Петербург); эксперт ФГБУ
"Национальный институт качества"
Росздравнадзора; ведущий аудитор,
эксперт по системам менеджмента
качества и по сертификации

Качество и безопасность медицинской деятельности – забота организаторов здравоохранения во всем мире



Never Events List 2015/16

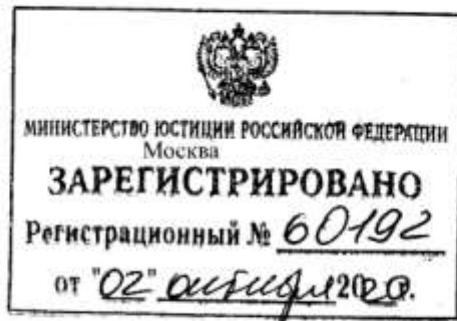


Структура внутреннего контроля в МО



31 июля 2020г.

П Р И К А З



№ 7854

Об утверждении
Требований к организации и проведению
внутреннего контроля качества и безопасности
медицинской деятельности

4. Ответственным за организацию и проведение внутреннего контроля является руководитель медицинской организации либо уполномоченный им заместитель руководителя.

5. В зависимости от вида медицинской организации по решению руководителя медицинской организации внутренний контроль организуется и проводится Комиссией (Службой) по внутреннему контролю (далее – Комиссия (Служба), включающей работников медицинской организации, и (или) уполномоченным лицом по качеству и безопасности медицинской деятельности (далее – Уполномоченное лицо).

Структура внутреннего контроля в МО



Москва

8. Врачебная комиссия (подкомиссия врачебной комиссии) состоит из председателя, одного или двух заместителей председателя, секретаря и членов комиссии.

Об утверждении порядка создания и деятельности
врачебной комиссии медицинской организации

9. Председателем врачебной комиссии назначается руководитель медицинской организации или заместитель руководителя (руководитель структурного подразделения) медицинской организации, в должностные обязанности которого входит решение вопросов, отнесенных к компетенции комиссии.

12. В состав врачебной комиссии и ее подкомиссий включаются заведующие структурными подразделениями медицинской организации, врачи-специалисты из числа работников медицинской организации.

Структура внутреннего контроля в МО

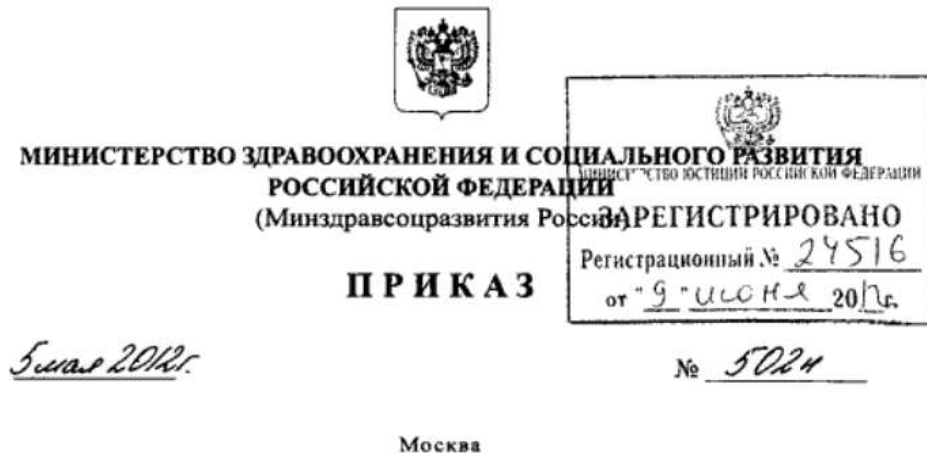


Организация и проведение внутреннего контроля осуществляется с учетом видов работ (услуг), указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности.

Структура внутреннего контроля в МО

Комиссия (служба) по внутреннему контролю (785н)	Врачебная комиссия (502н)
ОТЛИЧИЯ В СВЯЗИ С ПРИКАЗАМИ 785н и 502н	
МЕРОПРИЯТИЯ	ФУНКЦИИ
ОТЧЕТ не реже 1 раза в полугодие, а также по итогам года ПЛАНОВЫЕ ПРОВЕРКИ (аудиты) не реже 1 раза в квартал	ОТЧЕТ ежеквартально, а также по итогам года
ЧАСТОТА ЗАСЕДАНИЙ не регламентирована	ЧАСТОТА ЗАСЕДАНИЙ не реже одного раза в неделю

Структура внутреннего контроля в МО



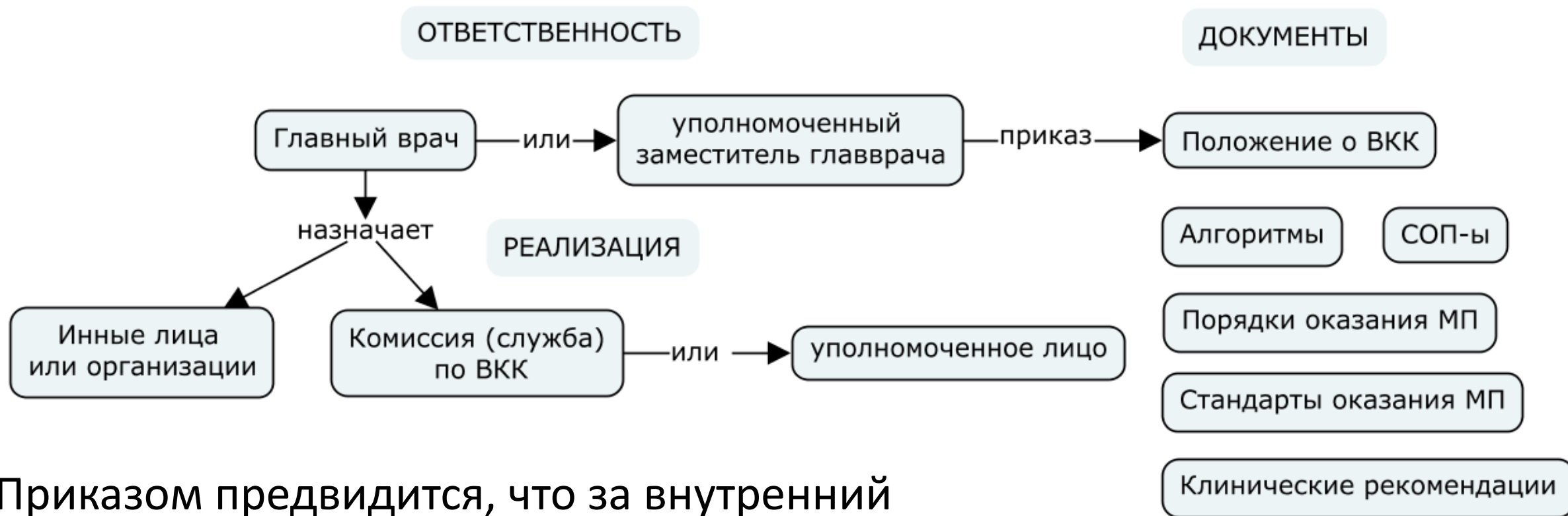
КОЛЛИЗИЯ

Об утверждении порядка создания и деятельности
врачебной комиссии медицинской организации

4. Врачебная комиссия осуществляет следующие функции:

4.22. организация и проведение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (по решению руководителя медицинской организации);

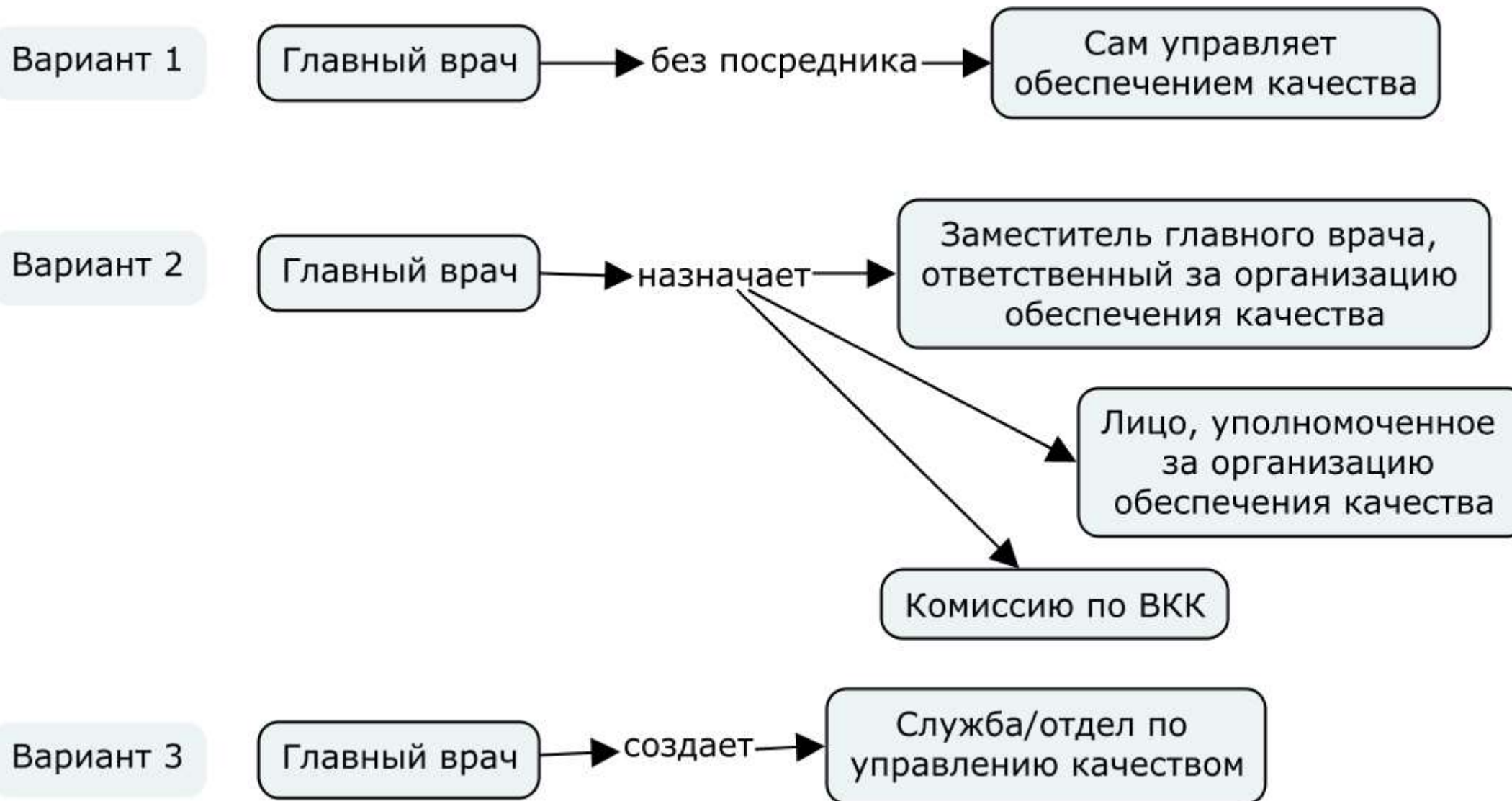
Что есть и чего нет – структура по управлению качеством в медицинской организации



Приказом предвидится, что за внутренний контроль качества отвечает главврач или его заместитель, и что он проводится комиссией, службой или уполномоченным лицом.

Что такое «отвечает»?
Что такое «организует и проводит»?

Варианты структуры



- **Контроль качества** можно поручить кому угодно, даже внешнему субъекту
- **Обеспечение качества** всегда внутреннее. Обеспечение качества требует вовлечения всех сотрудников организации и создания соответствующей внутрикорпоративной культуры
- Организация работ по обеспечению качества является задачей руководителей всех уровня управления
- Чтобы работать результативно и эффективно, **руководитель отдела качества должен или являться заместителем главного врача, или должен находиться непосредственно в его подчинении**

Другие вытекающие последствия

- **Схема справа крайне нежелательна!**
- Никакая комиссия или служба качества не имеет права предъявлять требования к подразделениям или отдельным лицам
- Давать указания и предъявлять требования можно только по вертикали управления, как она описана в штатном расписании и показана на организграмме.

Главный врач

Заместитель главного
врача, отвечающий за ВКК

Руководитель службы качества





Структура для управления качеством

Функции по штатному расписанию

- Главный врач
- Заместители главного врача
- Заведующие отделениями
- Руководители служб
- Главная медсестра
- Отдел / служба качества
- Оргметод отдел,
- Отдел по ЭКМП
- АХЧ, ГОиЧС, ...

Комиссии

Постоянные комиссии

- Врачебная комиссия
- Подкомиссия ВК по эпидбезопасности
- Подкомиссия по ВКК
- Формулярная комиссия

Ad hoc комиссии

- Дисциплинарная комиссия
- Комиссия по закупкам/приему МС
- Комиссия по отбору кандидатов
- Аттестационная комиссия



- Множество вопросов, связанных с реализацией приказа 785н и с обеспечением качества медицинской помощи не входят в задачи существующих структурных подразделений
- Что делать:
 - а. Добавить новые задачи существующей структуре?
 - б. Добавить новые элементы в существующую структуру?
 - с. И то, и другое?**



- **оценка качества и безопасности медицинской деятельности** путем проведения плановых и целевых (внеплановых) проверок;
- **сбор статистических данных**, характеризующих качество и безопасность медицинской деятельности медицинской организации, **и их анализ**;
- **учет** нежелательных событий;
- **анализ информации** о побочных действиях при применении ЛП и МИ;

Кто конкретно должен этим заниматься?

Пункт 17 приказа 785н:

- соблюдение безопасных условий при транспортировке пациента,
- обеспечение получения ИДС согласно правилам,
- обеспечение своевременного оказания медицинской помощи
- обеспечение экстренного оповещения и (или) сбора медицинских работников, не находящихся на дежурстве
- обеспечение возможности вызова медицинских работников к пациентам, в том числе в палаты,
- обеспечение соблюдения врачебной тайны, при оказании медицинской помощи (утренние обходы?);



- контроль качества письменных назначений лекарственных препаратов,
- соблюдение технологий проведения инвазивных вмешательств (КР по профилактике инфекций поля оперативного вмешательства)
- рациональное использование антибиотиков
- мониторинг длительности пребывания пациента в стационаре
- утверждение и мониторинг правил идентификации личности пациента, его биоматериала, ЛП для пациента



- создание рациональной планировки структурных подразделений
- обеспечение доступной среды для инвалидов
- сбор и анализ информации обо всех случаях нарушения безопасности среды (включая падения пациентов)
- анализ информации о случаях пролежней;
- систематизация хранения медицинской документации и ее доставки в кабинеты приема врачей-специалистов
- наличие «речевых модулей» на разные типы взаимодействия, действия в случае жалоб пациентов и конфликтных ситуаций
- порядок уведомления пациента об отмене приема по инициативе организации

Некоторые области не упомянуты, **но это не значит, что там все хорошо.**

Внешние аудиты показывают, что положение дел далеко от идеального и что **часто наблюдаются серьезные нарушения надлежащей практики, включая клинические рекомендации**

- Очевидно, что есть много областей, которыми или никто не занимается, или на практике наблюдаются серьезные несоответствия
- Служба качества - единственный новый элемент в структуре МО, который разрешено создавать, но она не может отвечать за обеспечение качества во всех областях
- Остальные задачи надо передать существующим штатным функциям и комиссиям/рабочим группам, на создание которых нет ограничений
- Требуются изменения в положениях о подразделениях и в должностных инструкциях

Клинический аудит

является процессом улучшения качества,
целью которого является
улучшение лечения пациентов и результатов лечения,
оценивая их систематически с определенными критериями
и применяя необходимые изменения
как для отдельных сотрудников,
так и для учреждения (системы здравоохранения)
или на уровне конкретной медицинской услуги
(National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE))

Аналог в России – экспертиза качества медицинской помощи



Agency for Healthcare
Research and Quality



HQIP

Healthcare Quality
Improvement Partnership



COMITÉ PERMANENT DES MÉDECINS EUROPÉENS
STANDING COMMITTEE OF EUROPEAN DOCTORS



Основные принципы клинического аудита:

- Проводится преимущественно ретроспективно, анализируя медицинскую документацию и документы, регулирующие организацию лечения
- Аудит, основанный на оценке документов, зависит в большой степени от качества документации
- Аудит не рекомендуется проводить проспективно, поскольку информированность об планируемом аудите может повлиять на обычную деятельность



Функции врачебной комиссии (502н)

Мероприятия комиссии (службы) по внутреннему контролю (785н)

В СВЯЗИ С ОСУЩЕСТВЛЕНИЕМ ЭКСПЕРТИЗЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Оценка качества, обоснованности и эффективности лечебно-диагностических мероприятий, в том числе назначения лекарственных препаратов (п. 4.6)

Разработка мероприятий по устранению и предупреждению нарушений в процессе диагностики и лечения пациентов (п. 4.10)

Изучение каждого случая смерти пациента в целях выявления причины смерти, а также выработки мероприятий по устранению нарушений... (4.11)

Анализ случаев оказания медицинской помощи в ходе плановых и целевых (внеплановых) проверок осуществляется для оценки качества и безопасности медицинской деятельности медицинской организации, в том числе **для оценки характера, частоты и причин возможных нарушений** при оказании медицинской помощи пациенту, приведших к ухудшению состояния здоровья пациента, создавшего риск прогрессирования имеющегося заболевания, создавших риск возникновения нового заболевания, приведших к инвалидизации, к летальному исходу, а также к неэффективному использованию ресурсов медицинской организации, неудовлетворенности пациента медицинской помощью



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(Минздрав России)

ПРИКАЗ

7 июля 2015г

Москва



№ 422-н

Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи

В соответствии с частью 2 статьи 64 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2013, № 48, ст. 6165) п р и к а з ы в а ю:

Утвердить прилагаемые критерии оценки качества медицинской помощи.

Министр

В.И. Скворцова



Поручение

Министра здравоохранения Российской Федерации

№ 4

от 15.01.2016

По итогам совещания по вопросу формирования системы управления качеством оказания медицинской помощи **поручаю:**

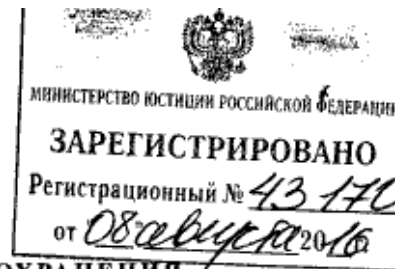
3. До 29.01.2016 г. подготовить:

- 3.1. перечень групп заболеваний, для которых формируются критерии качества оказания медицинской помощи;
- 3.2. макеты документов «Критерии качества медицинской помощи» для разных форм и условий оказания медицинской помощи;
- 3.3. список ответственных медицинских экспертов по каждой группе заболеваний.

Ответственные: И.Ю. Шилькрот, Е.Г. Камкин, Е.Н. Байбарина, М.А. Мурашко, В.В. Омеляновский.



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(Минздрав России)



П Р И К А З

15 июля 2016 г.

№ 520н

Москва

Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи

В соответствии с частью 2 статьи 64 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2013, № 48, ст. 6165) п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить критерии оценки качества медицинской помощи согласно приложению.
2. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 июля 2015 г. № 422ан «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 13 августа 2015 г., регистрационный № 38494).
3. Настоящий приказ вступает в силу с 1 июля 2017 года.



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(Минздрав России)

П Р И К А З

10 мая 2017 г.

Москва



№ 2034

Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи

В соответствии с частью 2 статьи 64 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2013, № 48, ст. 6165) п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить критерии оценки качества медицинской помощи согласно приложению.
2. Отменить приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 июля 2016 г. № 520н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 8 августа 2016 г., регистрационный № 43170).



- **Экспертиза качества медицинской помощи** - специальное профессиональное исследование
 - Необходимы полные, объективные и достоверные сведения об объекте управления (медицинской помощи)
- ВАЖНО!!!**
- профессионализм тех, кто экспертизу проводит
 - надёжная методика, ещё лучше технология экспертизы
 - регламентация проведения экспертизы

Условия,
при выполнении которых непосредственное управление
вероятностным процессом оказания медицинской помощи
конкретным пациентам конкретными врачами
может быть гармонично интегрировано в СМК
для достижения наилучшего качества в совокупности отдельных случаев

Их много... Основное –

УПРАВЛЕНИЕ ПАРАМЕТРАМИ (этому нужно учиться!!!)

Управление оценочными критериями и показателями

Управление отклонениями

Совершенствование системы критериев по результатам клинического аудита

Что представляет собой надёжная методика?

Должна быть защищена от субъективных искажений в той мере,
в которой это позволяет необходимость
опираться на **профессионализм эксперта**

Таевский Б.В., Таевский А.Б., Князев Е.Г.

**Методика экспертизы качества
медицинской помощи**

Учебное пособие

И.Ф. СЕРЁГИНА, Е.Г. КНЯЗЕВ, М.Г. МАЛАЕВ, Б.В. ТАЕВСКИЙ, А.Б. ТАЕВСКИЙ

**Экспертиза качества медицинской
помощи в современных условиях:
проблемы и решения**

Серёгина И.Ф., Князев Е.Г., Малаев М.Г., Таевский Б.В., Таевский А.Б. Экспертиза качества медицинской помощи в современных условиях: проблемы и решения

В работе рассматриваются проблемы осуществления экспертизы качества медицинской помощи, организации и проведения контроля качества и безопасности медицинской деятельности, а также управления качеством медицинской помощи в условиях действующего приказа Минздрава России от 07.07.2015 №422ан «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи». Предложена технология проведения экспертизы на основе утвержденных критериев оценки качества медицинской помощи.



ОСНОВНАЯ ПРОБЛЕМА

- Улучшение деятельности медицинской организации начинается со сравнения достигнутых результатов с целевыми показателями и определения проблемных мест, после чего разрабатываются планы корректирующих действий **НО!!!**
в России нет единой методики определения и измерения ключевых показателей качества медицинской помощи
позволила бы например региональным органам управления здравоохранением сравнивать результаты медицинских организации, оценивать качество управления ими и выявлять те, где необходимо внешнее вмешательство
Приказ МЗ РФ № 203н "Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи" не позволяет этого сделать, поскольку, кроме прочего, он тоже не содержит описание методики измерения

**Какими должны быть специальные решения
для обеспечения качественной медицинской помощи?
необходимо исходить из существа основного процесса (медицинского)**

Последовательность правильных решений

самый мощный момент качества лечебно-диагностического процесса в каждом конкретном случае оказания медицинской помощи (клинические рекомендации, СППВР)

Врачебный профессионализм

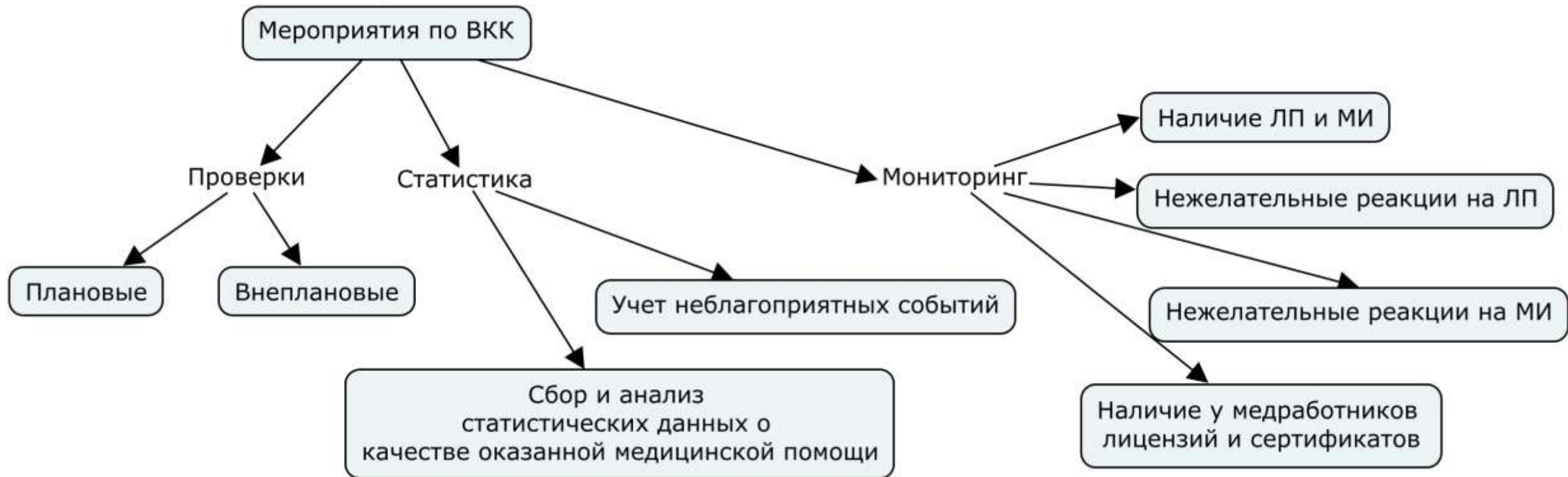
в вероятностном процессе само применение «стандартных» решений – это тоже выбор и тоже решение, поскольку число ситуаций и вариантов её динамики бесконечно, а оперировать врач, «оператор процесса», может лишь небольшой частью доступных ему данных

Ориентиры для врача в условиях неопределённости

как минимум, представления об оптимальном ходе лечебно-диагностического процесса для данного больного и знание того, как выработать эти представления правильно, признаки угрожающих отклонений от него и действия, способные с наибольшей вероятностью вернуть процесс в оптимальное русло (в помощь – опыт, система обучения и СППВР)

Чем должен заниматься отдел качества

Согласно разделу II приказа 785н, мероприятия по ВКК включают:



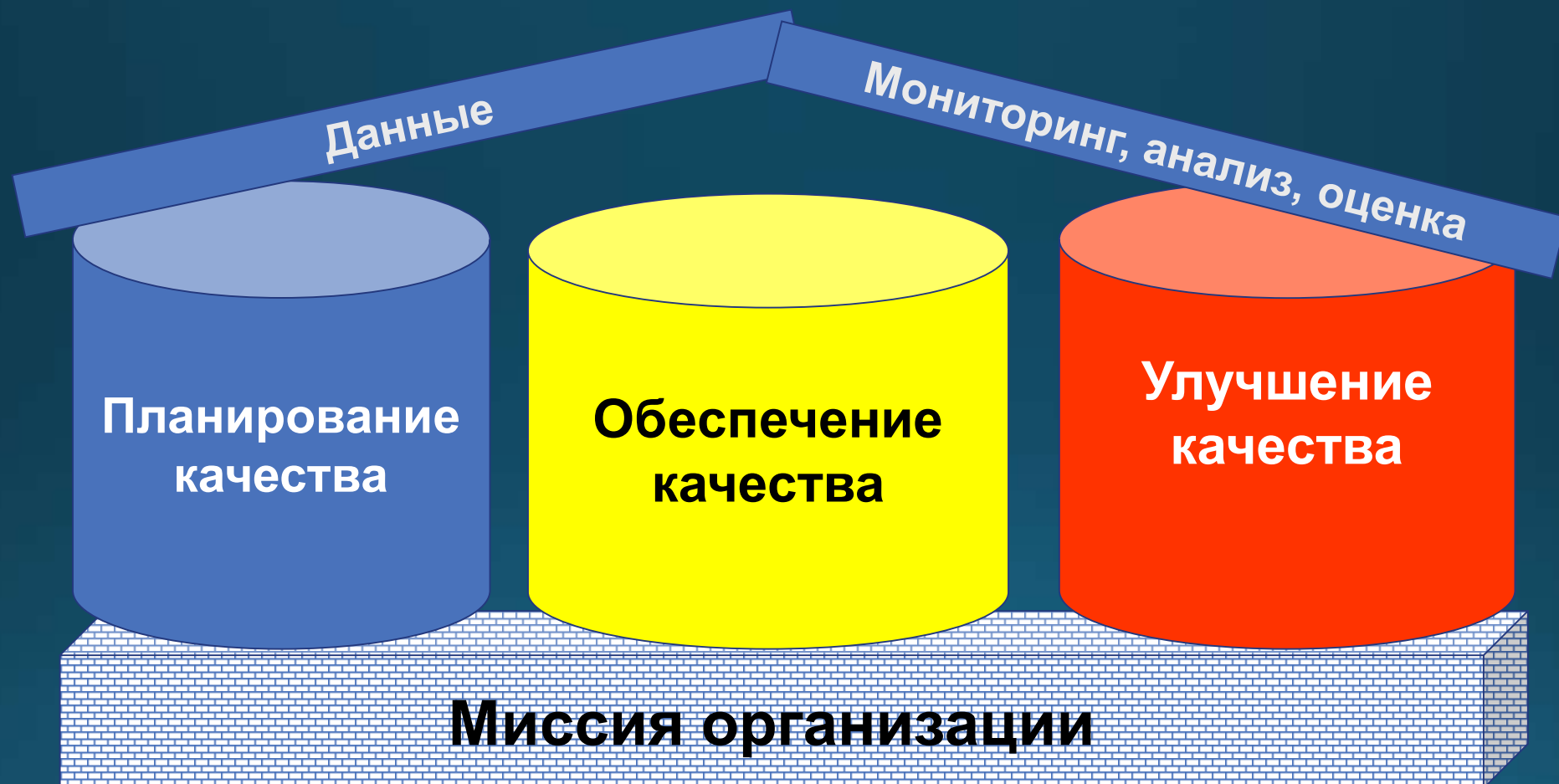
Но, большое «Но!»



- Нигде нет указания, а кто должен заниматься созданием условий, для оказания качественной и безопасной медицинской помощи
- **Прежде чем контролировать,** проводить мониторинг и проверки, вести учет – **надо создать предмет контроля и проверки:** систему обеспечения качества медицинской помощи
- Для создания полноценной системы управления качеством и безопасностью медицинской деятельности приказа 785н недостаточно – много необходимых действий в нем не описано!

Задачи структуры по управлению качеством

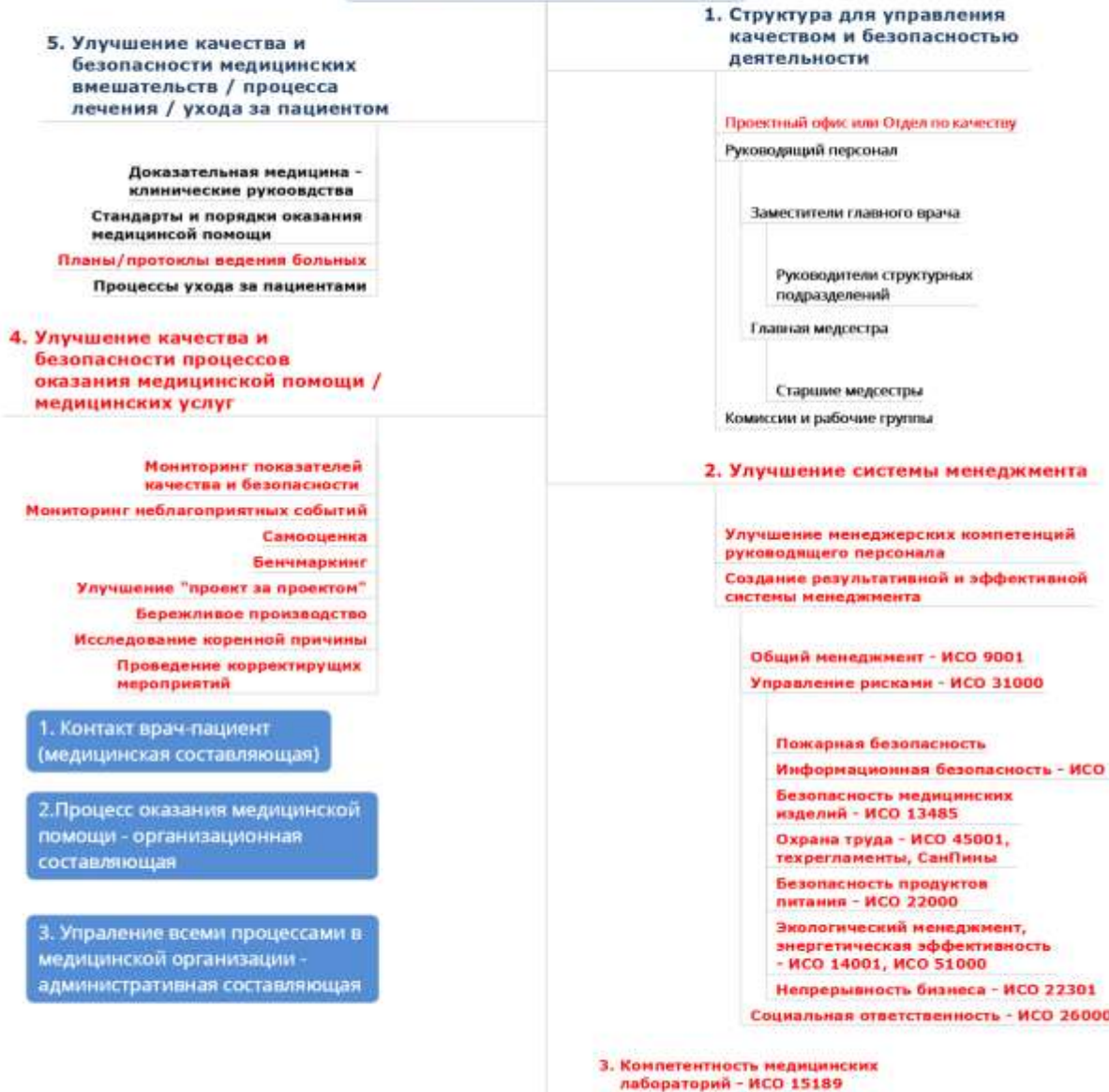
„Три кита“ качества - Джуран



“Дом” качества – А. Donabedian



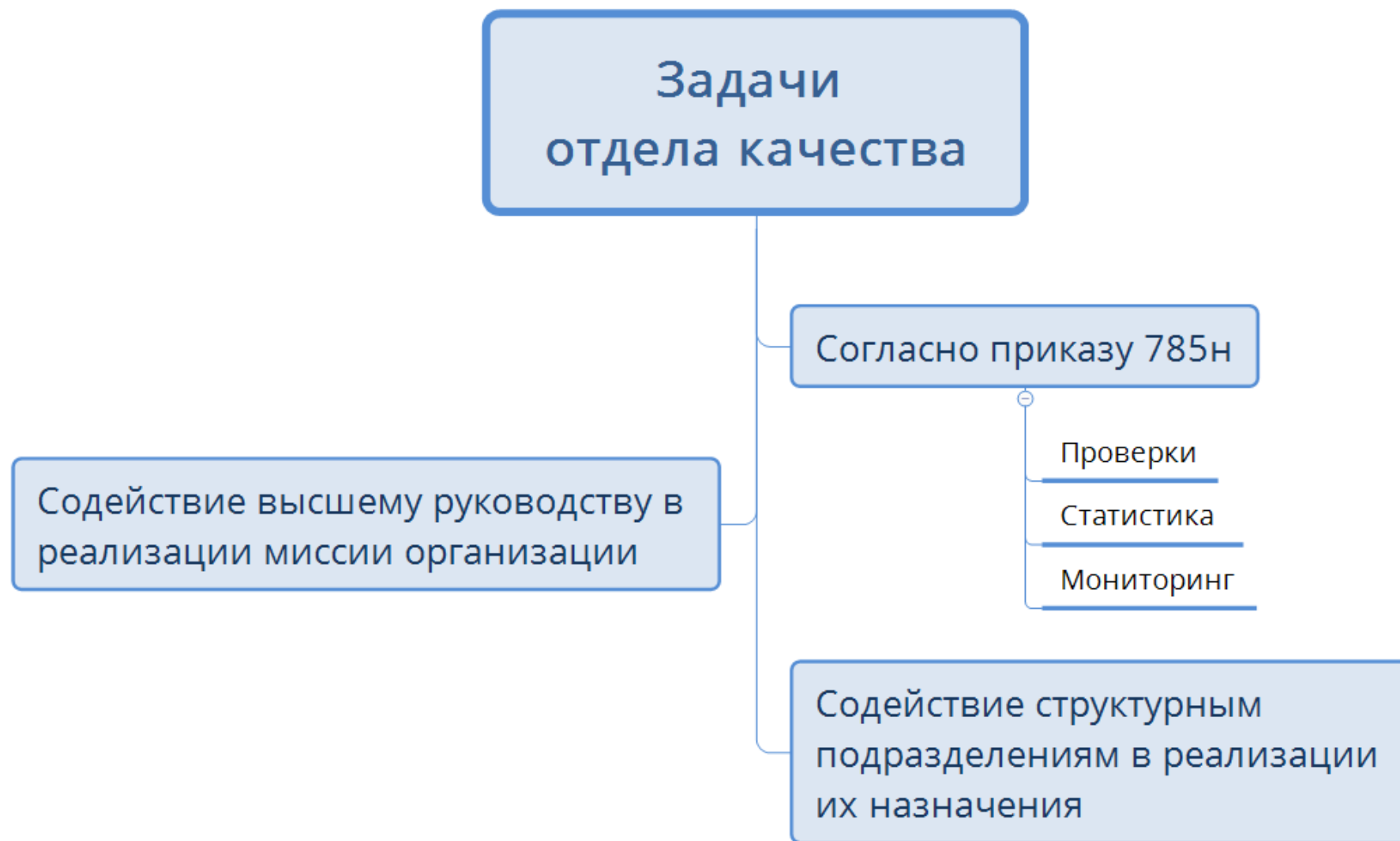
Управление качеством и безопасностью медицинской деятельности на уровне медицинской организации



Три области где управляется качеством:

- Управление на уровне всей организации – задача руководителей высшего звена
- Управление процессами оказания медицинской помощи и поддерживающими процессами – задача (в основном) руководителей структурных подразделений
- Управление на уровне медицинского вмешательства – контакт врач-пациент

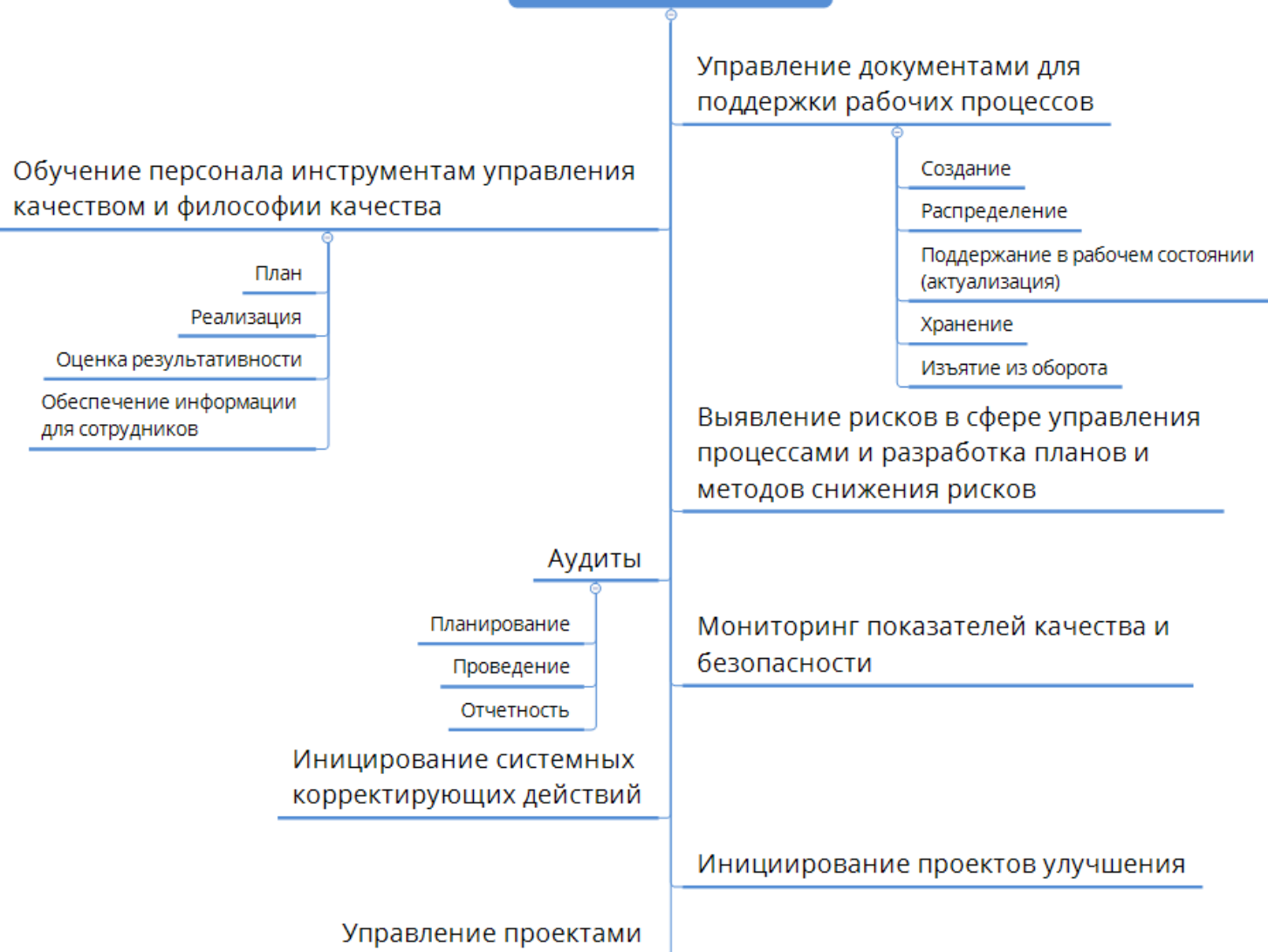
Конкретные задачи отдела качества



Инструменты для реализации задач



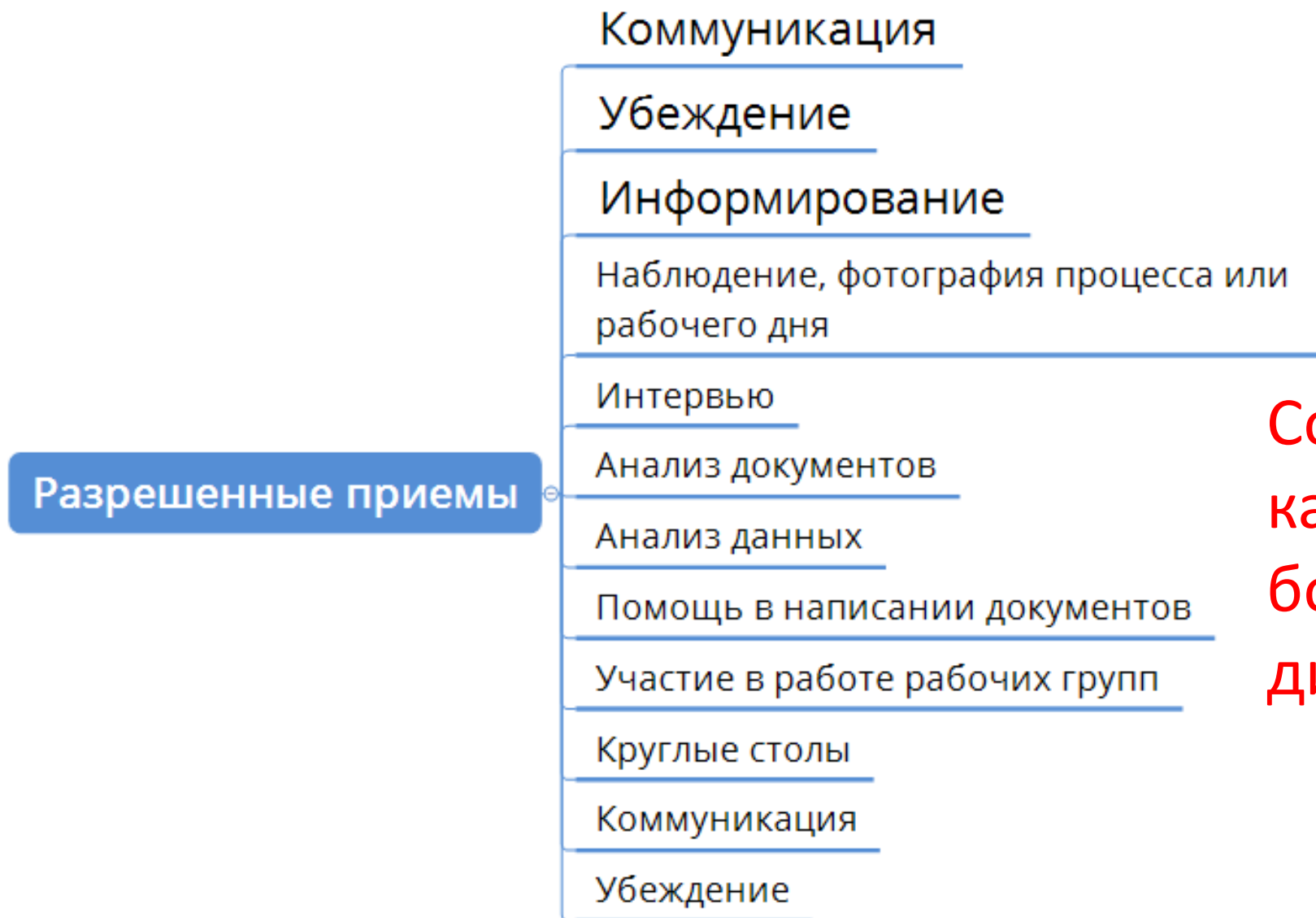
Инструменты для реализации задач



Инструменты
применяются постоянно,
согласно плану:

- Стратегическому,
- Годовому,
- На месяц

Используемые средства



Сотрудник отдела
качества должен быть
большим
дипломатом!

Запрещенные приемы

Запрещенные приемы

Управление "из кабинета"

Приказы, распоряжения - прямо, или
через главврача

Выдача задач без обучения

Наказание

Создание никому не нужных документов

Перенос чужой практики без адаптации

Следование моде - другие же делают?

Считать себя важнее
других подразделений

- Завоевать доверие других подразделений очень непростая задача. Потерять доверие можно за две минуты.
- Врачи не любят приказов. Надо обеспечить их согласие на добровольное исполнение.

- **Совсем маленькая организация** – главный врач или его заместитель выполняет все работы по ВКК; остальные сотрудники выполняют задачи по его поручению
- **Небольшая организация (50-100 сотрудников)** – отдел состоит из одного сотрудника который выполняет большинство задач; для проведения аудитов и реализации специфических задач подключаются специалисты по направлениям

- **Большинство организаций (100-500 сотрудников):**
 - Руководитель отдела (уполномоченный по качеству) – желательно врач, но не обязательно
 - Сотрудник, отвечающий за написание СОПов, организацию аудитов, подготовку отчетов, взаимодействие с рабочими группами, организацию обучения – желательно врач-методист
 - Сотрудник, отвечающий за оформление документов, документооборот, архивное дело, коммуникацию со всеми сторонами (секретарь) – лицо без медицинского образования

- **Большие организаций (500-1500 сотрудников):**
 - **Руководитель отдела** (уполномоченный по качеству) – обязательно врач. Если невозможно найти врача, тогда отдел по качеству должен курировать начмед, для обеспечения авторитета отдела среди медработников
 - (Желательно) **Врач-методист**, отвечающий за создание документальной базы для управления процессами и за систему аудитов
 - (желательно) **Опытная медсестра**, способная оказать помощь среднему медицинскому персоналу при внедрении ВКК
 - (желательно) **Инженер по стандартизации и метрологии**, оказывающий методическую помощь рабочим группам
 - **Секретарь**, отвечающий за оформление документов, обработку данных, поддержку совещаниям и т.д.

- Очень большие организаций (1500+ сотрудников):
 - Как и в предыдущем случае, с добавлением:
 - **Мини-отделы качества** в отдельных клиниках или в удаленных структурных подразделениях (филиалы, поликлиники)

Полномочия службы качества

Центр
Профессионального
Развития и Инноваций



ПРИКАЗ

« » 20 г. №

г.

**О внутреннем контроле качества и безопасности
медицинской деятельности *медицинской организации***

УТВЕРЖДАЮ
Главный врач

« » 20 г.

**ДОЛЖНОСТНАЯ ИНСТРУКЦИЯ
ЗАВЕДУЮЩЕГО ОТДЕЛОМ
КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
(УПОЛНОМОЧЕННОГО ПО КАЧЕСТВУ И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ)**

ПРИКАЗ

« » 20 г. №

г.

**Об утверждении положения
об отделе качества и безопасности медицинской деятельности
(уполномоченном по качеству и безопасности медицинской деятельности)
*медицинской организации***

ЛОГО	РАБОЧАЯ ИНСТРУКЦИЯ (Общий менеджмент)	РИ_
		Первая редакция
		Лист 1 из _
	Работа команд по улучшению качества	
	Введена в действие:	



1. **Управляет** качеством и безопасностью медицинской деятельности в медицинской организации **за счет**:

- **организации системы** управления качеством и безопасностью медицинской деятельности в соответствии с требованиями
- **систематического сбора, хранения, анализа и использования результатов** в целях управления качеством и безопасностью медицинской деятельности
- **выработки** на основе системного анализа медицинской деятельности **мер**, направленных на повышение качества, и их реализации



2. **Организует систему** управления качеством и безопасностью медицинской деятельности в соответствии с требованиями **путем**:

- **разработки системы локальных актов**, направленных на повышение качества, регламентирующих вопросы организации медицинской деятельности и проведения контроля, устанавливающих необходимые отчетные формы, периодичность, принципы и порядок их заполнения
- **своевременной актуализации локальных актов**, регламентирующих вопросы управления качеством и безопасностью медицинской деятельности, при изменениях федеральной и региональной нормативно-правовой базы медицинской деятельности
- **совершенствования локальных актов**, регламентирующих вопросы управления качеством и безопасностью медицинской деятельности, на основе системного анализа медицинской деятельности и результатов контроля

3. **Обеспечивает организацию управления** качеством и безопасностью медицинской деятельности в соответствии с требованиями, в т. ч.:

- **распределяет полномочия** между ответственными лицами по управлению качеством и безопасностью медицинской деятельности
- **контролирует соблюдение требований** к медицинской организации и проведению внутреннего контроля качества сотрудниками в пределах их компетенции
- **обеспечивает информационно-методическое сопровождение** управления качеством и безопасностью медицинской деятельности
- **организует систематическое обучение** работников медицинской организации по вопросам управления качеством и безопасностью медицинской деятельности
- **проводит индивидуальную и групповую разъяснительную работу** в коллективе по вопросам управления качеством и безопасностью медицинской деятельности
- **непосредственно осуществляет контроль** в соответствии с требованиями
- **предотвращает нарушения требований** при осуществлении медицинской деятельности и оказании медицинской помощи

4. Организует систематический сбор, хранение, анализ и использование результатов управления качеством и безопасностью медицинской деятельности в соответствии с требованиями на основании:

- соблюдения установленных объемов проведения контроля, порядка заполнения, сбора, хранения и представления отчетных форм должностными лицами
- систематизации и статистической обработки результатов управления качеством и безопасностью медицинской деятельности
- анализа причин снижения качества
- выработки управленческих решений, направленных на повышение качества и безопасности медицинской деятельности

5. Обеспечивает соблюдение требований при оказании медицинской помощи и поддержание оптимального лечебно-диагностического процесса путем:

- информирования работников о требованиях
- своевременного выявления и пресечения (предотвращения) грубых и явных нарушений экстремальных отклонений, создающих угрозу жизни, здоровью и благополучию пациентов и сотрудников
- выявления систематических нарушений и отклонений статистическими методами и их коррекции
- выработки решений, направленных на предотвращение нарушений и отклонений

6. **Вырабатывает и реализует меры**, направленные на развитие медицинской деятельности и повышение качества и безопасности медицинской деятельности, в т. ч.:

- **осуществляет системный анализ медицинской деятельности**, включая условия осуществления медицинской деятельности, ее организационную структуру, кадровые, материальные и иные ресурсы, процессы, технологии и другие значимые в отношении качества и безопасности медицинской деятельности параметры и проводит их объективную оценку, выявляет их связи и взаимозависимости, а также производит оценку эффективности использования ресурсов
- **обобщает и представляет главному врачу результаты системного анализа** медицинской деятельности медицинской организации вместе с выводами и предложениями по ее усовершенствованию, повышению качества и безопасности медицинской деятельности, оформленными в виде структурированных планов по улучшению качества в соответствии с требованиями
- **выявляет и анализирует причины дефектов**, допущенных при осуществлении медицинской деятельности, в т. ч. недостатки условий и процессов медицинской деятельности, личностные негативные факторы и другие причины
- **вырабатывает и участвует в реализации в пределах своей компетенции управленческих решений**, направленных на повышение качества и безопасности медицинской деятельности медицинской организации, включая вопросы профессиональной подготовки персонала, условий его работы, ответственности и мотивации, информационно-методического обеспечения и автоматизации процессов, организации медицинской деятельности и управления
- **организует и проводит методическую работу** с сотрудниками медицинской организации и обеспечивает информационно-методическое сопровождение медицинской деятельности, обмен опытом и другие мероприятия по вопросам обеспечения качества и проведения контроля;
- **участвует в разработке системы мотивации персонала** на соблюдение требований и повышение качества и безопасности медицинской деятельности с позитивными и негативными, материальными и нематериальными компонентами
- **анализирует успешность реализации и эффективность принимаемых мер**, направленных на улучшение качества, и проводит их коррекцию

- Для работы отдела качества требуются определенные материально-технические и информационные ресурсы
- Материальные ресурсы:
 - Офисная техника,
 - Компьютеры и компьютерная техника, включая выход в интернет
 - Переносной мультимедиа проектор, флип-чарт, белая доска
 - Учебный зал,
 - Зал для проведения совещаний
 - Собственный офис



- Информационные ресурсы:
 - Подписка на отечественные и иностранные журналы
 - Книги по управлению качеством
 - Определенные иностранные стандарты
 - Подписка на отечественные и иностранные базы данных, или сайты определенных агентств (ASQ, JCI, PubMed)
 - Обучающие материалы для проведения обучения персонала по вопросам качества и безопасности медицинской деятельности
- Программное обеспечение (**можно ориентироваться на свободное ПО**):
 - Офисные программы (презентации, текст, таблицы)
 - Программы для рисования ментальных карт, диаграмм потока и т.д.
 - Программы по управлению проектами
 - Программы для коммуникации (Zoom)

- Документы, определяющие задачи отдела
 - Положение о ВКК
 - Положение об отделе качества
 - Паспорт отдела
- Документы, описывающие порядок выполнения задач отдела качества
- Должностные инструкции персонала отдела качества

Документы, описывающие порядок выполнения задач отдела качества



- СОП по написанию СОП-ов и алгоритмов и управлению ими
- СОП по проведению самооценки
- СОП по проведению внутренних аудитов
- СОП по мониторингу показателей качества и безопасности медицинской деятельности
- СОП по проведению анализа инцидентов и неблагоприятных событий
- СОП по применению инструментов непрерывного улучшения
- СОП по работе команд по улучшению
- СОП по проведению оценки риска

Центр
 Профессионального
 Развития и Инноваций

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
1							для бумажных копий		
2	Код документа	Название документа	Редакция	Дата выпуска	Адрес в системе электронного документооборота	Ссылка на приказ	Копия №	Кому передано (подразделение или ФНО+должность)	Получил
3	СОП-БС-001	Мероприятия по обращению с отходами I класса опасности "Лампы ртутные, ртутно-кварцевые, люминесцентные, утратившие потребительские свойства"	2	09.01.2019 г.	https://ugkb18.bitrix24.ru/~T3L1G	https://ugkb18.bitrix24.ru/~gE22Z	1	Индеев Сергей Борисович, зам. главного врача по технике	Да
4	СОП-БС-002	Мероприятия по обращению с отходами I класса опасности "Отходы термометров ртутных"	2	09.01.2019 г.	https://ugkb18.bitrix24.ru/~nsyVm	https://ugkb18.bitrix24.ru/~gE22Z	1	Индеев Сергей Борисович, зам. главного врача по технике	Да
5	СОП-БС-003	Методика расследования и учета микротравм, полученных работниками в процессе производственной деятельности	2	09.01.2019 г.	https://ugkb18.bitrix24.ru/~MtxW	https://ugkb18.bitrix24.ru/~gE22Z	1	Индеев Сергей Борисович, зам. главного врача по технике	Да
6	СОП-БС-004	Порядок действий при наступлении внештатной ситуации, представляющей экологическую угрозу	2	09.01.2019 г.	https://ugkb18.bitrix24.ru/~zyfD2	https://ugkb18.bitrix24.ru/~gE22Z	1	Индеев Сергей Борисович, зам. главного врача по технике	Да
7	СОП-БС-005	Управление технической документацией	2	09.01.2019 г.	https://ugkb18.bitrix24.ru/~tC1dF	https://ugkb18.bitrix24.ru/~gE22Z	1	Индеев Сергей Борисович, зам. главного врача по технике	Да
8	СОП-ЭПБ-006	Гигиеническая обработка рук с мылом	2	09.01.2019 г.	https://ugkb18.bitrix24.ru/~U1msX	https://ugkb18.bitrix24.ru/~gE22Z	1	Ибраева Лилия Разитовна, врач-эпидемиолог	Да
9	СОП-ЭПБ-007	Гигиеническая обработка рук кожным антисептиком	2	09.01.2019 г.	https://ugkb18.bitrix24.ru/~NTYHM	https://ugkb18.bitrix24.ru/~gE22Z	1	Ибраева Лилия Разитовна, врач-эпидемиолог	Да
10	СОП-ЭПБ-008	Надевание стерильных перчаток	2	09.01.2019 г.	https://ugkb18.bitrix24.ru/~Nzx5N	https://ugkb18.bitrix24.ru/~gE22Z	1	Ибраева Лилия Разитовна, врач-эпидемиолог	Да
	СОП-ЭПБ-009	Надевание нестерильных перчаток	2	09.01.2019 г.	https://ugkb18.bitrix24.ru/~Lc1d	https://ugkb18.bitrix24.ru/~gE22Z	1	Ибраева Лилия Разитовна, врач-	Да

Автоматизация деятельности службы качества



Вид переписки рабочих групп между собой с выкладкой
в корпоративную информационную систему созданных документов

GAUZ RB GKB №18

Задачи и Проекты 3

Группы

Чат и звонки

Живая лента

Календарь

Диск

Почта

Служащие

Время и отчеты

Приложения

Сайты

Контакт-центр

CRM-маркетинг

CRM

Лаборатория AI

1C + CRM Битрикс24

Сквозная аналитика

CRM-аналитика beta

Ещё -

Мухамедьянова Алия Шамилевна · Бошкович Радомир, Голубятников Владислав Борисович, Группа 4: Лекарственная безопасность

20 июня 2018 13:47

Это документы клин. фармаколога, исправленные.

Файлы:

- 17 Политика антибиотикотерапии.docx 74.5 KB Редактировать · Ещё -
- АЛГ-ЛБ-099 Информировании пациентов о назначенном лечении.docx 37.68 KB Редактировать · Ещё -
- АЛГ-ЛБ-100 Обеспечение безопасности при назначении и использовании ЛП.docx 42.88 KB Редактировать · Ещё -
- АЛГ-ЛБ-101 Обучение применения ЛП пациентам до и после выписки.docx 50.37 KB Редактировать · Ещё -
- АЛ-ЛБ-102 Назначение ЛП с учетом факторов риска.docx 43.34 KB Редактировать · Ещё -
- АЛГ-ЛБ-103 Вербальное назначение ЛП в коридоре.docx 48.24 KB Редактировать · Ещё -
- ЧЛ-ЛБ-022 Правильное заполнение листов назначений.docx 47.68 KB Редактировать · Ещё -
- АЛГ-ЛБ-098 Вербальное назначение ЛП в экстренных случаях.docx 49.06 KB Редактировать · Ещё -
- СОП -ЛБ -289 Первооперационная АБ-профилактика.docx 61.54 KB Редактировать · Ещё -

Скачать все файлы одним архивом (455.28 KB)

Нравится · Комментировать · Ещё · 15

Предыдущие комментарии (3)

Шакирова Эльвира Розльевна · 10 июня 2018 14:53

Загрузила новую версию файла

Версия 2: АЛГ-ЛБ-100 Обеспечение безопасности при назначении и использовании ЛП.docx 42.88 KB · Ещё -

Нравится · Ответить · Ещё

Шакирова Эльвира Розльевна · 10 июня 2018 15:38

Загрузила новую версию файла

Версия 2: АЛ-ЛБ-102 Назначение ЛП с учетом факторов риска.docx 43.34 KB · Ещё -

Нравится · Ответить · Ещё

Мухамедьянова Алия Шамилевна · 17 июня 2018 13:30

исправлено

Файлы:

- РИ-ЛБ-047 Информировании пациентов о назначенном лечении.docx 43.56 KB Редактировать · Ещё -

Нравится · Ответить · Ещё



Вид оформления поручения внешнего консультанта в корпоративной информационной системе в режиме удаленного доступа

The screenshot displays a web application interface for a corporate information system. The top header bar is dark blue with the text "ГАУЗ РБ ГKB КХВ" and a task title "Разработать подход к передаче клинической ответственности для пациента". A sidebar on the left contains a menu with items like "Задачи и Проекты", "Группы", "Чат и звонки", "Живая лента", "Календарь", "Диск", "Почта", "Служащие", "Время и отчеты", "Приложения", "Сайты", "Контакт-центр", "CRM-маркетинг", "CRM", "Лаборатория АЗ", "1С + CRM Битрикс24", "Сквозная аналитика", "CRM-аналитика", and "Еще". The main content area shows a task titled "Задача № 21062 - ждет выполнения:". Below this, there is a detailed description of the task, which involves developing a handover protocol for a patient. The text describes a checklist used in Western practice for transferring clinical responsibility, listing four key components: 1) Transfer of responsibility during patient transfer, 2) Strict formalization of the transfer process, 3) Situation - using common identification data, and 4) Assessment of patient condition. The task also includes a list of four specific points to be addressed in the protocol: 1) Transfer of responsibility, 2) Formalization of the transfer process, 3) Situation - using common identification data, and 4) Assessment of patient condition. The task is assigned to a group named "Группа 7: Преемственность медицинской помощи".

Задача № 21062 - ждет выполнения:

В приложении чеклист, который используется в западной практике при передаче клинической ответственности за пациента. Конкретный чеклист используется при переводе взрослого пациента между отделениями, но тот же принцип можно использовать при любой передаче ответственности.

Суть в следующем:

- передача ответственности при передаче смены/переводу пациента всегда происходит у постели больного
- передача ответственности строго формализована и состоит из четырех частей, название которых дает аббревиатуру СБОР (по-английский SBAR);
- (Ситуация – В той части алгоритма применяются общие идентификационные данные о пациенте и данные о возможных аллергиях;
- Б(азовые медицинские данные) – из чеклиста видно, какие данные записывают;
- Оценка состояния пациента) – медицинские данные о состоянии пациента в момент передачи из рук в руки. Ячейка "PICC/Ниситал line", это то, что я не знаю, как называют по-русски, "периферически поставлен центральный катетер". Прошу помощь с переводом. То же самое относится к оценке состояния кожи по методу Watelore, надо поставить то, что используют в России, а я могу перевести эту шкалу, если необходимо.
- Р(емарки по дальнейшему уходу) – на что надо обратить внимание после передачи пациента.

Эти четыре раздела фиксированные, но их содержание может меняться. Так, при передаче смены часть данных может быть заменена на ту информацию, которая более подходит к ситуации.

Обратите внимание, что такой принцип используется и при любой передаче информации по телефону. Если сестра звонит врачу, потому что состояние пациента ухудшилось, то она должна описать о ком пациенте идет речь, какой у него диагноз, какая проблема наблюдается и что она хочет узнать от доктора.

Я понимаю, что описанный подход сильно отличается от того, как делают в российских больницах, поэтому все описанное только для инициирования дискуссии и осмысления улучшений в вашем подходе. Как бы вы ни планировали поступить, не забывайте, что суть этого чеклиста:

- а) подтвердить, что тот, который передает пациента, тому, который его принимает, передал не только пациента, но и всю информацию, необходимую для дальнейшего лечения;
- б) подтвердить, что тот, который принял ответственность за пациента, получил и понял всю необходимую информацию.

Если такой подход кажется слишком сложным, или ненужным, разработайте свой, но при этом опишите, как вы будете независимому аудиту доказывать вопросы а) и б).

Может быть, следует четко определить, в каких ситуациях необходимо применить описанный подход, а в каких – более упрощенную схему.

Файлы: Перевод пациента_СБОР.docx 19.05 KB Размещено: 2 дн. 1 ч.

Задача в проекте (группе): Группа 7: Преемственность медицинской помощи

Автоматизация деятельности службы качества



Скриншоты документов из реестра документов системы менеджмента качества

	ГАСУЗ РБ ГКУ № 18 г. Уфы	РИ-УК-122
Работа команд по улучшению качества		
Страницы 1 из 5	Разработан: 1 18.02.2019 г.	Утвердил: Главный врач Шрапкин Ж.А. 1

1. ПРЕДМЕТ ДОКУМЕНТА И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

Данное руководство представляет собой рекомендации по организации работы команд по улучшению качества и безопасности деятельности медицинской организации. Рекомендации предназначены для руководителей структурных подразделений, руководителей рабочих групп и команд, а также команд, которые занимаются улучшением деятельности организации в целом, улучшением отдельных процессов или решением конкретных проблем медицинской организации.

2. СВЯЗЬ С ДРУГИМИ ДОКУМЕНТАМИ

- Процедуры. Реализация непрерывных действий
- Процедуры. Анализ со стороны руководства
- Процедуры. Управление рисками
- Сертификационные/аккредитационные стандарты

РИ-УК-122 Работа команд по улучшению качества_K1.pdf

Размер: 513.44 КБ
Добавлен: 12.04.2019 11:48:17

Скачать

Подписать документ

<https://ug1818.bitrix24.ru/-c89>

	Руководство по качеству	Страницы 1 из 57 Разработан № 1 Срок утверждения: 18.02.2019 г.
---	-------------------------	---

Руководство по качеству

Государственного автономного учреждения

48 Руководство по качеству ГОСТ Р ИСО 9001 2015_18 ГКУБ.pdf

Размер: 1.87 МБ
Добавлен: 12.04.2019 12:17:14

Скачать

Подписать документ

<https://ug1818.bitrix24.ru/-c89>

Битрикс 24

Полный комплект инструментов для организации работы компании





Вид электронного чек-листа по учету кровопотери гравиметрическим методом

ФОРМА УЧЕТА КРОВОПОТЕРИ ГРАВИМЕТРИЧЕСКИМ МЕТОДОМ

Лицензиат (ФИО) [REDACTED] Номер карты лицензиата [REDACTED]

Операция:

Наименование операционного материала	«Сухой» вес единицы материала (в граммах) (А)	Количество (Х)	«Мокрый» вес в граммах общей (В)	Учитываемая кровопотеря (В-АХ+С)×1,3
I этап (выполнение доступа, подготовка к основному этапу операции):				
Салфетка марлевая 8х8 см				
Салфетка марлевая «метровка» 17х8				
Пелевка х/б				
Шпатель большой ручной				
Далее перечисляются все оставшиеся наименования				
Собрано в электроотсос, в мл (С)				
II этап (выполнение основного этапа операции):				
Салфетка марлевая 8х8 см				
Салфетка марлевая «метровка» 17х8				
Пелевка х/б				
Шпатель большой ручной				
Далее перечисляются все оставшиеся наименования				
Собрано в электроотсос, в мл (С)		наличие фиб р – ра для промывки (мл):		
III этап (завершение операции, репозиция выполненного, ушивание раны):				
Салфетка марлевая 8х8 см				
Салфетка марлевая				

автосохранение Сохранить Отмена

Автоматизация деятельности службы качества



Интерфейс программы по анкетированию персонала

Анкетирование персонала - добавить - редактировать

Дата: 23.10.2019 14:44 Врч: Не определено

Уважаемый(ая) коллега!

Оцените, пожалуйста, насколько каждое утверждение в таблице анкет верно для вас – по 10-балльной шкале.
Для этого выберите закладку "Вопрос и ответы".

Далее:

1. Выберите пол: "мужской", "женский"
2. Выберите категорию сотрудника: руководитель структурного подразделения, – врач – медицинский(ий) сестра(брат)
3. Вводите в графу "Знач." – значение балла насколько Вы оценили поставленный вопрос. Значение нужно вводить арабскими цифрами, например: 1, 2, ..., 9, 10.

Вопросы и ответы | Рекомендации

Категория	Вопрос	Ответ	Знач.	Уст.
КАТЕГОРИЯ	Пол:	мужской		☐
		женский		☐
	Категория сотрудника:	руководитель структурного подразделения		☐
		врач медицинский(ий) сестра(брат)		☐
1. УСЛОВИЯ ТРУДА	1.1. В учреждении всегда чистота и порядок	Результат		☐
	1.2. Мое рабочее место полностью оборудовано для выполнения моих прямых функций	Результат		☐
	1.3. Условия труда на моем рабочем месте соответствуют установленным требованиям	Результат		☐
2. ИНФОРМИРОВАНИЕ	2.1. Руководство учреждения всегда информирует меня о текущих делах учреждения и перспективных планах	Результат		☐
	2.2. Я своевременно получаю информацию о целях, задачах учреждения, о проводимых в учреждении мероприятиях	Результат		☐
	2.3. Мне всегда доступны все необходимые для работы документы, информация	Результат		☐
3. СТРАТЕГИЯ, ПОЛИТИКА, КОМПАНИИ	3.1. Я четко представляю себе миссию, цель и стратегию учреждения	Результат		☐
	3.2. Я знаю задачи, стоящие передо мной и всем коллективом	Результат		☐
	3.3. Я думаю, что в учреждении хорошая система управления	Результат		☐
4. ВОВЛЕЧЕННОСТЬ И ИНИЦИАТИВНОСТЬ	4.1. Руководству учреждения дается стимулировать и накапливать предложения сотрудников	Результат		☐
	4.2. Моя работа дает мне ощущение самореализации	Результат		☐
	4.3. Я свободно могу высказать (заявить) о своих предложениях и инициативах и знаю, как это сделать	Результат		☐
5. СПЛАТА ТРУДА	4.4. Мой руководитель всегда интересуется моим мнением	Результат		☐
	5.1. Оплата труда меня удовлетворяет полностью	Результат		☐
	5.2. За труд я получаю достойное вознаграждение	Результат		☐
6. КАРЬЕРА И ОБУЧЕНИЕ	5.3. В случае повышения результатов своей работы я всегда могу рассчитывать на повышение уровня заработной платы	Результат		☐
	6.1. Я имею возможность систематически повышать свою квалификацию и профессиональные мастерство	Результат		☐
	6.2. В случае необходимости я всегда могу получить дополнительное обучение	Результат		☐
7. УПРАВЛЕНИЕ	6.3. Я согласен с системной оценкой персонала, действующей в учреждении, и доволен ее результатами	Результат		☐
	7.1. Я уверен, что через год я буду работать в этом учреждении	Результат		☐

Итого:
интерпретация нет

OK Отменить

Автоматизация деятельности службы качества



Открытие и просмотр чек-листа

⚙ Панель управления чек-листами

Уровень аудита

+ 01_Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности (ВККиБМД) ▼

Редактировать

Удалить

Чек-лист

+ 01_Предложения (Практические рекомендации) ФГБУ «ЦМиКЭЭ» Росздравнадзора (Стационар) ▼

Редактировать

Удалить

Скрыть наименования ^

▼ Структура чек-листа

🖨 Печать

↑ Импорт списка

✓ Автокоррекция внутренних кодов

+ Добавить корневой элемент

1. Лекарственная безопасность. Фармаконадзор
2. Контроль качества и безопасности обращения медицинских изделий
3. Хирургическая безопасность. Профилактика рисков, связанных с оперативными вмешательствами
4. Безопасность среды в медицинской организации. Организация ухода за пациентами, профилактика пролежней и падений
5. Эпидемиологическая безопасность. Профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи
6. Преемственность медицинской помощи. Передача клинической ответственности за пациента. Организация перевода пациентов в рамках одной медицинской организации и трансфер в другие медицинские организации
7. Организация экстренной и неотложной помощи в стационаре. Организация работы приемного отделения
8. Идентификация личности пациентов
9. Профилактика рисков, связанных с переливанием донорской крови и ее компонентов, препаратов из донорской крови
10. Система управления персоналом. Медицинские кадры. Компетентность и компетенции
11. Организация оказания медицинской помощи на основании данных доказательной медицины. Соответствие клиническим рекомендациям (протоколам лечения)

Автоматизация деятельности службы качества



Форма ПЛ-02

Проверочный лист (показатели и критерии)

Чек-лист: Предложения (практические рекомендации) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (стационаре). – М.: ФГБУ «Центр мониторинга и клинико-экономической экспертизы» Росздравнадзора, 2017. – 136 с.

Раздел 1: Лекарственная безопасность. Фармаконадзор

Идентификатор			Наименование критерия	Да	Нет	Нпр	Комментарий
№	Вес	УК					
Показатель 1.1.1: Наличие приказов главного врача по вопросам обеспечения лекарственной безопасности							
1.1.1.1.1	1		Организация работы по обеспечению лекарственной безопасности в медицинской организации: основные направления, ответственные за направления и по подразделениям.				
1.1.1.1.2	1		Закупка лекарственных средств				
1.1.1.1.3	1		Контроль качества лекарственных средств, производимых в медицинской организации (если применимо)				
1.1.1.1.4	1		Информационная система наличия лекарственных препаратов в медицинской организации				
1.1.1.1.5	1		Контроль утилизации лекарственных средств с истекшим сроком годности				
1.1.1.1.6	1		Хранение лекарственных средств в аптеке медицинской организации/в подразделениях медицинской организации				
1.1.1.1.7	1		Система обеспечения лекарственными препаратами, в том числе в ночные часы и выходные и праздничные дни				
1.1.1.1.8	1		Организация и контроль за безопасным и эффективным применением лекарственных препаратов				
1.1.1.1.9	1		Система регистрации и сбора информации о серьезных и непредвиденных нежелательных реакциях в медицинской организации и передачи сведений о них в Росздравнадзор/ответственные				

Лекарственная безопасность. Фармаконадзор

+ Добавить элемент

✎ Редактировать

Количественные показатели раздела

Группы показателей:	15
Показатели:	44
Группы критериев:	44
Критерии:	79

Структура раздела

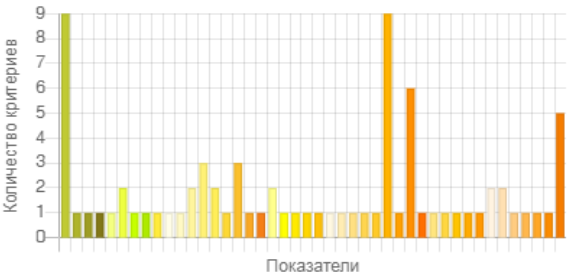
Группы показателей



Вхождение показателей в группы показателей

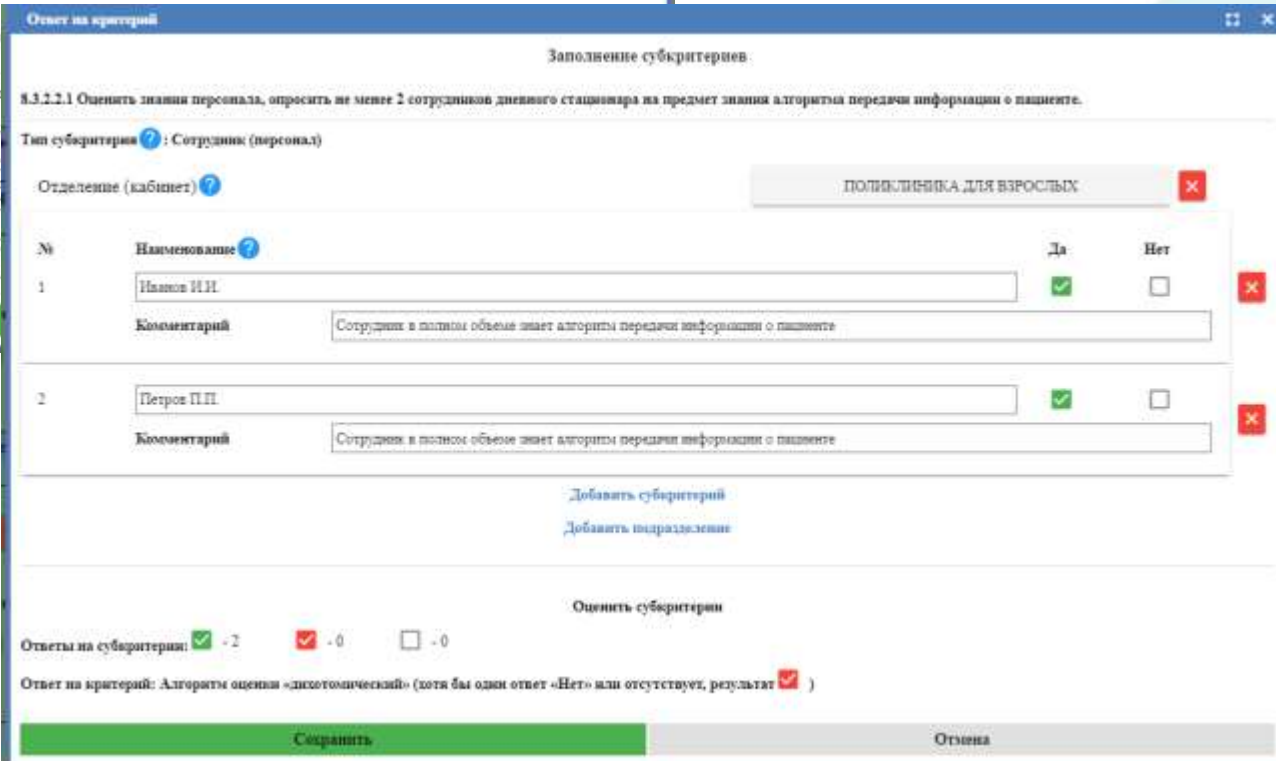
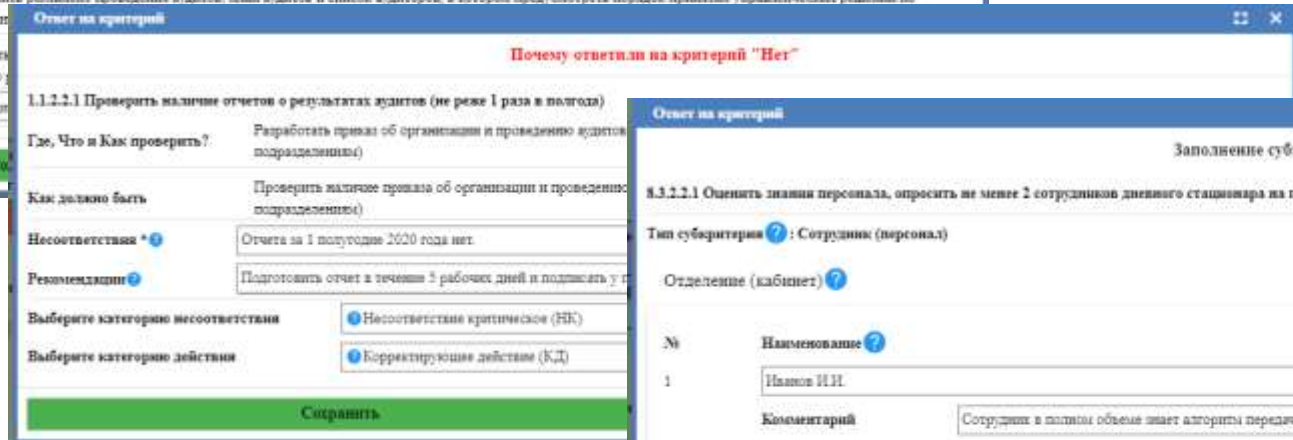
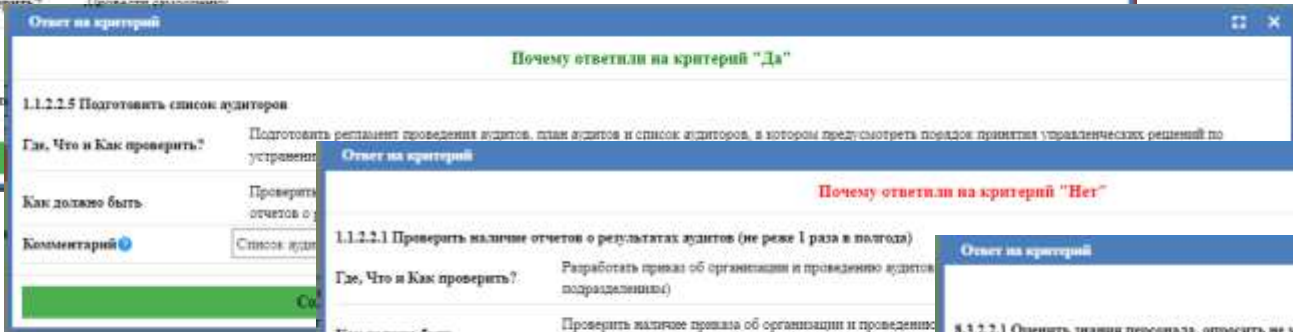
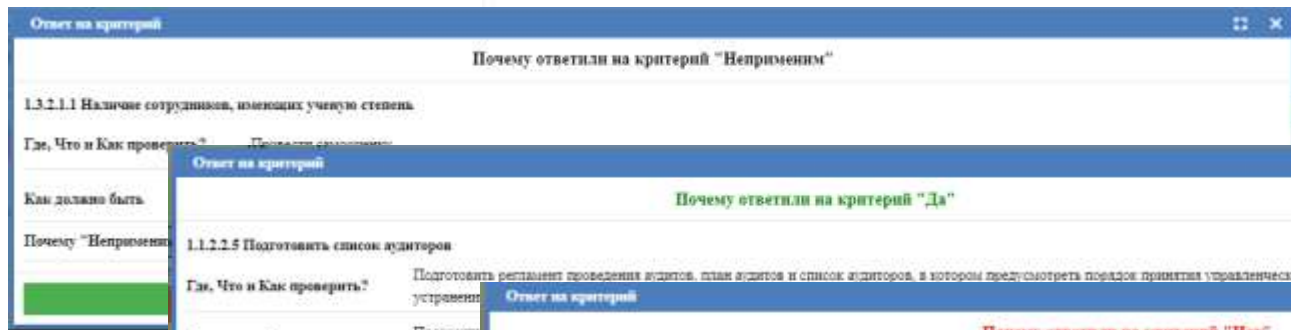


Вхождение критериев в показатели



Автоматизация деятельности службы качества

Ввод ответов на критерии чек-листа



Почему ответили на критерий "Неприменим"

1.1.2.1.1 Наличие сотрудников, имеющих ученую степень

Где, Что и Как проверить? Почему "Неприменим"

Как должно быть

Почему "Неприменим"

Сохранить

Почему ответили на критерий "Да"

1.1.2.2.5 Подготовить список аудиторов

Где, Что и Как проверить? Почему "Да"

Как должно быть

Почему "Да"

Сохранить

Почему ответили на критерий "Нет"

1.1.2.2.1 Проверить наличие отчетов о результатах аудитов (не реже 1 раза в полугодие)

Где, Что и Как проверить? Почему "Нет"

Как должно быть

Почему "Нет"

Несоответствия * 0

Отчеты за 1 полугодие 2020 года нет.

Рекомендации 0

Подготовить отчет в течение 3 рабочих дней и подписать у

Выберите категорию несоответствия

Несоответствие критическое (НК)

Выберите категорию действия

Корректирующие действия (КД)

Сохранить

Заполнение субкритериев

8.3.1.2.1 Оценить знания персонала, опросить не менее 2 сотрудников дневного стационара на предмет знания алгоритма передачи информации о пациенте.

Тип субкритерия ? : Сотрудник (персонал)

Отделение (кабинет) ?

ПОЛИЛИНИКА ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ

№	Наименование ?	Да	Нет
1	Иванов И.И.	☒	☐
	Комментарий	Сотрудник в полном объеме знает алгоритм передачи информации о пациенте	
2	Петров П.П.	☒	☐
	Комментарий	Сотрудник в полном объеме знает алгоритм передачи информации о пациенте	

Добавить субкритерий

Добавить подразделение

Оценить субкритерии

Ответы на субкритерии: ☒ - 2 ☒ - 0 ☐ - 0

Ответ на критерий: Алгоритм оценки «дихотомический» (хотя бы один ответ «Нет» или отсутствует, результат ☒)

Сохранить

Отмена

Автоматизация деятельности службы качества

Центр
Профессионального
Развития и Инноваций



Отчёт о проведении аудита медицинской организации Санкт-Петербург

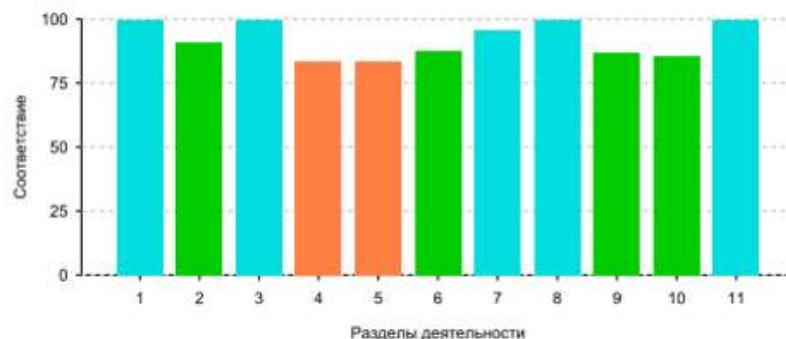
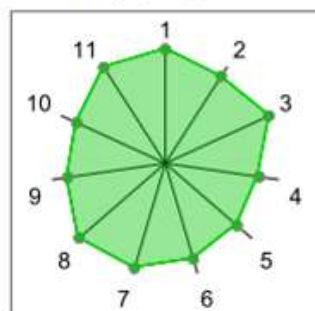
Уровень контроля: 05_Оценка системы эпидемиологической безопасности в медицинской организации в условиях пандемии COVID-19
Вид проверки: Внеплановая
Основание проверки: Приказ главного врача
Период проведения проверки: с 12.05.2020 по 15.05.2020
Дата завершения проверки: 26.05.2020
Чек-лист: Чек-лист для оценки системы эпидемиологической безопасности в медицинской организации (поликлиника) в условиях пандемии COVID-19
Алгоритм оценки: Процентный
Шкала градации: Градация оценок из предложений (практических рекомендаций) ФГБУ "НИИ" Росздравнадзора (стационар)

Индекс качества и безопасности медицинской деятельности в целом



Уровень качества и безопасности медицинской деятельности:
Условно безопасный: Система обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности в целом эффективная
Рекомендация:
Требуется проведение корректирующих мероприятий по отдельным разделам и процессам медицинской деятельности

в том числе по разделам деятельности:



Проверенные разделы деятельности

№	Наименование раздела деятельности	Индекс качества, %	Заключение (Уровень качества)	Рекомендации
1	Организация системы обеспечения эпидемиологической безопасности в условиях пандемии COVID-19	100.00	Безопасный: Система обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности по данному разделу	Требуется контроля и минимальных улучшений
2	Организация работы приемно-смотровых боксов и (или) фильтр-боксов, выездных бригад и допуска сотрудников в условиях пандемии COVID-19	90.91	Условно безопасный: Система обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности по данному	Требуется проведения корректирующих мероприятий по отдельным процессам данного раздела медицинской деятельности
3	Активное выявление признаков респираторных инфекций среди пациентов и персонала	100.00	Безопасный: Система обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности по данному разделу	Требуется контроля и минимальных улучшений
4	Система проведения микробиологических исследований	83.33	Небезопасный: Система обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности не эффективная	Требуется проведения существенных изменений по большинству процессов данного раздела медицинской деятельности

Заключение группы специалистов

1. В ходе проведения проверки:

Выявлены нарушения обязательных требований ...
Выявлены несоответствия сведения ...
Выявлены факты невыполнения ...
Нарушений не выявлено ...

2. Общая оценка соответствия медицинской организации заявленным требованиям.

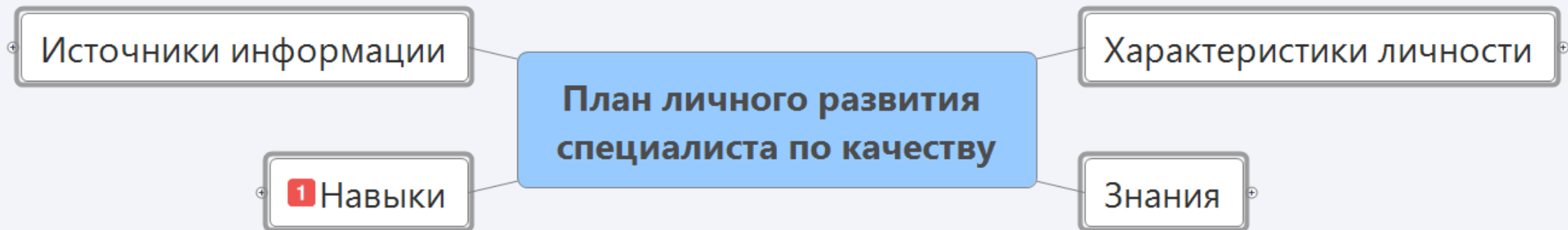
Уровень качества: Условно безопасный: Система обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности в целом эффективная
Рекомендации: Требуется проведения корректирующих мероприятий по отдельным разделам и процессам медицинской деятельности

Дата: 26.05.2020

- Сотрудники отдела качества должны обучаться, чтобы могли выполнить свое назначение
- Образовательного стандарта пока нет и надеемся, что его и не будет
- Проблема в том, что на русском языке нет обучающих материалов и в том, что обучением по вопросам управления качеством должны заниматься практики, не университетские профессора
- Что должен знать профессионал в области качества общего профиля можно найти на сайте ASQ www.asq.org



- Материалы для обучения сотрудников отдела качества можно найти на сайте ВОЗ, а также на сайтах институтов по качеству в здравоохранении США, Великобритании, Австралии, Франции
- 20% курсов и конференций, 80% самостоятельной работы (включая контакт с внешними экспертами)



Знания



Требования к внутреннему контролю качества руководитель отдела управления качеством должен знать как своих пять пальцев!

Навыки



Чтобы освоить навыки, руководитель отдела качества должен лично написать минимум два СОП-а и нарисовать минимум два алгоритма.

Характеристики личности



Внимание: ТК РФ не позволяет использовать характеристики личности как критерий для назначения / снятия с должности. Однако это очень важно!



Организация и проведение внутреннего контроля осуществляется с учетом видов работ (услуг), указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности.

- Взаимодействие лучше осуществлять **с рабочими группами через отдел качества**
- Важно обеспечить **согласованность действий** без дублирования и неохваченных функций
- **Порядок** взаимодействия лучше всего **описать в положении** о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности
- **Врачебная комиссия выступает источником информации** о систематических нарушениях и отклонениях, которые требуют **разработки, актуализации и совершенствования** системы локальных актов, направленных на повышение качества, регламентирующих вопросы организации медицинской деятельности

Взаимодействие врачебной комиссии и службы качества

Функция врачебной комиссии (раздел II п. 4 Приказа № 502н)	Подкомиссии врачебной комиссии	Рабочие группы
Проводить экспертизу профпригодности, предварительные и периодические медосмотры работников, занятых на тяжелых работах и работах с вредными и опасными условиями труда	Подкомиссия по экспертизе профпригодности	Рабочая группа - по деятельности поликлиники
Оценивать качество, обоснованность и эффективность лечебно-диагностических мероприятий, в том числе назначения лекарств	Лечебно-контрольная комиссия Подкомиссия по рациональному назначению лекарств Подкомиссия по экспертизе временной нетрудоспособности	Рабочая группа - по лекарственной безопасности
Назначать лекарства, которые не входят в стандарт помощи, и препараты по торговым наименованиям индивидуальным пациентам. Сообщать в Росздравнадзор о побочных действиях, не указанных в инструкции по применению препарата, серьезных и непредвиденных нежелательных реакциях	Лечебно-контрольная комиссия Подкомиссия по рациональному назначению лекарств Формулярная комиссия	Рабочие группы - по лекарственной безопасности - по доказательной медицине
Разрабатывать мероприятия по устранению и предупреждению нарушений в процессе диагностики и лечения	Лечебно-контрольная комиссия	Все рабочие группы по направлениям
Анализировать заболеваемость, в том числе матерей и новорожденных, внутрибольничными инфекциями. Разрабатывать и проводить мероприятия по профилактике внутрибольничных инфекций	Подкомиссия по профилактике инфекций, связанных с оказанием медпомощи	Рабочая группа - по эпидемической безопасности
Рассматривать обращения и жалобы граждан	Подкомиссия по разбору жалоб и обращений граждан	Все рабочие группы по направлениям



Отсутствие авторитета у службы качества

Отсутствие лидерства у высшего руководства

Отсутствие передовой IT-поддержки

Отсутствие благоприятного климата и атмосферы доверия («ненаказания») в коллективе

Сложности и тонкости во взаимодействии с отдельными категориями персонала (например, хирургами)

Неправильно сформированные мультидисциплинарные рабочие группы (психологическая несовместимость, незаинтересованные или «скучающие» в составе, должностные лица из числа администрации в составе)



- Работу отдела качества можно разделить на две фазы:
 - Фаза построения фундамента системы управления качеством и достижения соответствия с приказом 785н
 - Фаза поддержания системы в рабочем состоянии и внесение улучшений
- Если сертификация ставится как цель, тогда можно говорить о следующих фазах:
 - Период до сертификации
 - Период после сертификации

Предупреждение!



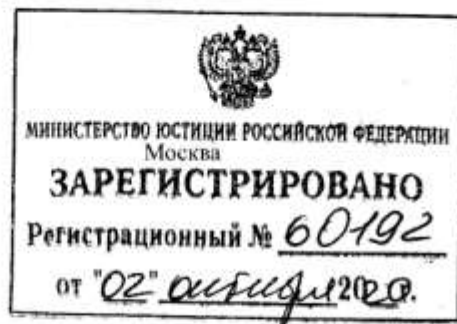
- Очень часто отдел качества теряет свое значение сразу после достижения первоначальной цели его создания:
 - После прохождения инспекции Росздравнадзора, или
 - После сертификации (любой)
- Тогда появляется вопрос «а дальше что», и «что делать с персоналом отдела качества?»



- ГKB № 21, г. Уфа, Республика Башкортостан
- На связи Мухамедьянова Алия Шамилевна, начальник Отдела качества медицинской помощи и безопасности медицинской деятельности aliya.mukhamedjanova@yandex.ru
- Больница только что успешно прошла внешний аудит Национального института качества

- Пандемия COVID-19
- Другие чрезвычайные ситуации

П Р И К А З



№ 7854

Об утверждении
Требований к организации и проведению
внутреннего контроля качества и безопасности
медицинской деятельности

17. Плановые и целевые (внеплановые) проверки, осуществляемые в рамках внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, в зависимости от вида медицинской организации, видов, условий и форм оказания медицинской помощи, перечня работ (услуг), указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности, предусматривают оценку следующих показателей:

1) наличие в медицинской организации нормативных правовых актов (в том числе изданных федеральными органами государственной власти, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами

местного самоуправления), регламентирующих вопросы организации медицинской деятельности, включая:

преимущество оказания медицинской помощи на всех этапах;
оказание медицинской помощи, в том числе в условиях чрезвычайных ситуаций;



- Краевая клиническая больница, г. Красноярск
- На связи Николаева Надежда Михайловна, руководитель отдела качества
- Больница успешно прошла сертификацию в СДС «Качество и безопасность медицинской деятельности», готовится к аккредитации JCI



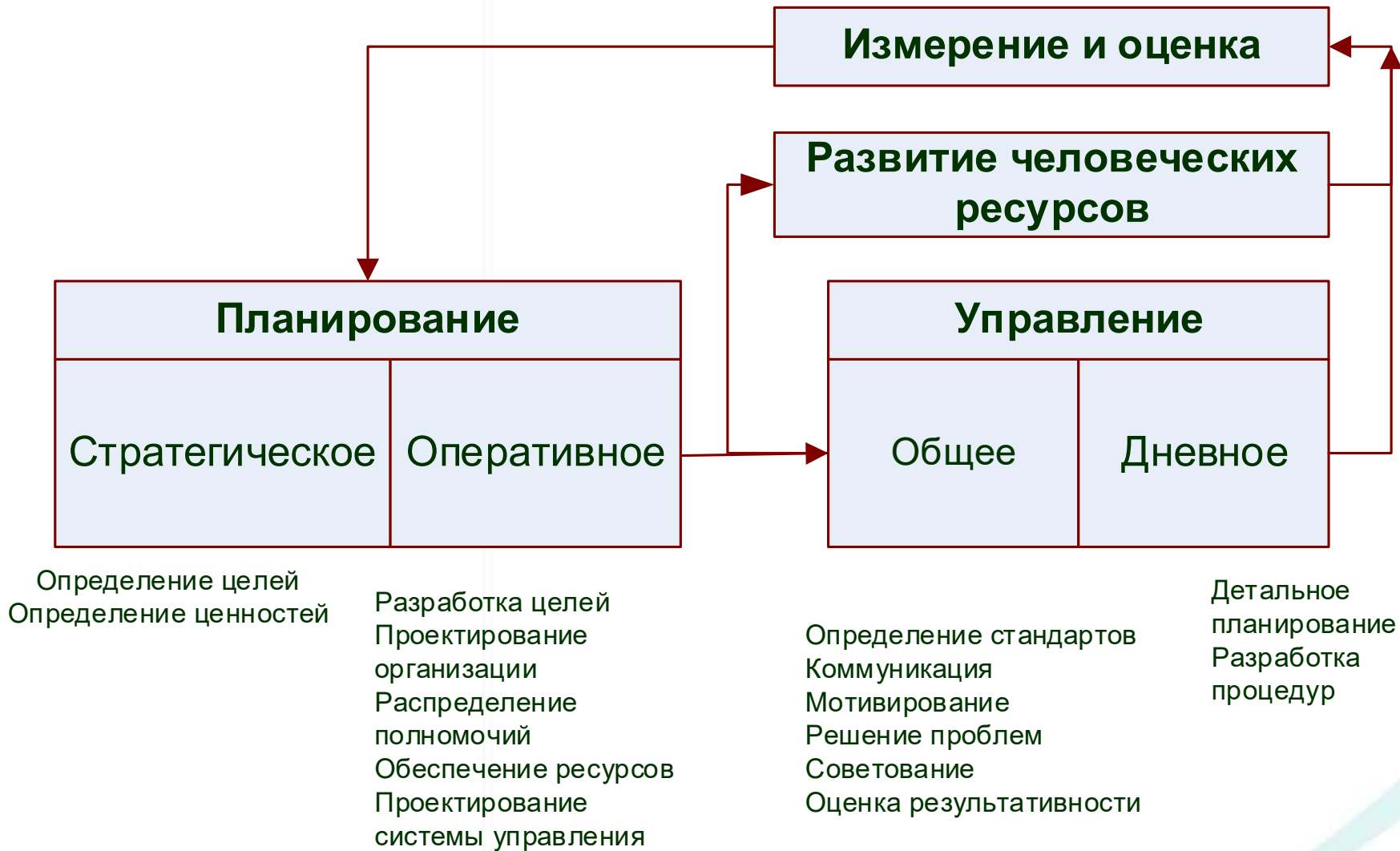
- Очень часто считают, что за качество и безопасность должен отвечать отдел качества по принципу:
 - Хирург → Проведение операции
 - Эпидемиолог → Эпидбезопасность
 - Клинический фармаколог → Безопасность ЛП
 - Отдел качества → Качество
- **Это совсем не так!**

Интеграция аспектов управления качеством в работу руководителя структурного подразделения

- Отдел качества не может никому приказывать. Деятельностью структурного подразделения, **включая обеспечение качества**, управляет его руководитель.
- Классические функции управления:
 - Планирование
 - Обеспечение ресурсов
 - Организация работы
 - Оперативное управление
 - Надзор и контроль

Обеспечение качества должно быть встроено в работу руководителя структурного подразделения

Интеграция аспектов управления качеством в работу руководителя структурного подразделения



На схеме нет места для отдельного «управления качеством». Оно должно быть встроено в существующую структуру

Если перевести в таблицу

Задачи руководителя	Действия по обеспечению качества и безопасности
Планирование	Применение СОП «Планирование»
Обеспечение пригодности ресурсов	Наставничество и обучение персонала Введение в должность Управление развитием персонала Заявки на закупки
Организация работы	Распределение задач Внедрение внутренних документов Внедрение КР
Оперативное управление	Обеспечение соблюдения внутренних документов Надзор над работой сотрудников Коммуникация с руководством и с сотрудниками
Надзор и контроль	Мониторинг показателей качества Аудит в рамках ВКК и клинический аудит Корректирующие и предупреждающие действия Инициативы для улучшения

Красный текст – задачи, которыми заведующие сейчас не занимаются

Как этим заниматься при всей занятости руководителей?

- Заведующие отделениями обычно не обучались быть менеджерами. Отдел качества должен им помочь справиться с этой ролью и обеспечить:
 - Информацию / данные,
 - Методическую основу для управления качеством
 - Помощь при выполнении всех задач в связи с качеством
- **Внимание!**: Очень тонкая грань между «помощью» и «выполнением чужой работы»

- **Совсем маленькая организация** – главный врач или его заместитель выполняет все работы по ВКК; остальные сотрудники выполняют задачи по его поручению
- **Небольшая организация (50-100 сотрудников)** – отдел состоит из одного сотрудника который выполняет большинство задач; для проведения аудитов и реализации специфических задач подключаются специалисты по направлениям
- **ВАЖНО!!!** Курация небольших медицинских организаций крупными головными медицинскими организациями или центрами компетенций

- Соответствие приказу 785н или получение сертификата Национального института качества не могут быть окончательные цели отдела качества
- **Удаленная цель:** достижение того уровня качества и безопасности медицинской помощи который обеспечивают лучшие такие же медицинские организации в стране /мире (на своем уровне в системе здравоохранения!)

Видение (мечта поэта)



- Оперативное управление качеством полностью в руках начмеда, заведующих отделениями, старших медицинских сестер и главной сестры
- Отдел качества трансформирован в отдел по организационному развитию и оказывает методическую и консультативную помощь всем структурным подразделениям
- Информационные технологии полностью поддерживают процессы обеспечения качества
- Создана внутрикорпоративная культура, которая способствует непрерывному улучшению качества.



1 29-31 МАРТА Уфа



Обучение посвящено проведению внутреннего аудита в МО. Как этот процесс самостоятельно проводить у себя в учреждении, кто этим должен заниматься, по каким правилам. **Участие в реальном аудите на базе больницы города с экспертами Национального института качества Росздравнадзора!**

2 27-29 АПРЕЛЯ Сочи



Обучение посвящено организации ВКК, а именно неблагоприятным событиям: как их регистрировать, классифицировать, учитывать и проводить их профилактику. Отдельное внимание уделим юридической стороне вопроса при регистрации неблагоприятных событий. Подробно остановимся на таком важном разделе как хирургическая безопасность, поскольку именно здесь возникают наибольшие риски появления неблагоприятных событий

3 23-25 АВГУСТА Санкт-Петербург



Обучение посвящено работе с персоналом: мотивация, формирование эффективной команды, разрешение конфликтов, профессиональное выгорание - что с этим делать, как разработать систему обучения и др.

4 17-19 НОЯБРЯ Москва



Обучение посвящено повышению эффективности медицинской деятельности: роль руководителя (какими компетенциями и качествами должен обладать современный руководитель), клиентоориентированность – как с этим работать, маркетинг медицинской организации, взаимодействие со СМИ, работа с пациентами по устранению конфликтов, сервисная составляющая, досудебное урегулирование конфликтов, работа с жалобами пациентов и др.

5 7-9 ДЕКАБРЯ Москва



Обучение посвящено финансовой деятельности медицинской организации: как организовать внутренний финансовый контроль, бухгалтерский учет, отчетность и налогообложение, планирование ФХД на 2022 год и др.



27 - 29 апреля 2021



Сочи

Всероссийская конференция «Управление нежелательными событиями в медицинской организации. Безопасность пациента и медработника»

Для участников семинара согласованы специальные
условия участия при регистрации **до 31.12.20**

[Подробности у организаторов мероприятия](#)

тел./факс: +7 (499) 705-14-44 www.center-pri.ru mail@center-pri.ru



29 - 31 марта 2021



Уфа

СЕМИНАР-ПРАКТИКУМ с выездным аудитом в МО

«Проведение аудитов в системе
ВКК и БМД медицинской организации»

Для участников семинара согласованы специальные
условия участия при регистрации **до 31.12.20**

Подробности у организаторов мероприятия

тел./факс: +7 (499) 705-14-44 www.center-pri.ru mail@center-pri.ru



Ваше время



Ваш город

ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ КОНСУЛЬТАЦИИ

Если у вас есть индивидуальные вопросы по экономике, юридической защите, ВКК и БМД, вы можете получить индивидуальную консультацию

Мы подберем для решения Вашего вопроса лучшего эксперта в выбранном направлении

Подробности у организаторов мероприятия

тел./факс: +7 (499) 705-14-44 www.center-pri.ru mail@center-pri.ru



Международный
Инновационный
Консалтинг

Центр
Профессионального
Развития и Инноваций



Проведение внешнего аудита

Проведение внешнего аудита на предмет соответствия медицинской организации требованиям Предложений Росздравнадзора по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности

Стоимость услуги – от 225 000 рублей.

Подробности у организаторов мероприятия

тел./факс: +7 (499) 705-14-44 www.center-pri.ru mail@center-pri.ru





Innovation
Consulting
International

Компания «Международный инновационный консалтинг» (Москва, Белград)



Директор по проектам
Радомир Бошкович
Руководитель проектов в медицине
Евгений Князев



Наши компании с головным офисом в Москве, Санкт-Петербурге, Туле и Белграде объединяют экспертов из Российской Федерации, Сербии, Израиля и Европейского союза

1

Мы занимаемся консалтингом в области менеджмента в здравоохранении
- в России с 2007 года, а на Балканах с 1998 года

2

За это время мы реализовали ряд проектов
по внедрению международных и национальных систем качества
и безопасности медицинской деятельности
на государственном, региональном и локальном уровнях

Собственный практический опыт делает нашу команду уникальной.
Каждый из наших сотрудников лично руководил, организовал и/или выполнял ту работу, где сейчас выступает в качестве консультанта

Мы – практики с опытом реализации масштабных программ в сфере качества и безопасности медицинской деятельности

Радомир Бошкович

Директор по проектам



Эксперт «Национального института качества» Росздравнадзора

Консультант по системам менеджмента в здравоохранении с 20-летним опытом

Бизнес-тренер международного уровня

Член Экспертной коллегии Фонда по качеству и деловому совершенству

Член Редакционных советов журналов «Вестник Росздравнадзора» и «Менеджмент качества в медицине» (РИА «Стандарты и качество»)

Евгений Князев

Руководитель проектов в медицине



Эксперт «Национального института качества» Росздравнадзора

Эксперт и аудитор органов по сертификации «Русский Эксперт» (Россия) и AJA Registrars CIS Ltd (Великобритания)

Эксперт СДС «Качество и безопасность медицинской деятельности», ISO 9001, ISO 14001, HACCP

Член Редакционного совета журнала «Менеджмент качества в медицине» (РИА «Стандарты и качество»)

Мы участвовали и принимаем участие во внедрении современных систем менеджмента качества в России и не только

Россия

15+ проектов,
в том числе

Красноярская
краевая
клиническая
больница

Разработка стратегического плана
развития и обучение руководства
методам стратегического планирования

Городские
клинические
больницы
№ 18 и № 21 г. Уфы

Разработка с нуля и поэтапное
внедрение интегрированной системы
менеджмента качества

Республиканский
кардиоцентр
г. Уфа

Подготовка организации к
сертификации в СДС Росздравнадзора
"Качество и безопасность медицинской
деятельности"

100+ аудитов государственных и
частных
медицинских организаций

Республика Сербская

68 медицинских
организаций

Построение единой модели
управления качеством
в государственной системе
здравоохранения

Казахстан, Азербайджан



Проведение образовательных курсов
и семинаров по внедрению систем
менеджмента качества в здравоохранении

В течение последних 20 лет

эксперты компаний работали

- ▶ над созданием законодательной базы в области здравоохранения
- ▶ разработкой механизмов управления системой здравоохранения, оперативным управлением медицинской деятельностью
- ▶ созданием стандартов качества и безопасности для медицинских организаций различного уровня
- ▶ внедрением систем сертификации и аккредитации медицинских организаций и системы мониторинга качества и безопасности процесса оказания медицинской помощи
- ▶ внедрением систем менеджмента качества в медицинских организациях
- ▶ над созданием системы повышения менеджерских компетенций управляющего персонала медицинских организаций

Вы получите те компетенции и инструменты, которые **важны именно вам**

Услуги:

**1 Для руководителей органов
управления здравоохранения**

**2 Для руководителей медицинских
организаций**

директоров, главных врачей
и их заместителей

**3 Для уполномоченных
по качеству**

- ▶ Обучение по расширенной программе по внедрению стандартов в области качества и безопасности медицинской деятельности JCI (Joint Commission International)
- ▶ Внедрение единой системы управления качеством и безопасностью медицинской деятельности (в т.ч. внедрение требований приказа Минздрава России № 785н от 31 июля 2020 г) в медицинских организациях
- ▶ Проведение комплексного аудита с оценкой состояния системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности и готовности медицинской организации к внедрению интегрированной системы менеджмента качества (с разработкой плана проведения мероприятий по внедрению)
- ▶ Обучение на наших циклах информационно-методических семинаров

Мы поможем внедрить интегрированную систему менеджмента качества в **вашей медицинской организации**

А также

**Внедрить требования приказа Минздрава
России № 785н от 31 июля 2020 г. и
обеспечить готовность организации к
государственному контролю**
(проверкам Росздравнадзора)

**Подготовить вашу медицинскую
организацию к аккредитации
JCI (Joint Commission International)**

**Подготовить вашу медицинскую
организацию к добровольной
сертификации в системе
«Качество и безопасность медицинской
деятельности»**
(«Национальный институт качества»
Росздравнадзора)



Наши контакты:



Международный
Инновационный
Консалтинг



+7-915-345-53-44 Евгений Князев
+7-985-455-56-22 Радомир Бошкович



office@icil.ru

ООО «Международный инновационный консалтинг» (ООО «МИК»)
ИНН 7705556738 КПП 770301001
Юридический адрес: 123100, г. Москва, наб. Пресненская, д.12, эт.45, ком.11, пом. IVB