

Положение
о порядке организации и проведения внутреннего контроля качества и
безопасности медицинской деятельности
в БУЗОО « Клиническая медико-санитарная часть № 9»

1. Общие положения

1.1. Настоящее положение по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (далее - положение) в БУЗОО « КМСЧ № 9» разработано в целях обеспечения прав граждан на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, правилами проведения лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных видов диагностических исследований, положениями об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядками организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, порядками проведения медицинских экспертиз, диспансеризации, диспансерного наблюдения, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, с учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций, а также соблюдения обязательных требований к обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности.

1.2. Настоящее положение разработано в соответствии с:

- Федеральным законом от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";
- Законом Российской Федерации от 07.02.1992 г. № 2300-1 "О защите прав потребителей";
- Постановлением Правительства Российской Федерации от 01.06.2021 г. № 852 "О лицензировании медицинской деятельности";
- Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 г. № 1006 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг";
- Приказом Министерства здравоохранения РФ от 31.07.2020 г. № 785н "Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности";
- Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 05.05.2012 г. № 502н "Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации".
- Приказом Министерства здравоохранения РФ от 10.05.2017 г. № 203-н «Об утверждении критериев качества медицинской помощи».
- Постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 24 декабря 2020 года № 44 об утверждении санитарных правил СП 2.1.3678-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к эксплуатации помещений,зданий,сооружений, оборудования и транспорта , а также условиям деятельности хозяйствующих субъектов, осуществляющих продажу товаров,выполнение работ или оказание услуг»
- Постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28 января 2021 года № 4 об утверждении санитарных правил и норм

СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней»

- Постановлением Главного государственного врача Российской Федерации от 28 января 2021 года № 3 об утверждении санитарных правил и норм СанПиН 2.1.3684-21 «Санитарно-эпидемиологические требования к содержанию территорий городских и сельских поселений, к водным объектам, питьевой воде и питьевому водоснабжению, атмосферному воздуху, почвам, жилым помещениям, эксплуатации производственных, общественных помещений, организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий»

- Постановлением Правительства Российской Федерации от 17.11.2021 г. №1968 «Об утверждении правил поэтапного перехода медицинских организаций к оказанию медицинской помощи на основе клинических рекомендаций, разработанных и утвержденных в соответствии с частями 3,4,6-9 и 11 статьи 37 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

1.3. Объектом внутреннего контроля качества является медицинская помощь, представляющая собой комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг.

1.4. Организация и проведение внутреннего контроля с учетом вида медицинской организации, видов, условий и форм оказания медицинской помощи и перечня работ (услуг), указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности, направлены на решение следующих задач:

- совершенствование подходов к осуществлению медицинской деятельности для предупреждения, выявления и предотвращения рисков, создающих угрозу жизни и здоровью граждан, и минимизации последствий их наступления;

- обеспечение и оценка соблюдения прав граждан в сфере охраны здоровья при осуществлении медицинской деятельности;

- обеспечение и оценка применения порядков оказания медицинской помощи, правил проведения лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных видов диагностических исследований, положений об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядков организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, стандартов медицинской помощи;

- обеспечение и оценка соблюдения порядков проведения медицинских экспертиз, диспансеризации, диспансерного наблюдения, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований;

- обеспечение и оценка соблюдения медицинскими работниками и руководителями медицинских организаций ограничений, налагаемых на указанных лиц при осуществлении ими профессиональной деятельности в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";

- предупреждение нарушений при оказании медицинской помощи, являющихся результатом:

- а) несоответствия оказанной медицинской помощи состоянию здоровья пациента с учетом степени поражения органов и (или) систем организма либо нарушений их функций, обусловленной заболеванием или состоянием либо их осложнением;

- б) невыполнения, несвоевременного или ненадлежащего выполнения необходимых пациенту профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций;

- в) несоблюдения сроков ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановой форме, включая сроки ожидания оказания медицинской помощи в стационарных условиях, проведения отдельных диагностических обследований и консультаций врачей-специалистов;

- принятие мер по пресечению и (или) устранению последствий и причин нарушений, выявленных в рамках федерального государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности, ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности, объемов, сроков и условий оказания медицинской помощи, выявленных в рамках контроля качества медицинской помощи фондами обязательного медицинского страхования и страховыми медицинскими организациями в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании;
- принятие управленческих решений по совершенствованию подходов к осуществлению медицинской деятельности.

2. Порядок организации и сроки проведения внутреннего контроля качества

2.1. Ответственным за организацию внутреннего контроля качества в медицинском учреждении является один из заместителей главного врача по лечебным вопросам, уполномоченный руководителем учреждения.

2.2. Внутренний контроль качества организуется и проводится комиссией по внутреннему контролю.

2.3. Внутренний контроль качества проводится в соответствии с настоящим приказом и регламентирует:

- функции и порядок взаимодействия комиссии и уполномоченного лица, руководителей и уполномоченных работников структурных подразделений медицинской организации, врачебной комиссии медицинской организации в рамках организации и проведения внутреннего контроля;

- цель, задачи и сроки проведения внутреннего контроля;

- основания для проведения внутреннего контроля;

- права и обязанности лиц, участвующих в организации и проведении внутреннего контроля;

- порядок регистрации и анализа результатов внутреннего контроля;

- порядок использования результатов внутреннего контроля в целях управления качеством и безопасностью медицинской деятельностью;

- по решению руководителя медицинской организации разрабатываются иные локальные акты в рамках внутреннего контроля (стандартные операционные процедуры, алгоритмы действий работников организации) в соответствии с нормативными правовыми актами, регламентирующими вопросы организации медицинской деятельности, в том числе порядками оказания медицинской помощи, а также с учетом стандартов медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, критериев оценки качества медицинской помощи.

- по решению руководителя медицинской организации для осуществления мероприятий внутреннего контроля могут привлекаться научные и иные организации, ученые и специалисты.

2.4. Внутренний контроль качества включает следующие мероприятия:

- оценку качества и безопасности медицинской деятельности медицинской организации, ее структурных подразделений путем проведения плановых и целевых (внеплановых) проверок;

- сбор статистических данных, характеризующих качество и безопасность медицинской деятельности медицинской организации, и их анализ;

- учет нежелательных событий при осуществлении медицинской деятельности (фактов и обстоятельств, создающих угрозу причинения или повлекших причинение вреда жизни и здоровью граждан и (или) медицинских работников, а также приведших к удлинению сроков оказания медицинской помощи);

- мониторинг наличия лекарственных препаратов и медицинских изделий с учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций;

- анализ информации о побочных действиях, нежелательных реакциях, серьезных нежелательных реакциях, непредвиденных нежелательных реакциях при применении лекарственных препаратов, об индивидуальной непереносимости, отсутствии эффективности лекарственных препаратов, а также об иных фактах и обстоятельствах, представляющих угрозу жизни или здоровью человека при применении лекарственных препаратов и выявленных на всех этапах обращения лекарственных препаратов, сообщаемой медицинской организацией в уполномоченный федеральный орган исполнительной власти

- анализ информации обо всех случаях выявления побочных действий, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия, о нежелательных реакциях при его применении, об особенностях взаимодействия медицинских изделий между собой, о фактах и об обстоятельствах, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации медицинских изделий, сообщаемой медицинской организацией в установленном уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти порядке;

- мониторинг наличия у медицинских работников документов об образовании и сертификата специалиста либо свидетельства об аккредитации специалиста.

2.5. Плановые проверки проводятся в соответствии с ежегодным планом, утверждаемым руководителем медицинской организации, не реже 1 раза в квартал. Предмет плановых и целевых (внеплановых) проверок определяется в соответствии с п. 1 настоящего приказа.

2.6. Целевые (внеплановые) проверки проводятся:

- при наличии отрицательной динамики статистических данных, характеризующих качество и безопасность медицинской деятельности медицинской организации, в том числе установленной в результате проведения плановой проверки;

- при поступлении жалоб граждан по вопросам качества и доступности медицинской помощи, а также по иным вопросам осуществления медицинской деятельности в медицинской организации, содержащих информацию об угрозе причинения и (или) причинении вреда жизни и здоровью граждан;

- во всех случаях: летальных исходов, внутрибольничного инфицирования и осложнений, вызванных медицинским вмешательством.

2.7. Проверки, в зависимости от поставленных задач, включают анализ случаев оказания медицинской помощи, отобранных методом случайной выборки и (или) по тематически однородной совокупности случаев.

2.8. Проверка по тематически однородной совокупности случаев проводится в отношении определенной совокупности случаев, отобранных по тематическим признакам. Выбор тематики для проведения проверки осуществляется на основании результатов анализа статистических данных, характеризующих качество и безопасность медицинской деятельности медицинской организации, ее структурных подразделений.

2.9. 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.

2.10. Срок проведения плановых и целевых (внеплановых) проверок устанавливается руководителем медицинской организации либо уполномоченным им заместителем руководителя в зависимости от предмета проверки и особенностей деятельности медицинской организации, но не должен превышать 10 рабочих дней.

2.11. При плановых и целевых (внеплановых) проверках члены комиссии по внутреннему контролю:

- проводят проверку качества оказания медицинской помощи в учреждении, в том числе оценку деятельности отделений, а также ежеквартально проводят целевые экспертизы, отчет по которым предоставляют председателю комиссии для подготовки сводного отчета контроля качества.

- рассматривают обращения физических и юридических лиц по вопросам качества медицинской помощи.

2.12. При проведении внутреннего контроля качества ответственные за проведение контроля по разделам работы руководствуются порядками оказания медицинской помощи, правилами проведения лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных видов диагностических исследований, положениями об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядками организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, порядками проведения медицинских экспертиз, диспансеризации, диспансерного наблюдения, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, с учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций, а также соблюдения обязательных требований к обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности.

2.13. При проведении плановых и целевых (внеплановых) проверок комиссия по внутреннему контролю имеет право:

- осуществлять получение, сбор и анализ сведений о деятельности структурных подразделений;

- знакомиться с документами, связанными с целями, задачами и предметом внутреннего контроля, в том числе с медицинской документацией, снимать копии с указанных документов, а также производить в необходимых случаях фото- и видеосъемку при осуществлении осмотра и обследования;

- знакомиться с результатами анкетирования и устных опросов пациентов и (или) их законных представителей, членов семьи пациента, работников медицинской организации, а также результатами анализа жалоб и обращений граждан;

- доступа в структурные подразделения медицинской организации, а также в здания, строения, сооружения, помещения, к используемому оборудованию и транспортным средствам;

- организовывать проведение необходимых исследований, экспертиз, анализов и оценок.

2.14. Плановые и целевые (внеплановые) проверки, осуществляемые в рамках внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, предусматривают оценку следующих показателей:

1) наличие в медицинском учреждении 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:

- преемственность оказания медицинской помощи на всех этапах;

- оказание медицинской помощи, в том числе в условиях чрезвычайных ситуаций;

- маршрутизацию пациентов, включая организацию консультаций, дополнительных методов обследования в иных медицинских организациях;

- перевод пациента в другие медицинские организации, включая перечень медицинских показаний и медицинские организации для перевода.

2) обеспечение оказания медицинской помощи в медицинском учреждении в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, правилами проведения лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных видов диагностических исследований, положениями об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядками организации медицинской реабилитации и санаторно-

курортного лечения, порядками проведения медицинских экспертиз, диспансеризации, диспансерного наблюдения, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, с учетом стандартов медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций.

3) обеспечение взаимодействия медицинского учреждения с медицинскими организациями, оказывающими скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь, центрами медицины катастроф, в том числе:

- передача информации из медицинских организаций, оказывающих скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь, центров медицины катастроф;
- ведение медицинской документации медицинскими работниками скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, центров медицины катастроф и медицинскими работниками медицинской организации, в которую осуществляется медицинская эвакуация пациента, включая журналы поступления (в электронной форме при наличии);

4) соблюдение безопасных условий при транспортировке пациента (в пределах медицинского учреждения и (или) при переводе в другую медицинскую организацию);

5) обеспечение преемственности оказания медицинской помощи на всех этапах (в том числе при переводе пациента, выписке из медицинской организации, передаче дежурства и иных обстоятельствах) с соблюдением требований к ведению медицинской документации;

6) обеспечение получения информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи;

7) наличие локальных нормативных актов, регламентирующих работу приемного отделения медицинской организации, в том числе при оказании медицинской помощи в экстренной форме (с учетом особенностей деятельности структурных подразделений);

8) осуществление сортировки пациентов при поступлении и (или) обращении в зависимости от тяжести состояния и перечня необходимых медицинских вмешательств;

9) обеспечение своевременного оказания медицинской помощи при поступлении и (или) обращении пациента, а также на всех этапах ее оказания;

10) обеспечение экстренного оповещения и (или) сбора медицинских работников, не находящихся на дежурстве (при необходимости);

11) обеспечение возможности вызова медицинских работников к пациентам, в том числе в палаты;

12) обеспечение оказания гражданам медицинской помощи в экстренной форме, включая проведение регулярного обучения (тренингов), наличие в медицинской организации лекарственных препаратов и медицинских изделий для оказания медицинской помощи в экстренной форме;

13). обеспечение возможности круглосуточного проведения лабораторных и инструментальных исследований в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях (в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, правилами проведения лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных видов диагностических исследований);

14) организация безопасной деятельности клинико-диагностической лаборатории (отделения), наличие системы идентификации образцов и прослеживаемости результатов;

15) обеспечение соблюдения врачебной тайны, в том числе конфиденциальности персональных данных, используемых в медицинских информационных системах медицинских организаций, при осуществлении медицинской деятельности;

16) обеспечение прав пациентов при оказании медицинской помощи, в том числе обеспечение комфортных условий пребывания пациентов в медицинских организациях,

включая организацию мест ожидания для пациентов, законных представителей и членов семей пациентов;

17) осуществление мероприятий по организации безопасного применения лекарственных препаратов, в том числе:

- обеспечение контроля сроков годности лекарственных препаратов;
- обеспечение контроля условий хранения лекарственных препаратов, требующих особых условий хранения;

- хранение лекарственных препаратов в специально оборудованных помещениях и (или) зонах для хранения;

- соблюдение требований к назначению лекарственных препаратов, а также учет рисков при применении лекарственных препаратов (в том числе аллергологического анамнеза, особенностей взаимодействия и совместимости лекарственных препаратов) с внесением соответствующих сведений в медицинскую документацию);

- осуществление контроля качества письменных назначений лекарственных препаратов, в том числе использование унифицированных листов назначения;

- организация лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан, в том числе предоставление сведений о таких гражданах в Федеральный регистр лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, Федеральный регистр лиц, больных туберкулезом, Федеральный регистр лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, Федеральный регистр лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, гемолитико-уремическим синдромом, юношеским артритом с системным началом, мукополисахаридозом I, II и VI типов, апластической анемией неуточненной, наследственным дефицитом факторов II (фибриногена), VII (лабильного), X (Стюарта-Прауэра), лиц после трансплантации органов и (или) тканей;

18) осуществление мероприятий по обеспечению эпидемиологической безопасности, в том числе:

- профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (в том числе внутрибольничных инфекций);

- проведение микробиологических исследований (включая случаи подозрения и (или) возникновения внутрибольничных инфекций);

- организация дезинфекции и стерилизации медицинских изделий;

- обеспечение эпидемиологической безопасности среды (включая расчет потребности в дезинфицирующих и антисептических средствах, контроль их наличия в медицинской организации; рациональный выбор дезинфицирующих средств и тактики дезинфекции; обращение с отходами);

- соблюдение технологий проведения инвазивных вмешательств;

- обеспечение условий оказания медицинской помощи пациентам, требующим изоляции (с инфекциями, передающимися воздушно-капельным путем, особо опасными инфекциями), в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, санитарно-гигиеническими требованиями;

- соблюдение правил гигиены медицинскими работниками, наличие оборудованных мест для мытья и обработки рук;

- профилактика инфекций, связанных с осуществлением медицинской деятельности, у медицинских работников (включая использование индивидуальных средств защиты);

- рациональное использование антибактериальных лекарственных препаратов для профилактики и лечения заболеваний и (или) состояний;

- проведение противоэпидемических мероприятий при возникновении случая инфекции;

19) проведение мониторинга длительности пребывания пациента в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях;

20) Подтверждение соответствия на всех этапах оказания медицинской помощи (включая применение лекарственных препаратов и медицинских изделий) личности пациента его персональным данным, содержащимся в том числе в документах, удостоверяющих личность (фамилия, имя, отчество (при наличии), пол, возраст), и в медицинской документации.

21) осуществление мероприятий по безопасному применению медицинских изделий, в том числе:

- применение медицинских изделий в соответствии с технической и (или) эксплуатационной документацией, в соответствии с которой осуществляются производство, изготовление, хранение, транспортировка, монтаж, наладка, применение, эксплуатация, в том числе техническое обслуживание, а также ремонт, утилизация или уничтожение медицинского изделия;

- обучение работников медицинской организации применению, эксплуатации медицинских изделий;

22) осуществление мероприятий при хирургических вмешательствах (подготовка пациента к оперативному вмешательству, ведение пациента в периоперационном периоде, в палате пробуждения и послеоперационном периоде, при проведении перевязок) и профилактика рисков, связанных с ними, в том числе на основе клинических рекомендаций.

23) контроль за трахеостомическими и эдотрахеальными трубками;

24) осуществление мероприятий по облегчению боли, связанной с заболеванием, состоянием и (или) медицинским вмешательством, методами и лекарственными препаратами, в том числе наркотическими лекарственными препаратами и психотропными лекарственными препаратами.

25) осуществление мероприятий по обращению донорской крови и (или) ее компонентов в медицинской организации, в том числе:

- анализ случаев реакций и осложнений, возникших в связи с трансфузией (переливанием) донорской крови и (или) ее компонентов;

- предупреждение развития реакций и осложнений, возникающих в связи с трансфузией (переливанием) донорской крови и (или) ее компонентов.

26) осуществление мероприятий по организации безопасной среды для пациентов и работников медицинской организации, в том числе:

- создание рациональной планировки структурных подразделений медицинской организации (включая их размещение друг относительно друга, планировку помещений входной группы и приемного отделения, планировку внутри структурных подразделений);

- проведение мероприятий по снижению риска травматизма и профессиональных заболеваний;

- обеспечение защиты от травмирования элементами медицинских изделий;

- оснащение медицинской организации оборудованием для оказания медицинской помощи с учетом особых потребностей инвалидов и других групп населения с ограниченными возможностями здоровья;

- наличие и исправность систем жизнеобеспечения (включая резервное электроснабжение);

- соблюдение внутреннего распорядка медицинской организации;

- обеспечение охраны и безопасности в медицинской организации (включая организацию доступа в медицинскую организацию и ее структурные подразделения, предотвращение и принятие мер в случаях нападения на медицинских работников, угрозах со стороны пациентов или посетителей, в случаях суицида);

- соблюдение мероприятий по обеспечению безопасности при угрозе и возникновении чрезвычайных ситуаций;

- обеспечение беспрепятственного подъезда транспорта для медицинской эвакуации на территорию медицинской организации;

- сбор и анализ информации обо всех случаях нарушения безопасности среды (включая падения пациентов) в медицинской организации.

27) осуществление мероприятий по обеспечению ухода при оказании медицинской помощи, в том числе:

- оценка риска возникновения пролежней;
- проведение мероприятий по профилактике и лечению пролежней;
- анализ информации о случаях пролежней;
- осуществление ухода за дренажами и стомами;
- кормление пациентов, включая зондовое питание.

28) организация мероприятий по профилактике неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни соответствующими структурными подразделениями медицинской организации (отделением (кабинетом) медицинской профилактики, центром здоровья, центром медицинской профилактики), в том числе информирование пациентов о методах профилактики неинфекционных заболеваний, основах здорового образа жизни;

29) организация мероприятий по раннему выявлению онкологических заболеваний, в том числе:

- создание условий для раннего выявления онкологических заболеваний;
- проведение обучения медицинских работников по вопросам раннего выявления онкологических заболеваний;
- мониторинг своевременности установления диагноза онкологического заболевания, анализ эффективности деятельности по раннему выявлению, лечению онкологических заболеваний, диспансерному наблюдению за пациентами с онкологическими заболеваниями;

- информирование пациентов по вопросам раннего выявления онкологических заболеваний и диспансерного наблюдения;

30) Организация работы регистратуры, включая:

- деятельность структурных подразделений регистратуры, в том числе стойки информации, «фронт-офиса», «картоохранилища», контакт-центра, "call-центра";
- оформление листков временной нетрудоспособности, их учет и регистрация;
- предварительную запись пациентов на прием к врачу;
- прием и регистрацию вызовов на дом;
- соблюдение порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

- систематизацию хранения медицинской документации и ее доставки в кабинеты приема врачей-специалистов;

- обеспечение навигационной информации для пациентов с учетом характера расположения помещений;

- взаимодействие регистратуры со структурными подразделениями поликлиники, детской поликлиники;

- коммуникация работников регистратуры с пациентами, в том числе наличие "речевых модулей" на разные типы взаимодействия, порядка действия в случае жалоб пациентов и конфликтных ситуаций.

31) организация управления потоками пациентов, в том числе при первичном обращении:

- распределение потоков пациентов, требующих оказания медицинской помощи в плановой, неотложной и экстренной формах;

- направление пациентов в другие медицинские организации;

- маршрутизация пациентов в особых случаях: в период эпидемий гриппа, иных острых респираторных вирусных инфекций и других инфекционных заболеваний;

- порядок записи и отмены записи пациентов на прием при непосредственном обращении в поликлинику, по телефону, через медицинскую информационную систему;

- порядок уведомления пациента об отмене приема по инициативе организации.

32) обеспечение функционирования медицинской информационной системы медицинской организации, включая информационное взаимодействие с государственными информационными системами в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации и единой государственной информационной системой в сфере здравоохранения, размещение в них сведений в соответствии с законодательством Российской Федерации;

33) проведение информирования граждан в доступной форме, в том числе с использованием сети "Интернет", об осуществляемой медицинской деятельности и о медицинских работниках медицинской организации, об уровне их образования и об их квалификации;

34) организация проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения, в том числе за женщинами в период беременности;

35) организация проведения вакцинации населения в соответствии с национальным календарем профилактических прививок и календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям;

36) организация работы дневного стационара в соответствии с порядками оказания медицинской помощи;

37) осуществление мероприятий по обеспечению профессиональной подготовки, переподготовки и повышения квалификации медицинских работников в соответствии с трудовым законодательством Российской Федерации;

38) обеспечение доступа работников медицинской организации к информации, содержащей клинические рекомендации, порядки оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи, а также осуществление мероприятий по информированию работников медицинской организации об опубликовании новых клинических рекомендаций, порядков оказания медицинской помощи и их пересмотре.

2.15. Мониторинг наличия лекарственных препаратов и медицинских изделий проводится по решению руководителя медицинской организации, но не реже 1 раза в квартал ответственными за контроль качества и безопасности лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения.

2.16. Анализ информации, указанной в абзацах шестом и седьмом пункта 2.14 настоящего приказа проводится Комиссией и (или) уполномоченным лицом не реже 1 раза в квартал.

2.17. Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности по каждому конкретному случаю осуществляется в соответствии с трехуровневой системой контроля качества ЛПУ: заведующими отделениями в 90% случаев, заместителями главного врача по службе — не менее 10% случаев, в том числе в обязательном порядке случаи летальных исходов, обращений граждан, наличие инфекционных осложнений, побочное действие лекарственных препаратов, превышение сроков госпитализации и иные случаи в соответствии с п.2.19 настоящего приказа. Вышеперечисленные основания также являются основанием для проведения контроля качества третьего уровня — врачебной комиссии в соответствии с порядком работы врачебной комиссии. Сведения о выявленных дефектах медицинской деятельности передаются ответственному за данное направление члену комиссии контроля качества, в том числе ответственному за лечебно-диагностический процесс члену комиссии в соответствии с ежеквартальным планом проверок контроля качества, утвержденному на текущий год, а также председателю комиссии по контролю качества и безопасности медицинской деятельности. Контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется комиссией по

контролю качества совместно с врачебной комиссией, проводится по случаям медицинской помощи (законченным или незаконченным), оказанной в организации, независимо от источника финансирования оказанной медицинской помощи, должностей и квалификации работников, оказывавших медицинскую помощь, диагноза, возраста пациентов, оформления листка нетрудоспособности и других факторов.

2.18. Внутренний контроль качества проводится по медицинской документации (медицинской карте амбулаторного больного, иной медицинской документации, содержащей информацию о медицинской помощи, оказанной в конкретном проверяемом случае).

2.19. В обязательном порядке внутреннему контролю качества подлежат следующие случаи:

- случаи летальных исходов;
- случаи внутрибольничного инфицирования и нежелательных реакций на применение лекарственных препаратов;
- случаи заболеваний со значительно (более 30 % от средних) удлинненными или укороченными сроками лечения;
- случаи, сопровождавшиеся жалобами пациентов или их законных представителей на качество оказания медицинской помощи;
- иные случаи, указанные в нормативно-правовых документах, регламентирующих порядок осуществления контроля качества оказания медицинской помощи.

2.20. Случаи, подлежащие внутреннему контролю качества в обязательном порядке, отбираются для проверки и проверяются в первую очередь. Все случаи оказания медицинской помощи должны иметь одинаковую возможность быть подвергнутыми проверке.

3. Оформление результатов проведения мероприятий внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности

3.1. По результатам плановых и целевых (внеплановых) проверок Комиссией и (или) Уполномоченным лицом составляется отчет, включающий в том числе выработку мероприятий по устранению выявленных нарушений и улучшению деятельности медицинской организации и медицинских работников.

3.2. Учет результатов проведенного внутреннего контроля качества осуществляется в медицинской организации в форме **отчетов по результатам проведенных проверок и по итогам прошедшего года** на каждом уровне контроля качества медицинской помощи и по медицинской организации в целом.

3.3. Отчеты о проведенном внутреннем контроле качества должны содержать следующие сведения:

3.3.1 отчетный период.

3.3.2. объемы проведенного внутреннего контроля качества:

- количество проверенных случаев;
- количество проверенных случаев из числа подлежащих контролю в обязательном порядке и процентов от числа случаев, подлежащих контролю в обязательном порядке;
- объем проведенного внутреннего контроля качества в процентах от установленных минимальных объемов.

3.3.3. результаты проведенного внутреннего контроля качества:

- количество случаев качественно оказанной медицинской помощи;
- количество случаев качественно оказанной медицинской помощи, сопровождавшихся единичными дефектами медицинской помощи;
- количество случаев некачественно оказанной медицинской помощи (в абсолютных цифрах и в процентах проверенных случаев) - общее и в разрезе проверенных отделений (должностей и Ф. И. О. медицинских работников);

- количество выявленных дефектов медицинской помощи по их видам (структура дефектов): дефекты сбора жалоб или анамнеза, дефекты диагностических мероприятий, дефекты оформления диагноза, дефекты лечебных мероприятий, дефекты профилактических мероприятий, дефекты медицинской экспертизы или медицинского освидетельствования, дефекты оформления медицинской документации.

3.3.4. краткие сведения о мерах, принятых ответственным за проведение контроля по итогам проведенного внутреннего контроля качества.

3.3.5. Предложения по итогам проведенного внутреннего контроля качества для руководителя медицинской организации.

3.4. По итогам проведенных мероприятий внутреннего контроля осуществляются: разработка предложений по устранению и предупреждению нарушений в процессе диагностики и лечения пациентов и их реализация, анализ результатов внутреннего контроля в целях их использования для совершенствования подходов к осуществлению медицинской деятельности.

обеспечение реализации мер, принятых по итогам внутреннего контроля.

3.5. Комиссией и (или) уполномоченным лицом не реже 1 раза в полугодие, а также по итогам года формируется сводный отчет, содержащий информацию о состоянии качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации, на основании которого руководителем медицинской организации при необходимости утверждается перечень корректирующих мер.

3.4. Информация, указанная в пунктах 3.4 и 3.5 настоящего Приказа, доводится до сведения сотрудников медицинской организации путем проведения совещаний, конференций, в том числе клиничко-анатомических, клинических разборов и иных организационных мероприятий. Учет проведенных конференций (клинических, патолого-анатомических) осуществляется организационно-методическим отделом и фиксируется в соответствующем журнале.

3.5. Контроль за реализацией принятых управленческих решений по вопросам управления качеством медицинской помощи обеспечивается заместителями главного врача.

3.6. Уполномоченным (председателем) и (или) комиссией по внутреннему контролю по результатам внутреннего контроля качества незамедлительно принимаются меры по недопущению повторения выявленных дефектов медицинской помощи в случаях, если принятие вышеназванных мер находится в пределах их полномочий. В иных случаях предложения доводятся до руководителя медицинской организации.

4. Внутренний контроль качества по законченным и незаконченным случаям оказания медицинской помощи конкретному пациенту

4.1. Проведение внутреннего контроля качества по законченным и незаконченным случаям оказания медицинской помощи конкретному пациенту предусматривает оценку ее соответствия стандартам медицинской помощи, протоколам ведения больных, зарегистрированным медицинским технологиям, установленным или обычно предъявляемым в медицинской практике требованиям к проведению диагностических, лечебных, профилактических мероприятий, оформлению медицинской документации, с учетом современного уровня развития медицинской науки, медицинских технологий и клинических особенностей каждого конкретного случая оказания медицинской помощи.

4.2. Внутренний контроль качества проводится по методике экспертной оценки конкретного случая оказания медицинской помощи, заключающейся в проведении последовательной оценки каждой составляющей конкретного случая оказания медицинской помощи, с учетом его клинических особенностей:

- сбор жалоб и анамнеза;
- проведение диагностических мероприятий;

- проведение диагноза;
- проведение лечебных мероприятий;
- проведение профилактических мероприятий;
- проведение медицинской экспертизы или медицинского освидетельствования;
- оформление медицинской документации;
- соблюдение прав пациента при оказании ему медицинской помощи.

4.3. При проведении внутреннего контроля качества 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);
- 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, а также соблюдение в учреждении правил хранения и применения лекарственных препаратов и расходных материалов;
- критерий эффективности оказания медицинской помощи - отражает достижение целевых результатов оказания медицинской помощи конкретному пациенту.

4.4. Результаты проверки каждого случая оказания медицинской помощи регистрируются в журналах контроля качества медицинской помощи, которые ведутся каждым ответственным за проведение контроля на первом и втором уровнях контроля.

Учет результатов внутреннего контроля качества, проведенного Комиссией, осуществляется в соответствии с действующими нормативными правовыми актами РФ.

4.5. Выявленные недостатки в оказании медицинской помощи анализируются и докладываются с предложениями в виде служебных записок ежемесячно заместителю руководителя организации для принятия управленческого решения.

4.6. По результатам проверки каждого случая оказания медицинской помощи ответственные за проведение контроля кратко формулируют в журналах контроля качества медицинской помощи дефекты медицинской помощи, выявленные по каждой составляющей случая оказания медицинской помощи, а также итоговое заключение о качестве медицинской помощи в каждом конкретном случае оказания медицинской помощи:

- качественно оказанная медицинская помощь;
- качественно оказанная медицинская помощь, сопровождавшаяся единичными дефектами медицинской помощи, которые не привели и не могли привести к ухудшению состояния здоровья пациента или его смерти;
- некачественно оказанная медицинская помощь.

4.7. Заведующий отделением в течение месяца обязан провести внутренний контроль качества по всем законченным случаям лечения, используя очный и ретроспективный анализ каждого случая, и оформить результаты не менее 90 процентов случаев в журнале учета работы отделения. Сведения о проведенном внутреннем контроле качества, передаются комиссии по внутреннему контролю качества не реже 1 раза в полугодие.

5. Внутренний контроль качества управления медицинскими кадрами, его компетентности и компетенции

Внутренний контроль качества управления персоналом (медицинскими кадрами), его компетентности и компетенции включает в себя:

5.1 Мониторинг наличия у медицинских работников документов об образовании и сертификата специалиста либо свидетельства об аккредитации специалиста.

5.2. Проверку наличия:

- приказов главного врача организации по вопросам управления медицинскими кадрами;
 - плана развития кадрового потенциала, рассчитанного на год и три года, учитывающего перспективы развития организации, основанного на описании функций и задач организации; плана по подготовке кадрового резерва; плана социально-психологического управления персоналом (включая программы адаптации новых сотрудников, молодых специалистов, мотивации); плана проведения тренингов; плана по устранению недостатков, выявленных при проведении аудитов с указанием ответственных лиц и сроков устранения данных недостатков;
 - отчетов о результатах проводимых в организации аудитов по формированию и развитию кадрового потенциала медицинской организации, кадрового резерва руководителей подразделений, социально-психологическому управлению персоналом (включая программы адаптации новых сотрудников, молодых специалистов, мотивации);
 - социально-бытовых условий для персонала, мест отдыха, принятия пищи;
 - мер социальной поддержки персонала, мер мотивации (материальной и нематериальной);
 - условий для непрерывного профессионального образования персонала;
 - программы наставничества;
 - списка опубликованных статей в специализированных журналах, включая международные;
 - журналов по обучению, содержащих результаты тестирования персонала организации;
 - программ обучения персонала; программ тренингов; программ по снижению текучести кадров, включая программу по адаптации новых сотрудников;
 - системы оценки персонала;
 - таблиц, содержащих сведения о персонале организации с указанием: возрастного состава, определение доли работников предпенсионного и пенсионного возраста, молодых работников (до 3-х лет стажа); квалификации персонала (распределение по квалификационным категориям), отдельно по подразделениям, врачебному и сестринскому персоналу; количества работников, имеющих научную степень, участвующих в научных исследованиях, преподающих в учебных заведениях (средних специальных и высших);
 - должностных инструкций различных категорий медицинских работников, включая руководителей различного уровня, с детализацией ответственности в соответствии с профилем подразделения;
 - графиков работы (в том числе соотношение дежурств на выходные и "праздничные дни"), отпусков персонала организации.
- 5.3. Проверку:
- организации обучения персонала на рабочем месте и в других медицинских организациях, обучения руководителей структурных подразделений, заместителей руководителей;
 - информирования персонала различных категорий о наличии плана развития кадрового потенциала;

- участия персонала организации в циклах повышения квалификации и переподготовки, участия в научно-практических мероприятиях, участия в качестве докладчиков;
- участия организации в научных исследованиях (наличие программы научной деятельности);
- соответствия персонала организации штатам, рекомендованным в зависимости от профиля медицинской организации.

6. Внутренний контроль идентификации личности пациента

Внутренний контроль идентификации личности пациента включает в себя проверку:

6.1. Проведения персоналом организации идентификации личности пациента на всех этапах оказания медицинской помощи, а именно на этапах:

- обращения пациента в учреждение;
- его регистрации;
- оформления медицинской документации;
- оказания медицинской помощи при диагностике и лечении в условиях дневного стационара, круглосуточного стационара.

6.2. Наличия приказов главного врача организации по вопросам идентификации личности пациента.

6.3. Проведения в организации аудитов по контролю идентификации личности пациента; наличия отчетов о результатах таких аудитов; наличия планов по устранению выявленных в ходе аудитов недостатков, содержащих сведения об ответственных лицах и сроках устранения выявленных недостатков; порядка информирования персонала о результатах аудитов.

6.4. Порядка обучения персонала по вопросам идентификации личности; планов обучения, журналов обучения; регулярности проведения тренингов.

6.5. Порядка проведения в организации идентификации личности пациентов, не владеющих русским языком (применимо для организаций амбулаторно-поликлинического звена республик), включающего в себя: наличие списков сотрудников (включая контактные данные), владеющих другими языками и имеющих возможность выступить в качестве переводчиков; составление списков и контактных данных переводчиков из местных национальных диаспор и заключение с ними договоров об оказании услуг; наличие списков и контактных данных переводчиков-волонтеров, сотрудничающих с организацией; наличие информационных материалов для пациентов и сопровождающих их лиц, переведенных на наиболее распространенные национальные языки (применимо для организаций амбулаторно-поликлинического звена республик).

7. Внутренний контроль организации экстренной и неотложной помощи в стационаре

Внутренний контроль организации экстренной и неотложной помощи в стационаре включает в себя:

- 7.1. Проверку наличия:
- приказов главного врача учреждения по оказанию медицинской помощи по экстренной и неотложной помощи
 - положения о рабочей группе по контролю организации экстренной и неотложной помощи в учреждении;
 - порядок разработки и обновления алгоритмов организации экстренной и неотложной помощи в организации по нозологиям;
 - регулярности проведения проверок по контролю организации экстренной и неотложной помощи в стационаре, наличия отчетов о результатах таких аудитов; планов,

содержащих сведения об ответственных лицах и сроках устранения выявленных в ходе аудитов недостатков;

- алгоритмов во всех подразделениях БУЗОО « КМСЧ № 9» по следующим нозологиям: сердечно-легочная реанимация, анафилактический шок, первичная помощь при шоке;

- групп по разработке и изменению алгоритмов (мультидисциплинарность), наличие протоколов совещаний таких групп;

- алгоритма сортировки пациентов; алгоритмов оповещения руководителей (сотрудников), не находящихся на дежурстве, внешних экспертов в подразделениях организации; алгоритмов действий в организации в условиях чрезвычайных ситуаций;

- утвержденных нормативов этапов госпитализации;

- медицинских инструментов (включая оборудование) и лекарственных препаратов в соответствии с алгоритмами организации во всех подразделениях, включая: дефибрилляторы, наборы экстренной помощи во всех подразделениях (например, для первичной помощи при шоке, анафилактическом шоке);

региональных порядков маршрутизации потоков пациентов в условиях чрезвычайных ситуаций в организации;

- наличия мест, организованных с соблюдением принципа конфиденциальности, для консультаций родственников (законных представителей) о состоянии здоровья пациентов.

7.2. Проверку порядка:

- госпитализации (отказа от госпитализации) в отделения организации, включая показания, условия, состояние пациента;

- перевода в другие медицинские организации;

- сортировки пациентов в отделениях организации.

7.3. Проверку организации:

- работы приемного отделения;

- оказания экстренной помощи в учреждении;

- работы вспомогательных служб (лаборатории, диагностического отделения);

- работы приемного отделения, экстренной помощи.

7.4. Проверку:

- соблюдения временных нормативов (проверка не менее 20 историй болезни пациентов, поступивших экстренно) до первичного осмотра медсестры, врача; до постановки диагноза; до перевода в отделение (операционную, АРО, ОРИТ, ПИТ);

- отказа в госпитализации и направления на амбулаторное лечение;

- соблюдения принципов конфиденциальности, прав пациентов на всех этапах оказания помощи при приеме и во время нахождения в организации, включая: проверку соблюдения конфиденциальности при приеме, осмотре, размещении пациентов с учетом приватности (например, разделение многоместных палат ширмами);

7.5. Оценку:

- знаний персонала алгоритмов оказания и организации экстренной и неотложной помощи в стационаре;

- знаний и навыков персонала оказания экстренной помощи (методом наблюдения при возможности), проведя практическое занятие с решением клинических задач;

- организацию работы по разработке и регулярному обновлению алгоритмов организации,

- знаний персоналом алгоритма оказания экстренной и неотложной помощи в стационаре

- исполнение алгоритма

- качества информирования пациентов и их сопровождающих о причинах задержки оказания помощи

- системы аудита работы приемного отделения, включая порядок сбора и анализа информации о своевременности оказания помощи в приемном отделении;

- порядка проверок системы экстренного оповещения, проверить наличие журнала с результатами проверок;
- систему аудита готовности организации к действиям в условиях чрезвычайных ситуаций, проверить наличие отчетов о проведении аудита, регулярность, анализ результатов, принятых решений, сроков и ответственных по исправлению недостатков;
- системы контроля наличия (исправности) оборудования и наборов, проверить наличие ответственных за систему контроля, регулярность проверок, наличие журнала;
- доступности лабораторных и инструментальных исследований в объеме, соответствующем местными алгоритмам;
- своевременности проведения диагностических тестов
- навыки персонала по оказанию экстренной помощи
- организации мест ожидания для родственников (сопровождающих) пациентов.

8. Внутренний контроль профилактики рисков, связанных с переливанием крови

Внутренний контроль профилактики рисков, связанных с переливанием крови, включает в себя:

8.1. Проверку наличия:

- приказов главного врача по вопросам организации медицинской помощи при переливании крови и ее компонентов;
 - региональных документов, описывающих систему обеспечения донорской кровью и ее компонентами;
 - службы трансфузиологии в организации;
 - регистрации случаев реакций и осложнений, возникших в связи с трансфузией донорской крови и (или) ее компонентов;
 - алгоритмов клинического использования донорской крови и (или) ее компонентов; алгоритмов заказа и доставки крови и ее компонентов; алгоритмов возврата невостребованной крови и ее компонентов; алгоритмов идентификации препаратов крови и ее компонентов; алгоритма (памятки) для персонала вербального заказа на станции переливания крови (в банке крови); алгоритма переливания крови и компонентов, и его соответствие клиническим рекомендациям (стандартам); алгоритма трансфузии по жизненным показаниям, и его соответствие клиническим рекомендациям (стандартам); алгоритма подбора компонентов крови особым группам реципиентов и его соответствие клиническим рекомендациям (стандартам); алгоритма проведения аутотрансфузии крови и его соответствие клиническим рекомендациям/стандартам;
 - проверку системы профилактики рисков, связанных с переливанием донорской крови и ее компонентов (наличие комиссии, ответственных, протоколов работы комиссии);
 - регулярности проведения проверок по контролю профилактики рисков, связанных с переливанием крови, наличия отчетов о результатах таких аудитов; планов, содержащих сведения об ответственных лицах и сроках устранения, выявленных в ходе аудитов недостатков;
 - исправного оборудования во всех подразделениях организации, а именно холодильников с исправными градусниками или термодатчиками, морозильников с исправными термодатчиками;
 - договоров с компаниями, осуществляющими техническое обслуживание оборудования, журналов проведения проверок, регулярность;
 - стандартных бланков для заказа донорской крови;
 - системы регистрации донорской крови;
- ### **8.2. Оценку:**
- знаний персоналом алгоритмов клинического использования донорской крови и (или) ее компонентов; алгоритмов заказа и доставки крови и ее компонентов (опросить не

менее 2-х ответственных сотрудников); алгоритмов возврата не востребовавшей крови и ее компонентов; алгоритмов идентификации препаратов крови и ее компонентов;

- системы регистрации и учета донорской крови и компонентов, проверить наличие журнала (возможно электронного) движения крови и компонентов в организации, регулярность заполнения;

- доступности информации о наличии донорской крови и компонентов;

- соблюдения правил транспортировки препаратов крови: донорской крови менее 30 минут - в транспортных контейнерах, обеспечивающих достаточную изотермичность и изоляцию, более 30 мин (максимально до 24 ч), температура внутри транспортного контейнера не должна превышать + 10°C; от + 20 до + 24°C (оберегать от встряхивания, ударов и перевертывания); в течение всего периода транспортировки - не выше 18°C.

- порядка контроля условий хранения, проверить наличие журналов для фиксации контрольных параметров, регулярность их заполнения;

- системы контроля технического состояния оборудования;

- знаний персонала

- объема обследования пациентов при поступлении в стационар, проверить не менее 10 ИБ из разных подразделений на предмет наличия: исследования групповой и резус-принадлежности крови, подтверждающее определение группы крови по системе АВО и резус-принадлежности;

- навыков персонала по заполнению уведомлений, попросить ответственных сотрудников заполнить уведомление;

8.3. Проверку:

- раздельности хранения донорской крови и компонентов в зависимости от наименования и статуса компонента крови, группы крови АВО и резус-принадлежности;

- соблюдения условий хранения: если используется для трансфузии как цельная кровь от + 2 до + 6°C (максимальный период хранения зависит от используемой системы антикоагулянт - взвешивающий раствор), ниже - 25°C (36 мес.) (при отсутствии потребности в использовании размороженной плазмы при температуре 2-6°C в течение 24 ч, от + 20 до + 24°C (5 дней при условии непрерывного помешивания), от + 20 до + 24°C (24 ч) до переливания новорожденным и детям раннего возраста, не более 48 ч, до переливания взрослым, не более 28 дней с момента заготовки

- не менее 10 ИБ пациентов, которым была проведена трансфузия крови и ее компонентов, на предмет наличия: фенотипирование по антигенам С, с, Е, е, Сw, К, к и определение антиэритроцитарных антител;

- реагентов для проведения проб на предмет сроков годности, включая соблюдение сроков после вскрытия (не более 4-х суток);

- не менее 10 ИБ пациентов, которым была проведена трансфузия крови и компонентов, включая: медицинские показания, паспортные данные контейнера (или копия), результаты контрольной проверки группы крови реципиента по системе АВО с указанием сведений (наименование, производитель, серия, срок годности) об используемых реактивах (реагентах); результаты контрольной проверки группы донорской крови или ее компонентов, взятых из контейнера, по системе АВО, результаты проб на индивидуальную совместимость крови донора и реципиента, результаты биологической пробы, запись в медицинской документации, отражающая состояние здоровья реципиента, оформляется протоколом трансфузии (переливания) донорской крови и (или) ее компонентов по единому образцу.

9. Внутренний контроль преемственности оказания медицинской помощи, передачи ответственности за пациента

Внутренний контроль преемственности оказания медицинской помощи, передачи ответственности за пациента включает в себя:

9.1. Проверку наличия:

- региональных приказов: о маршрутизации пациентов; о порядке направления пациентов в другие медицинские организации; о порядке оказания помощи пациентам внутри Организации, о порядке отбора и направления пациентов на санаторно-курортное лечение, о порядке проведения медицинских экспертиз;
- маршрутизации пациентов внутри организации, включая перечень показаний для направлений;
- алгоритмов обратной связи организации со скорой (неотложной) помощью, медициной катастроф, в том числе при госпитализации, после госпитализации, после оказания медицинской помощи на дому бригадами скорой медицинской помощи; алгоритмов передачи информации о пациенте после оказания медицинской помощи врачами/фельдшерами отделения неотложной помощи (отделения помощи на дому), участковыми врачами и врачами-специалистами после осмотров пациентов на дому, участковыми медицинскими сестрами на дому, после консультаций внутри организации врачами-специалистами, после проведения лабораторно-инструментальных обследований, при передаче дежурств врачами (фельдшерами) отделения неотложной помощи (отделения помощи на дому); взаимодействия с органами социальной защиты; алгоритмов оказания помощи на дому участковыми врачами, включая: порядок передачи информации при необходимости динамического наблюдения; порядок вызова узких специалистов на осмотр на дому.

9.2. Проверку порядка:

- оказания медицинской помощи на дому, включая порядок работы отделения вызовов на дом (если применимо);
- направления пациентов в другие медицинские организации, включая перечень показаний;
- отбора и направления пациентов на санаторно-курортное лечение, включая перечень показаний/противопоказаний;
- направления и проведения медицинских экспертиз, включая перечень показаний;

9.3. Оценку:

- знаний персоналом: региональной маршрутизации пациентов, порядка оказания медицинской помощи внутри организации, перечня показаний для плановой и экстренной госпитализации, порядка отбора и направления пациентов на санаторно-курортное лечение, порядка направления и проведения медицинских экспертиз; алгоритмов взаимодействия с органами социальной защиты; знаний персоналом алгоритмов оказания медицинской помощи на дому; алгоритмов обратной связи;
- точности, полноты и аккуратности ведения медицинской документации;
- качества информирования пациентов (сопровождающих) о целях, условиях, организации, правилах подготовки; коммуникации медработник-медработник в разных подразделениях организации в разных ситуациях;
- системы обратной связи с пациентами, включая регулярное анкетирование пациентов, в том числе по вопросам коммуникации.

10. Внутренний контроль качества эпидемиологической безопасности

Внутренний контроль качества эпидемиологической безопасности (профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи - ИСМП) в организации включает в себя:

10.1. Проверку наличия:

- приказов главного врача организации по вопросам эпидбезопасности;
- программы обеспечения эпидемиологической безопасности в организации;

- документов по обеспечению противоэпидемических мер при отдельных эпидемических ситуациях (инфекций дыхательных путей, особо опасных инфекций, ИСМП);

- утвержденного комиссией по эпидемиологической безопасности перечня СОС ИСМП, используемых в организации для целей эпидемиологического надзора;

- журналов: регистрации ИСМП; с результатами плановых и внеплановых проверок, оценить регулярность, объем проводимых проверок; наличие журналов регистрации аварийных ситуаций; вакцинации персонала против гепатита В, соответствие числа вакцинированных сотрудников расчетным;

- собственной микробиологической лаборатории, а при ее отсутствии - проверку наличия договора со сторонними организациями;

- техники для стерилизации эндоскопического оборудования;

- исправного стационарного термостата, исправных переносных термостатов, расходных материалов для забора материала в расчетных количествах;

- дезинфицирующих и антисептических средств в соответствии с расчетными показателями во всех подразделениях МО;

- методики расчета потребности организации в дезинфицирующих и антисептических средствах; моечно-дезинфекционных машин; оборудовании для дезинфекции;

- алгоритмов: действий при аварийных ситуациях, включая порядок оповещения/регистрации, опросить не менее 5 сотрудников из разных подразделений МО; АБ-профилактики и терапии в соответствии с профилем отделения, соответствие клиническим рекомендациям Минздрава России; профилактики и терапии другими АМП (антисептиками, бактериофагами и пр.); АБ-профилактики и терапии в соответствии с профилем отделения, соответствие клиническим рекомендациям Минздрава России;

- информационных материалов во всех подразделениях МО включая темы: гигиена рук, профилактика гемоконтактных инфекций, профилактика инфекций, передающихся воздушно-капельным путем, профилактика особо опасных инфекций;

10.2. Проверку деятельности:

- комиссии по эпидемиологической безопасности (профилактике ИСМП), включая проверку поименного состава комиссии, наличия врача-эпидемиолога

10.3. Проверку порядка:

- проведения в организации: антибиотикопрофилактики и антибиотикотерапии; дезинфекции и стерилизации, гигиены рук, профилактики инфицирования возбудителями гемоконтактных инфекций;

- обращения с отходами и соответствие нормативным документам;

- анализа заболеваемости ИСМП в организации.

10.4. Проверку:

- регулярности: проведения совещаний комиссии по эпидемиологической безопасности по вопросам ИСМП; сбора и анализа стратифицированных показателей заболеваемости ИСМП в организации;

- не менее 20 амбулаторных карт пациентов, находящихся на лечении в отделениях высокого риска возникновения ИСМП (хирургическое, урологическое); не менее 10 амбулаторных карт пациентов, которым проводился курс парентерального введения ЛП; не менее 10 амбулаторных карт пациентов, которым было показано проведение микробиологического исследования в соответствии с алгоритмами организации; не менее 10 ИБ дневного стационара и не менее 10 амбулаторных карт пациентов, которым были назначены антибиотики в терапевтических дозах на предмет соответствия алгоритмам лечения, включая: первоначальное назначение эмпирической схемы в соответствии с алгоритмами, разработанными в организации, показания к смене препаратов при неэффективности, перевод на пероральные формы приема антибиотиков, алгоритм отмены антибиотиков;

- организации обработки эндоскопического оборудования в соответствии с СанПиН 3.3686-21;

- соответствия упаковки, условий и сроков хранения, соблюдения асептики при работе со стерильными материалами; наличия индивидуальных стерильных упаковок;

- регулярности проведения аудитов по контролю качества эпидемиологической безопасности, наличия отчетов о результатах таких аудитов; планов, содержащих сведения об ответственных лицах и сроках устранения выявленных в ходе аудитов недостатков;

- обоснованности выбора дезинфицирующих средств и тактики (системы) дезинфекции;

- соблюдения персоналом правил гигиены рук (не менее 10 случаев в разных подразделениях организации), включая: процедурные кабинеты, эндоскопические кабинеты, дневной стационар и другие);

10.5. Оценку:

10.5.1. Знаний персоналом организации:

- алгоритмов: проведения микробиологического обследования; профилактики инфекции при катетеризации мочевого пузыря, включая этапы: постановки катетера, использования закрытой дренажной системы (или прерывистой катетеризации), ухода за катетером, смены и удаления катетера; профилактики инфекций при оперативных вмешательствах, включая этапы: подготовки операционного поля, обработки операционного поля, обработки рук персонала, ограничения передвижений персонала в операционных, снижения длительности операций; ухода за послеоперационной раной, методики бесконтактных перевязок.

10.5.2. Разрабатываемых комиссией планов по устранению дефектов эпидемиологической безопасности.

10.5.3. Доступности микробиологических исследований в часы работы организации.

10.5.4. Микробиологического мониторинга, включая мониторинг: устойчивости к антимикробным препаратам; циркулирующих в организации штаммов микроорганизмов; эпидемически значимых микроорганизмов (метициллинрезистентные *Staphylococcus aureus* (MRSA), полирезистентные *P.auregi.Nosa*, мультирезистентные *Acinetobacter baumannii* (MRAB) Ванкомицин-резистентный *Enterococcus* (VRE) и др.).

10.5.5. Качества: стерилизации медицинских инструментов и его результаты в соответствии с СанПиН 3.3686-21; уборки помещений.

11. Внутренний контроль лекарственной безопасности

Внутренний контроль лекарственной безопасности, фармаконадзор в организации включает в себя:

11.1. Проверку наличия:

- приказов главного врача организации по вопросам лекарственной безопасности;

- системы обеспечения ЛП и оценку ее эффективности;

- алгоритмов: лекарственной безопасности, лекарственного взаимодействия; действий персонала при передозировке или отравлении ЛП, включая таблицы противоядий во всех подразделениях организации;

- исправного оборудования (холодильников с исправными термометрами или термодатчиками, термометров, психрометров, гигрометров), предназначенного для хранения ЛП, и соблюдения правил его расположения (например, измерительная часть прибора на расстоянии не менее 3 м от дверей, окон и отопительных приборов);

- списков и справочников ЛП, в том числе списка ЛП, требующих особых условий хранения;

- на упаковках ЛП сведений об условиях хранения после первого вскрытия первичной упаковки и после приготовления или разбавления раствора (суспензии);

- на емкостях с растворами ЛП маркировки с указанием дозировок, идентификаторов пациента, которым предназначен данный ЛП;
- перефасованных и немаркированных ЛП во всех подразделениях МО;
- информационной системы, содержащей информацию обо всех лекарственных препаратах, имеющихся в организации;
- информационных материалов для пациентов по вопросам лекарственной безопасности во всех подразделениях МО, оценить их качество, в том числе соответствие клиническим рекомендациям, стандартам;
- системы регистрации и сбора информации о серьезных и непредвиденных нежелательных реакциях на ЛП и передачи сведений о них в Росздравнадзор;
- системы информирования персонала о новых ЛП и методах лечения, проверить наличие плана с темами конференций в МО за последний год;
- наличия в ЛПУ лекарственных средств в соответствии с действующими клиническими рекомендациями;

11.2. Проверку:

- проведения в организации работы, конференций, совещаний, собраний по вопросам лекарственной безопасности, фармаконадзора;
- порядка хранения ЛП в подразделениях организации;
- организации и контроля безопасного и эффективного применения ЛП;
- регулярного проведения аудитов качества эпидемиологической безопасности, наличия отчетов о результатах таких аудитов; планов, содержащих сведения об ответственных лицах и сроках устранения выявленных в ходе аудитов недостатков;
- соблюдения во всех подразделениях организации: правил хранения ЛП, требующих защиты от воздействия света; условий хранения ЛП по группам в соответствии с требованиями производителей; правил хранения ЛП в первичной упаковке;
- отсутствия вскрытых флаконов и ампул с ЛП во всех подразделениях МОП;
- не менее 10 историй больных в дневном стационаре, не менее 10 амбулаторных карт в разных подразделениях организации на предмет наличия данных о факторах риска и их учета при назначении препаратов, включая: аллергию, возраст, сопутствующие заболевания, лекарственные препараты, принимаемые в момент поступления, массу тела пациента, беременность (если применимо), заболевания печени, заболевания почек, психические заболевания, курение, алкоголь, прием наркотических и других психотропных веществ; не менее 10 амбулаторных карт и не менее 10 историй болезни в дневном стационаре на предмет соответствия назначений клиническим рекомендациям (стандартам).
- качества заполнения медицинской документации на предмет фиксации времени введения ЛП в дневном стационаре, в журнале для инъекций в процедурных кабинетах;
- соответствия: выбора ЛП клиническим рекомендациям (алгоритмам); дозировок ЛП клиническим рекомендациям, коррекции дозы с учетом индивидуальных особенностей пациента, наличия калькуляторов расчета; выбранных путей введения ЛП; кратности назначения ЛП и соблюдения сроков дачи, приема (введения) ЛП в соответствии с назначением с фиксацией времени введения (дачи) ЛП в листах назначений;

11.3. Оценку:

- проводимого в организации обучения персонала по вопросам лекарственной безопасности, лекарственного взаимодействия;
- информирования персонала о новых ЛП;
- навыков персонала по заполнению извещений (попросить не менее 2-х сотрудников заполнить извещение);
- навыков использования персоналом алгоритмов лекарственной безопасности, лекарственного взаимодействия (опросить не менее 2-х ответственных сотрудников);
- контроля за ЛП, включая: контроль ЛП по показателям: "Описание", "Упаковка", "Маркировка" по НД производителей; скрининг ЛП с использованием актуализированной

базы данных о качестве лекарственных средств; срока годности ЛП, включая, регулярность внутренних плановых проверок, проведение внеплановых проверок (количество, основания за полный последний год); условий хранения;

- контроля технического состояния оборудования, проверить наличие договоров с компаниями, осуществляющими техническое обслуживание оборудования, журналов проведения проверок, регулярность;

- недоступности хранения ЛП для пациентов и посетителей во всех подразделениях организации;

- доступности ЛП в рабочие часы организации;

- качества заполнения листов назначений в дневном стационаре, назначений в амбулаторных картах (направлениях) на инъекции в процедурный кабинет, включая аккуратность заполнения (назначения написаны разборчиво, печатными буквами), использование стандартизированных сокращений, включая наличие наименования ЛП, дозы, кратности, пути введения, времени;

- качества заполнения рецептов, включая аккуратность заполнения (разборчиво), использование стандартизированных сокращений, включая наличие наименования ЛП, дозы, кратности, пути введения, периода приема;

- качества информирования пациентов о назначенном лечении;

- знаний персоналом методик по формированию приверженности пациентов к лечению.

12. Внутренний контроль качества и безопасности обращения медицинских изделий

Внутренний контроль качества и безопасности обращения медицинских изделий (далее МИ) в организации включает в себя:

12.1. Проверку наличия:

- приказов главного врача организации по вопросам качества безопасности медицинских изделий;

- исправного оборудования для хранения медицинских изделий во всех подразделениях организации (например, холодильники, кондиционеры);

- журнала проверок срока годности, оценить соответствие сроков рекомендуемым; журнала технического обслуживания;

- исправных приборов фиксации показателей условий хранения во всех подразделениях организации (термометры, психрометры, гигрометры);

- плана-графика обслуживания медицинского оборудования (актов выполненных работ); плана-графика метрологического обслуживания;

- информационных материалов для пациентов по вопросам безопасного использования МИ;

- алгоритмов: организации работы в сфере контроля качества и безопасности обращения МИ; обеспечения организации МИ; хранения, учета, эксплуатации МИ; соблюдения метрологических требований, норм и правил для МИ, требующих периодических проверок; технического обслуживания медицинской техники; приемки, упаковки и маркировки МИ;

- наличия допусков, оценить качество обучения, опросить не менее 12 сотрудников в различных подразделениях на предмет знаний инструкций по эксплуатации оборудования, поступившего в течение последнего года;

- инструкций в различных подразделениях МИ (для имеющегося в подразделении оборудования), попросить продемонстрировать персонал навыки работы с МИ;

- маркировки на не менее 12-ти МИ, отобранных методом случайной выборки в каждом подразделении организации;

- информации по безопасному применению МИ: на самом МИ, и/или на каждой упаковке, или на групповой упаковке (допускается использование листа-вкладыша) выборочно в каждом подразделении;

- информации и регистрации побочных действий, нежелательных реакций при применении МИ;

- регистрационных удостоверений, информации о МИ на русском языке, включая эксплуатационную документацию;

- порядка проверок, проверить наличие списков оборудования для тестирования, наличие журнала, аккуратность заполнения.

12.2. Оценку:

- обеспечения (поставки, наладки) МИ, включая расходные материалы, проверить наличие;

- качества и безопасности МИ (опросить ответственных сотрудников, попросить продемонстрировать порядок проверки РУ на сайте Росздравнадзора, работу с государственными реестрами МИ);

- контроля наличия МИ с истекшим сроком годности (эксплуатации) (опросить ответственных сотрудников о порядке контроля, выявленных причинах и принятых мерах);

- исправности оборудования в различных подразделениях, включая оборудование для оказания экстренной помощи;

- соблюдение требований к упаковке и маркировке МИ;

- знания персоналом алгоритмов организации работы в сфере контроля качества и безопасности обращения МИ; обеспечения организации МИ; хранения, учета, эксплуатации МИ; соблюдения метрологических требований, норм и правил для МИ, требующих периодических поверок; технического обслуживания медицинской техники; приемки, упаковки и маркировки МИ;

- навыков персонала по заполнению извещений;

- порядка сбора информации, включая наличие журнала, базы данных, проверить аккуратность и полноту заполнения;

- порядка взаимодействия подразделений организации;

- порядка контроля условий хранения МИ в соответствии с рекомендациями производителя, проверить наличие журналов для фиксации контрольных параметров, регулярность заполнения во всех подразделениях МО;

- качества обучения пациентов и ухаживающих за ними родственников, правилам безопасности при использовании МИ (опросить не менее 12-ти пациентов на предмет знаний основных правил безопасности при пользовании МИ).

13. Внутренний контроль безопасности среды в медицинской организации (организация ухода за пациентами, профилактика пролежней, профилактика падений)

Внутренний контроль безопасности среды в медицинской организации (организация ухода за пациентами, профилактика пролежней, профилактика падений) включает в себя:

13.1. Проверку наличия:

- приказов главного врача организации по вопросам организации безопасности среды в БУЗОО « КМСЧ № 9»

- резервного электроснабжения с лагом 10 сек., проверить исправность;

- системы охраны в организации;

- регулярного проведения аудитов контроля безопасности среды в медицинской организации (организация ухода за пациентами, профилактика пролежней, профилактика падений), наличия отчетов о результатах таких аудитов; планов, содержащих сведения об ответственных лицах и сроках устранения выявленных в ходе аудитов недостатков;

- систем: водоснабжения, включая наличие горячей воды 24/7/365, проверить исправность системы резервного водоснабжения; вентиляции, включая регулярность замены фильтров, технического обслуживания, наличие журналов технического обслуживания; освещения, включая наличие исправных индивидуальных источников света у кроватей пациентов; аварийного освещения, проверить исправность;
 - пандусов, специальных подъемников, лифтов для подъема каталок, специальных туалетов;
 - минимум 1 лифта с резервным электроснабжением (для зданий в 2 и более этажей);
 - договора с охранной организацией или органами МВД об оказании услуг по охране территории и помещений организации;
 - работников охраны на соответствующих постах или наличие "тревожной кнопки";
 - списка определенных администрацией помещений с ограниченным доступом и предупреждающих табличек на дверях;
 - исправности пропускной системы, в том числе электронной;
 - предупреждающих табличек при организации видеонаблюдения только в местах общего пользования;
 - при организации видеонаблюдения в клинических отделениях - проверить наличие согласия пациентов;
 - отчетов по выявленным нарушениям безопасности среды в организации; планов по предотвращению в дальнейшем данных нарушений с указанием ответственных лиц и сроков устранения выявленных нарушений;
 - алгоритмов порядка взаимодействия персонала с органами внутренних дел, МЧС, пожарной охраной;
 - плана проведения тренингов по обучению персонала правилам безопасности среды в медицинской организации;
 - парковки для автомобилей сотрудников, пациентов и посетителей;
 - списка сотрудников, допущенных к обработке персональных данных;
 - алгоритма оценки риска падений пациентов, проверить наличие алгоритма во всех подразделениях организации;
 - идентификации пациентов с высоким риском падений в организации;
 - безопасной планировки входа в отделениях, палатах, кабинетах, туалетах, с учетом риска падений пациентов;
 - исправности кроватей в дневном стационаре;
 - информационных материалов по вопросам профилактики падений, например, постеров, памяток, брошюр;
 - информации о случаях падений, проверить наличие журнала, отчетов по результатам разбора случаев, принятых решениях;
 - алгоритма оценки риска пролежней, профилактики и лечения;
 - информационных материалов по вопросам профилактики пролежней, например, постеров, памяток, брошюр;
- 13.2. Проверку:
- организации безопасной среды в организации;
 - безопасности кроватей, каталок, стульев, кресел, кушеток, включая исправность тормозной системы, наличие колесиков;
 - безопасности, исправности, рабочего состояния во всех подразделениях организации следующих систем: электричество, включая исправность розеток, настенных выключателей, наличия незакрепленных проводов;
 - состояния полового покрытия, стен, потолков во всех подразделениях организации;
 - состояния мест общего пользования, включая наличие кнопок вызова персонала в туалетах, душевых, поручней в туалетах;
 - свободного доступа спецтранспорта на территорию МО, к приемным отделениям;

- не менее 10 амбулаторных карт на предмет наличия рекомендаций по профилактике и лечению пролежней пациентов, наблюдающихся на дому;

13.3. Проверку порядка:

- действий персонала при чрезвычайных ситуациях;
- действий персонала при стихийных бедствиях.

13.4. Оценку рациональности планировки:

- внутри организации и ее подразделений, включая: рациональность структуры организации, размещение подразделений относительно друг друга (например, травматологического отделения и рентгеновского кабинета);
- приемного отделения в соответствии с распределением потоков пациентов в зависимости от экстренности;
- кабинета неотложной помощи (дежурного врача), отделения неотложной помощи;
- внутри клинических подразделений (размещение поста сестры относительно палат дневного стационара, процедурной, перевязочной и т. д.);
- зон ожидания для посетителей;
- помещений на предмет соответствия дверных проемов, коридоров, лестничных проемов размерам каталок, кроватей, кресел, отсутствия препятствия в виде порогов, отсутствия излишней мебели, неиспользуемого медицинского оборудования в следующих подразделениях: перевязочных, палатах дневного стационара для пациентов, коридорах, холлах, в том числе в санузлах (расстояние между кроватями, расположение кроватей относительно санузла (если есть)).

13.5. Оценку:

- системы охраны организации;
- знаний работниками охраны инструкций организации (опросить всех находящихся на момент оценки сотрудников);
- системы доступа посторонних (как сотрудников, так и пациентов, и сопровождающих) в подразделения организации;
- системы учета и регистрации всех случаев нарушений порядка в организации;
- системы информирования персонала о фактах нарушения порядка, принятых мерах;
- обучения персонала порядку действий при опасных ситуациях;
- порядка хранения информации на бумажных носителях, включая архив, включая ограничение доступа, закрытые помещения, шкафы;
- порядка хранения информации на электронных носителях, включая наличие специальных программ, системы паролей;
- обучения персонала по вопросам информационной безопасности;
- организации помощи пациентам с высоким риском падений;
- безопасности для пациентов, планировки палат в дневном стационаре, кабинетов в разных подразделениях МО;
- качества влажной уборки с точки зрения отсутствия луж, наличия знаков "скользкий пол";
- организации освещения;
- качества информирования пациентов (ухаживающих) по вопросам профилактики падений, обучения методам профилактики;
- знаний персоналом организации алгоритмов оценки риска пролежней;
- информирования пациентов/ухаживающих по вопросам профилактики пролежней, обучения методам профилактики и лечения, опросить не менее 5-ти пациентов с высоким риском пролежней (или с пролежнями) на предмет знания методов профилактики и лечения.

14. Внутренний контроль хирургической безопасности, профилактика рисков, связанных с оперативными вмешательствами

Внутренний контроль хирургической безопасности, профилактики рисков, связанных с оперативными вмешательствами, включает в себя:

14.1. Проверку наличия:

- положения о хирургической безопасности;
- планов обучения персонала по вопросам обеспечения хирургической безопасности, журналов обучения;
- алгоритма ведения пациентов в послеоперационном периоде; алгоритмов обезболивания, в том числе для разных категорий пациентов;
- алгоритмов контроля состояния и ухода за трахеостомическими и эдотрахеальными трубками;
- мест для ожидания/встреч родственников, посетителей.

14.2. Проверку порядка:

- разработки и обновления клинических алгоритмов контроля хирургической безопасности в организации;
- учета и регистрации послеоперационных осложнений.

14.3. Проверку:

- регулярного проведения контроля хирургической безопасности, профилактики рисков, связанных с оперативными вмешательствами, наличия отчетов о результатах таких аудитов; планов, содержащих сведения об ответственных лицах и сроках устранения выявленных в ходе аудитов недостатков;

- оформления информированных согласий на оперативное вмешательство, анестезию;
- соблюдения конфиденциальности при приеме, осмотре пациентов.

14.4. Оценку:

- обучения персонала по вопросам обеспечения хирургической безопасности, проверить наличие;
- организации хирургической безопасности;
- исполнения алгоритма оценки операции методом наблюдения не менее 2-х операций, а именно подсчет инструментов, тампонов;
- проведенной операции (технических особенностей);
- интраоперационной кровопотери;
- рисков послеоперационного периода;
- организации посещения пациентов родственниками (ухаживающими), а именно проверить наличие гардероба, возможности посещения палат.

15. Внутренний контроль организации оказания медицинской помощи на основании данных доказательной медицины. Соответствие порядкам оказания медицинской помощи, правилам проведения лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных видов диагностических исследований, положениям об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядками организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, порядками проведения медицинских экспертиз, диспансеризации, диспансерного наблюдения, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, стандартам медицинской помощи и клиническим рекомендациям

Включает в себя:

15.1. Проверку наличия:

- в организации, в каждом подразделении для персонала в печатном виде (или электронной базы данных, или круглосуточного доступа в интернет) в полном объеме в

соответствии со всеми профилями оказываемой медицинской помощи в организации правил проведения лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных видов диагностических исследований, положений об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядков организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, порядков проведения медицинских экспертиз, диспансеризации, диспансерного наблюдения, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований в соответствии со стандартами медицинской помощи и клиническими рекомендациями.

- протоколов конференций, совещаний;
- регулярного информирования персонала об изменениях (опубликование новых или внесение изменений в старые) в правилах проведения лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных видов диагностических исследований, положениях об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядках организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, порядках проведения медицинских экспертиз, диспансеризации, диспансерного наблюдения, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований в соответствии со стандартами медицинской помощи и клиническими рекомендациями.

15.2. Оценку:

- доступности клинических рекомендаций для персонала, проверить;
- информирования персонала, проверить наличие;
- знания персоналом клинических рекомендаций;
- соответствия ведения пациентов правилам проведения лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных видов диагностических исследований, положениям об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядкам организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, порядкам проведения медицинских экспертиз, диспансеризации, диспансерного наблюдения, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований в соответствии со стандартами медицинской помощи и клиническими рекомендациями.

16. Порядок рассмотрения обращений граждан

16.1. Обращения граждан могут поступать в организацию в устной форме, письменной форме (в том числе в виде записей в книге жалоб и предложений) или по электронной почте.

16.2. Граждане (заявители) могут обращаться с жалобами, заявлениями или предложениями по вопросам организации и оказания медицинской помощи к руководителю организации, его заместителю или заведующим отделениями лично или через своего законного представителя.

16.3. В целях реализации прав граждан на обращение в организации обеспечивается:

- информирование граждан об их праве на обращение;
- регистрация и учет поступивших обращений;
- рассмотрение поступивших обращений;
- принятие необходимых мер по результатам рассмотрения обращений;
- проведение анализа поступивших обращений и разработка мероприятий по устранению причин, вызвавших обращения.

16.4. Информирование граждан об их праве на обращение обеспечивается путем размещения в доступном для граждан месте оформленной в печатном виде информации:

- о фамилии, имени, отчестве, должности, номере кабинета, графике работы, телефоне должностных лиц организации, к которым могут обратиться граждане в случае возникновения претензий при оказании медицинской помощи;

- об адресах электронной почты и интернет-сайта организации (при их наличии);
- о графике личного приема граждан руководителем организации;

- об адресах и телефонах контролирующих органов и организаций.

16.5. Все поступившие в письменной форме или по электронной почте обращения граждан (заявителей) подлежат обязательной регистрации в день их поступления в организацию.

Делопроизводство по обращениям граждан ведется в организации отдельно от других видов делопроизводства.

Ответственный за ведение делопроизводства по обращениям граждан определяется соответствующим приказом руководителя организации.

В дело по рассмотрению обращения гражданина входят: обращение гражданина, письменное поручение или приказ руководителя организации по рассмотрению обращения, материалы по рассмотрению обращения, копия ответа заявителю.

Срок хранения дел по обращениям граждан в организацию составляет 5 (пять) лет с даты регистрации обращения.

16.6. Учет обращений, поступивших в письменной форме или по электронной почте, ведется в организации в журнале регистрации обращений граждан.

Ответственность за ведение журнала регистрации обращений граждан возлагается приказом руководителя организации.

Учету подлежат все обращения, поступающие в организацию в письменной форме или по электронной почте, в том числе обращения, зафиксированные в книгах жалоб и предложений (при их наличии) или направленные из других органов или организаций.

В журнале регистрации обращений граждан в хронологическом порядке фиксируются:

- порядковый номер;
- фамилия, имя, отчество, заявителя;
- адрес места жительства заявителя;
- наименование организации, направившей обращения;
- дата поступления обращения;
- дата и номер регистрации обращения;
- краткое содержание (повод) обращения;
- фамилия, имя, отчество, должность работника, осуществляющего рассмотрение обращения;
- результат рассмотрения обращения;
- дата и номер регистрации ответа на обращение.

16.7. Все поступившие в организацию обращения граждан подлежат рассмотрению, за исключением анонимных обращений (обращений, не содержащих фамилии и адреса заявителя).

Решение о направлении обращения на рассмотрение к конкретному работнику организации принимает руководитель организации в форме письменного поручения или приказа в срок, не превышающий трех дней с даты регистрации обращения.

Жалобы граждан не должны направляться на рассмотрение работнику организации, действие (или бездействие) которого обжалуется.

16.8. Работник организации, получивший поручение руководителя организации о рассмотрении обращения, обязан обеспечить объективное, всестороннее и своевременное рассмотрение обращения.

16.9. Работник организации, получивший поручение о рассмотрении обращения, вправе приглашать заявителя для личной беседы, запрашивать дополнительную информацию у заявителя и письменные объяснения у работников организации, принимать другие меры, необходимые для объективного рассмотрения обращения.

Работник организации, получивший поручение руководителя организации о рассмотрении обращения, несет ответственность за объективное, всестороннее и своевременное рассмотрение обращения в соответствии с Трудовым кодексом РФ и должностными инструкциями.

16.10. При рассмотрении обращений граждан должны соблюдаться права третьих лиц, установленные законодательством Российской Федерации.

В случае если при рассмотрении обращения, поданного в интересах третьих лиц (являющихся дееспособными гражданами), выяснилось, что они в письменной форме возражают против его рассмотрения, руководитель организации принимает решение об оставлении обращения без рассмотрения по существу, уведомив об этом заявителя.

16.11. Письменные обращения, содержащие вопросы, решение которых не входит в компетенцию организации, в течение семи дней с даты их регистрации направляются с сопроводительным письмом в соответствующий орган или организацию, в компетенцию которых входит решение поставленных в обращении вопросов, с одновременным уведомлением заявителя о переадресации обращения.

16.12. В случае если обращение одного и того же заявителя по тем же основаниям было рассмотрено организацией ранее, и во вновь поступившем обращении отсутствуют основания для пересмотра ранее принятых решений, руководитель организации вправе принять решение об оставлении обращения без рассмотрения по существу, уведомив об этом заявителя.

16.13. Ответ на обращение, поступившее в письменной форме или по электронной почте, дается в течение 30 дней с даты регистрации обращения, за исключением обращений, поступивших через органы государственной власти или иные организации, по исполнению которых может быть указан другой срок.

Ответы на обращения граждан оформляются на бланке исходящего письма организации и подписываются руководителем.

В случае подтверждения фактов, изложенных в жалобе, в ответе указываются меры, принятые к виновным работникам.

16.14. В случае если обращение поступило в организацию в письменной форме, ответ направляется на почтовый адрес, указанный в обращении.

В случае если обращение поступило в организацию по электронной почте, ответ на обращение направляется на адрес электронной почты, указанный в обращении.

16.15. По результатам рассмотрения жалоб, в случае подтверждения изложенных в них обстоятельств, к виновным работникам принимаются меры, в соответствии с Трудовым кодексом РФ и должностными инструкциями.

16.16. В организации не реже одного раза в квартал проводится анализ поступивших обращений.

16.17. Результаты анализа поступивших обращений ежеквартально и по итогам года представляются руководителю организации.

16.18. Устные обращения рассматриваются руководителем организации, к которому обратился гражданин (руководитель, его заместитель, заведующие отделениями) в ходе личного приема.

16.19. Руководитель организации проводит личный прием граждан с периодичностью не реже одного раза в неделю.

Место, дни и часы личного приема граждан устанавливаются руководителем организации.

Информация о принятых руководителем организации заявителях фиксируется в журнале личного приема граждан.

16.20. В случае если изложенные в устном обращении заявителя обстоятельства не требуют дополнительной проверки, ответ на обращение с согласия может быть дан устно в ходе личного приема, о чем делается запись в журнале личного приема граждан.

16.21. В случае несогласия заявителя с результатами рассмотрения его обращения он может обратиться в вышестоящую организацию или в суд.

17. Порядок проведения анкетирования граждан

17.1. В целях изучения удовлетворенности граждан оказанной медицинской помощью в организации организуется проведение анонимного анкетирования пациентов с периодичностью 1 раз в квартал.

17.2. Форма анкеты разрабатывается специалистами организационно- методического кабинета и должна отражать объективную оценку пациентами качества оказания медицинской помощи в организации.

17.3. Информация о результатах проведенного анкетирования является открытой.

17.4. Результаты проведенного анкетирования используются руководителем организации в целях совершенствования качества медицинской помощи, оказываемой гражданам, и совершенствования организационных технологий оказания медицинской помощи.

18. Заключительные положения

18.1. Настоящее положение вступает в силу с момента его утверждения.

18.2. Медицинская организация обеспечивает неограниченный доступ к настоящему документу.

18.3. Настоящее положение доводится до сведения медицинских работников учреждения.