

Положение
о порядке организации и проведении внутреннего контроля качества
и безопасности медицинской деятельности
КГБУЗ «Городская поликлиника №11»

I. Общие положения

Настоящий Порядок разработан в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", приказом МЗРФ от 31.07.2020г. № 785-н « Об утверждении требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности», приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5 мая 2012 г. N 502н "Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации", приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 мая 2017г. №203-н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.05.2002г. №154 «О введении формы учета клинико-экспертной работы в лечебно-профилактических учреждениях, приказом ФФОМС от 28.02. 2019 № 36 «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.06.2012г. № 12н «Об утверждении Порядка сообщения субъектами обращения медицинских изделий 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, фактах и об обстоятельствах, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации медицинских изделий», Постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 18 мая 2010г. № 58 «Об утверждении СанПин 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность», приказом Минздрава России от 30 сентября 2015г. №683н « Об утверждении Порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях», приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012г. № 543н « Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению», приказом Министерства здравоохранения РФ от 01.09.2020 г. № 925-н « Об утверждении порядка выдачи и оформления листков нетрудоспособности, включая порядок формирования листков нетрудоспособности в форме электронного документа», приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26.04.2012Г. №406н «Об утверждении порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий

бесплатного оказания гражданам медицинской помощи», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 марта 2019г. №124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 марта 2019г. №173н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 марта 2014г. № 125н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемиологическим показаниям» и устанавливает общие организационные и методические принципы организации и проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в КГБУЗ «Городская поликлиника №11» (далее - КГБУЗ ГП 11 Хабаровска).

1. Цель внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (далее по тексту – внутренний контроль качества):

- Обеспечение прав граждан на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций, а также соблюдение обязательных требований к обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности.

2. Задачи внутреннего контроля качества:

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

2) Обеспечение и оценка:

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

- обеспечение и оценка применения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи;

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

- обеспечение и оценка соблюдения медицинскими работниками и руководителем учреждения 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»;

- обеспечение и оценка соответствия оказываемой медицинскими работниками медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи, а также рассмотрение причин возникновения несоответствия качества оказываемой медицинской помощи указанным критериям;

3) Выполнение медицинскими работниками должностных инструкций в части

обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности;

4) Предупреждение нарушений при оказании медицинской помощи, являющихся результатом:

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

- 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;

- 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;

5) Принятие мер по пресечению и (или) устранению последствий и причин нарушений, выявленных в рамках 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 страховании;

6) Совершенствование медицинской деятельности для того, чтобы выявлять и предотвращать риски, создающие угрозу жизни и здоровью граждан, а также минимизировать последствия их наступления;

7) Принятие управленческих решений по совершенствованию подходов к осуществлению медицинской деятельности.

3. Мероприятия внутреннего контроля качества:

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

2) Сбор и анализ целевых показателей качества и безопасности медицинской деятельности;

3) 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);

4) Мониторинг наличия лекарственных препаратов и медицинских изделий в

соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов и на основе клинических рекомендаций;

5) 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;

6) Анализ информации обо всех случаях выявления побочных действий, не указанных в инструкции по применению или в 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 уполномоченный Правительством Российской Федерации федеральный орган исполнительной власти.

4. Порядок организации внутреннего контроля качества регламентирует :

1) перечень должностей работников (структурных подразделений) КГБУЗ ГП №11 Хабаровска, на которых возложены обязанности по организации и проведению внутреннего контроля ;

2) сроки и последовательность осуществления внутреннего контроля;

3) объемы проведения внутреннего контроля;

4) случаи оказания медицинской помощи, подлежащие внутреннему контролю, в том числе в обязательном порядке;

5) порядок регистрации результатов внутреннего контроля;

6) порядок проведения анализа результатов внутреннего контроля, мониторинга показателей качества медицинской помощи;

7) принятие мер по управлению качеством медицинской помощи.

5. Организация и проведение внутреннего контроля качества осуществляется за счет финансовых средств КГБУЗ «ГП №11» Хабаровска.

6. Ответственность за организацию и состояние внутреннего контроля качества в медицинской организации несет главный врач КГБУЗ «ГП 11» Хабаровска.

7. По итогам проведенного контроля медицинской помощи разрабатываются и реализуются мероприятия по управлению качеством медицинской помощи

7.1. Принятие управленческих решений, направленных на устранение причин

возникновения дефектов медицинской помощи, повышение качества и эффективности оказываемой медицинской помощи, совершенствование организационных технологий оказания медицинской помощи;

7.2. Планирование мероприятий, направленных на устранение причин возникновения дефектов медицинской помощи, повышение качества и эффективности оказываемой медицинской помощи, совершенствование организационных технологий оказания медицинской помощи;

7.3. Осуществление контроля при реализации принятых управленческих решений, выполнение плана мероприятий.

Структура внутреннего контроля качества:

1. Комиссия по внутреннему контролю;
2. Врачебная комиссия;
3. Руководители структурных подразделений.

1. Комиссия по внутреннему контролю.

Комиссия по внутреннему контролю качества при проведении проверок имеет следующие полномочия:

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

- получать, собирать и анализировать сведения о деятельности структурных подразделений организации;

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

- знакомиться с необходимыми документами, включая медицинскую документацию, снимать копии с документов, а также при необходимости производить фото- и видеосъемку при осуществлении осмотра(обследования);

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

2. Комиссия по внутреннему контролю качества состоит из рабочих групп по направлениям внутреннего контроля качества:

1. Управление персоналом;
2. Лекарственная безопасность;
3. Контроль качества и безопасности обращения медицинских изделий;
4. Организация профилактической работы, иммунопрофилактика;

5. Организация оказания медицинской помощи на основании данных доказательной медицины. Обеспечение прав граждан на получение медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций;

6. Работа регистратуры;

7. Диспансеризация прикрепленного населения;

8. Диспансерное наблюдение за хроническими больными;

9. Стационар замещающие технологии (организация работы дневного стационара и «стационара на дому»;

10. Эпидемиологическая безопасность (профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи);

11. Безопасность среды в медицинской организации.

Плановые проверки проводятся в соответствии с ежегодным планом , утвержденным руководителем.

Целевые (внеплановые) проверки проводятся:

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

- при поступлении жалоб граждан по вопросам качества и доступности медицинской помощи , а так же 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 , вызванных медицинским вмешательством.

Анализ случаев оказания медицинской помощи в ходе плановых и целевых (внеплановых) проверок осуществляется для оценки качества и безопасности медицинской деятельности, 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 инвалидности, к летальному исходу, а так же к неэффективному использованию ресурсов мед. организации, неудовлетворенности пациента мед. помощью.

Срок проведения проверок плановых и целевых (внеплановых) устанавливается руководителем, но не должен превышать 10 рабочих дней.

Приказом главного врача медицинской организации утверждается состав рабочих групп из числа наиболее опытных, квалифицированных и активных штатных специалистов, обладающих качествами аудитора: внимательность, умение проводить анализ соответствия деятельности требованиям, системное и логическое мышление.

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

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 мед. деятельности;
- обеспечение реализации мер, принятых по итогам внутреннего контроля.

Не реже 1 раза в полугодие, по итогам года формируется сводный отчет, содержащий информацию о состоянии качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации. На основании сводного отчета руководителем медицинской организации при необходимости утверждается перечень корректирующих мер.

Основные направления внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в КГБУЗ «ГП №11»:

1. Управление персоналом. Медицинские кадры:

№	Группы показателей	Показатели	№	Порядок оценки показателей	Ответственное лицо	исполнитель	периодичность	Контрольный документ
1.1	Управление персоналом	Наличие приказов главного врача по вопросам управления персоналом	1.1.1	Наличие приказов главного врача по вопросам личного состава	Начальник ОК	Начальник ОК	Ежеквартально	Сформированные приказы для архивирования
			1.1.2	Организация обучения персонала	Начальник ОК	Начальник ОК	Ежегодно, по мере необходимости	Ежегодный План обучения
			1.1.3	Организация обучения руководителей структурных подразделений, заместителей руководителей	Начальник ОК	Начальник ОК	Ежегодно, по мере необходимости	Ежегодный План обучения
		Регулярный аудит управления персоналом	1.1.4	Отчеты по результатам аудитов/регулярность проведения (не реже 1 раза в полгода)	Начальник ОК	Начальник ОК	Ежегодно, ежеквартально, ежемесячно	Отчеты по утвержденной форме в системе БАРС
1.2	Соответствие укомплектованности рекомендованным штатным нормативам	Соответствие штатов рекомендованным штатным нормативам по подразделениям: укомплектованность по подразделениям - по категориям работников – коэффициент замещения	1.2.1	Подготовка в табличном варианте сведений в соответствии с запрашиваемыми характеристиками, оценка соответствия штатов рекомендованным в зависимости от профиля МО	Начальник ОК	Начальник ОК	Ежегодно	Отчеты по утвержденной форме о расчете потребности в медицинских кадрах
1.3	Уровень квалификации и сотрудников, возрастной состав	Возрастной состав сотрудников, доля сотрудников предпенсионного и пенсионного возраста	1.3.1	Оценка возрастного состава сотрудников с определением доли сотрудников предпенсионного и пенсионного возраста, молодых сотрудников (до 3-х лет стажа)	Начальник ОК	Начальник ОК	Ежегодно, ежеквартально	Отчеты по утвержденной форме, сведения в Центр занятости
		Квалификация сотрудников	1.3.2	Оценка квалификации сотрудников (распределение по квалификационным категориям), отдельно по подразделениям, врачебному и сестринскому персоналу,	Начальник ОК	Начальник ОК	Ежегодно, ежеквартально	Отчеты по утвержденной форме, сведения в Центр занятости
1.5	Использование административных методов управления персоналом	Повышение ответственности персонала, включая внесение изменений и дополнений в должностные инструкции	1.5.1	Проверка не менее 5 должностных инструкций различных категорий медицинских работников, включая руководителей различного уровня, с детализацией ответственности в соответствии с профилем подразделения	Начальник ОК	Начальник ОК	Ежеквартально, по мере введения должностей в штатное расписание	Должностная инструкция соответствующая квалификационным требованиям
		Формирование графика работы, дежурных бригад с учетом	1.5.2	Оценка рационального составления графиков работы (в том числе соотношение дежурств на выходные и "праздничные дни"), отпусков сотрудников .	Начальник ОК	Начальник ОК	Ежемесячно	График работы подразделений

		компетенции медработников						
1.6	Использование социально-психологических методов управления персоналом	Наличие системы поиска и подбора персонала	1.6.1	Оценка поиска и подбора персонала, просмотр информативных ресурсов и заявок в городской Центр занятости населения	Начальник ОК	Начальник ОК	Ежеквартально	Информативный ресурс: сайты по поиску работы
1.7	Непрерывное обучение и развитие персонала	Наличие непрерывного профессионального образования, включая:	1.7.1	Оценка непрерывного профессионального образования, в т.ч.: -вхождение специалистов в систему НМО; -прохождение обязательных циклов в рамках НМО.	Начальник ОК	Начальник ОК	Ежегодно	Анализ вхождения сотрудников в систему НМО
1.8	Совершенствование системы оценки деятельности и медицинских работников, участвующих в оказании медицинских услуг	Наличие Положения об оплате услуг	1.8.1	Стимулирующая выплата за качество выполняемой работы производится по критериям , утвержденным Положением об оплате труда отдельно по каждой группе должностей поликлиники	зам. главного врача по экономическим вопросам	Заведующие отделениями, старшие медицинские сестры	ежемесячно	Протокол распределения надбавки за качество выполняемых работ
			1.8.2	Кабинет статистики представляет выполненные объемы по отделениям в разрезе каждой должности	зам. главного врача по экономическим вопросам	заведующая кабинетом статистики	Ежемесячно	Отчет о выполнении плана
			1.8.3	Заведующей и старшей медсестрой отделения заполняются все показатели по итогам работы за текущий месяц с учетом выявленных дефектов, сотрудника знакомят под роспись с результатом его деятельности.	зам. главного врача по экономическим вопросам	Заведующая отделения, старшая медсестра	Ежемесячно	Протоколы отделений
			1.8.4	Протоколы передаются в плановый отдел, где рассчитывается сумма баллов в денежном выражении по каждому сотруднику.	зам. главного врача по экономическим вопросам	экономист	Ежемесячно	Приказ главного врача

2. Лекарственная безопасность

2.1	Обеспечение лекарственной безопасности в МО	Наличие приказов главного врача по вопросам обеспечения лекарственной безопасности		Проверить наличие приказов главного по вопросам лекарственной безопасности	Заместитель главного врача			
			2.1.1	Организация работы по обеспечению лекарственной безопасности в МО: основные направления, ответственные за	Заместитель главного врача	Зав.отделения, старшие медсестры отделений,главная	1 раз в год	Наличие приказа

				направления и по подразделениям.		сестра,провизор		
			2.1.3	Хранение ЛП в подразделениях МО	Зав отделений	старшие медсестры отделений	постоянно	приказ СОП
			2.1.6	Система регистрации и сбора информации о серьезных и непредвиденных нежелательных реакциях в МО и передачи сведений о них в Росздравнадзор/ответственные	Зам. главного врача по мед. части	Зав отд., врачи	При возникновении случая	извещение
		Обучение персонала по вопросам оказания экстренной помощи	2.1.8	Оценить обучение персонала по вопросам оказания экстренной помощи, проверить наличие планов обучения, журналов обучения (охват персонала 100%), регулярность проведения тренингов	Зам. главного врача по мед. части	Заведующие отделениями	1 раз в квартал	Наличие журнала регистрации
2.2	Регистрация и сбор информации о серьезных и непредвиденных нежелательных реакциях в МО и передачи сведений о них в Росздравнадзор	Наличие в МО утвержденного порядка (включая ответственных) сбора и направления в АИС Росздравнадзора и/или территориальные органы Росздравнадзора сведений о выявленных нежелательных реакциях	2.2.1	Проверить наличие порядка (включая ответственных: указать ФИО, должность)	Зам главного врача	Зав. отделений,врачи, оператор оргметод отдела.	1 ра в год	алгоритм
		Наличие алгоритма взаимодействия МО с территориальным органом Росздравнадзора, включая знание контактных данных ответственных специалистов по	2.2.2	Проверить наличие алгоритма, включая контактные данные территориального органа Росздравнадзора	Зам главного врача	Зав. отделений,врачи, оператор оргметод отдела.	1 ра в год	приказ

		фармаконадзору						
		Наличие стандартных извещений о нежелательной реакции (в электронной форме или на бумажном носителе)	2.2.4	Проверить наличие стандартных извещений	Зам главного врача	Зав. отделений	1 раз в квартал	Акт проверки
		Наличие навыков заполнения извещений	2.2.5	Оценить навыки персонала по заполнению извещений, попросить не менее 2-х сотрудников заполнить извещение	Зав. отделений	врачи	постоянно	извещение
2.3	Организация внутреннего контроля	Осуществление регулярного контроля срока годности ЛП		Оценить контроль за ЛП, включая:				
			2.3.1	Контроль ЛП по показателям: "Описание", "Упаковка", "Маркировка" по НД производителей; скрининг ЛП с использованием актуализированной базы данных о качестве ЛС	Зав аптекой	Зав аптекой	постоянно	СОП
			2.3.2	Оценить контроль срока годности ЛП, включая, регулярность внутренних плановых проверок, проведение внеплановых проверок (количество, основания за полный последний год) Проверить наличие отчетов по результатам проверок, журналов, оценить планы по устранению недостатков/ответственные/сроки	Зав аптекой	Зав аптекой	1 раз в квартал	Акты
		Наличие исправного оборудования для хранения ЛП во всех подразделениях МО:		Проверить наличие исправного оборудования и соблюдение правил расположения (например, измерительная часть прибора на расстоянии не менее 3 м от дверей, окон и отопительных приборов) во всех подразделениях МО:	Главная медсестра	Старшие медсестры отделений	постоянно	СОП
			2.4.2	Холодильники с исправными термометрами или	Главная медсестра	Старшие медсестры	постоянно	СОП

				термодатчиками		отделений		
			2.4.3	Исправное оборудование для измерения показателей условий хранения в помещениях (термометры, психрометры, гигрометры и т.д.)	Метролог	Старшие медсестры отделений	постоянно	График проверок
		Регулярный контроль условий хранения	2.4.4	Оценить порядок контроля условий хранения, проверить наличие журналов (карт) для фиксации контрольных параметров, регулярность заполнения во всех подразделениях МО	Главная, провизор	Старшие медсестры отделений	1 раз в квартал	акты
		Регулярная поверка оборудования с записью результатов в журналах	2.4.5	Оценить контроль технического состояния оборудования, проверить наличие договоров с компаниями, осуществляющими техническое обслуживание оборудования, журналов проведения проверок, регулярность	Метролог Главная медсестра	Метролог	В соответствии с графиком	Акты проверок
		Соблюдение правил хранения ЛП, требующих защиты от воздействия света	2.4.6	Проверить соблюдение правил хранения ЛП, требующих защиты от воздействия света во всех подразделениях (если применимо)	Зав аптекой	Зав аптекой	1 раз в квартал	Акты проверок
			2.4.7	Проверить методом случайной выборки соблюдение правил хранения по 5 ЛП в каждом подразделении на соответствие условий хранения требованиям производителей	Зав аптекой	Зав аптекой	1 раз в квартал	Акты проверок

3. Контроль качества и безопасности обращения медицинских изделий

№	Группа показателей	Показатели	№	Порядок оценки	Ответственное лицо	Исполнитель	Периодичность	Контрольный документ
3.1	Организация контроля качества и безопасности обращения медицинских изделий	Наличие приказов главного врача по вопросам контроля качества и безопасности обращения медицинских изделий (далее МИ)		Проверить наличие приказов по темам:				
			3.1.1	Организация работы в сфере контроля качества и безопасности обращения МИ:	Зам главного врача по леч. работе	главная медсестра провизор	1 раз в год	приказ
			3.1.2	Обеспечение МИ	главная	Старшие	По мере	заявки

					медсестра провизор	медсестры отделений	необходимос ти	
			3.1.3	Хранение МИ	главная медсестра провизор	Старшие медсестры отделений	1 раз в квартал	Акты проверок
			3.1.4	Учет МИ	главная медсестра провизор	Старшие медсестры отделений	постоянно	Требования, журналы учета.
			3.1.5	Эксплуатация МИ	Заведующие отделений,гл авная медсестра	Старшие медсестры отделений	1 раз в месяц	Журнал учета процедур
			3.1.6	Соблюдение метрологических требований, норм и правил для МИ, требующих периодических поверок	Метролог	договор	1 раз в год	Акт выполненных работ
			3.1.7	Техническое обслуживание медицинской техники	Главная медсестра	По договору	1 раз в месяц,по необходимос ти	Журнал техническог о обслуживани я, акты выполненных работ
3.2	Обеспечение контроля качества и безопасности обращения медицинских изделий	Процесс обеспечения/поставки/наладки МИ, включая расходные материалы (регулярный контроль качества поступающих МИ)	3.2.1	Оценить обеспечение/поставку/наладку МИ, включая расходные материалы, проверить наличие регистрационных удостоверений, информации о МИ на русском языке, включая эксплуатационную документацию	Главная медсестра	поставщик	При поступлении и оборудовани я	Техническая документаци я. Акт приема передачи.
		Контроль наличия МИ с истекшим сроком годности, выявление причин, принятие решений по устранению дефектов	3.2.3	Оценить контроль наличия МИ с истекшим сроком годности (эксплуатации), опросить ответственных сотрудников о порядке контроля, выявленных причинах и принятых мерах	главная медсестра провизор	Старшие медсестры отделений	1 раз в квартал	Требования, журналы учета.
3.3	Соблюдение правил эксплуатации МИ	Наличие обучения персонала при поступлении нового оборудования	3.3.1	Проверить наличие допусков, оценить качество обучения, опросить не менее 12 сотрудников в различных подразделениях на предмет знаний инструкций по эксплуатации оборудования, поступившего в течение последнего года	Главная медсестра	Ответственн ые работники	При поступлении оборудовани я	Акт ввода в эксплуатаци ю
		Наличие инструкций по эксплуатации медицинского оборудования в подразделениях (в местах использования)	3.3.2	Проверить наличие инструкций в различных подразделениях МИ (для имеющегося в подразделении оборудования), попросить продемонстрировать персонал навыки работы с МИ	Зав. отделением, главная медсестра	Старшая медсестра,от ветственный работник	постоянно	Технический паспорт,жур нал инструктаже й
			3.3.3	Оценить порядок контроля условий хранения МИ в соответствии с рекомендациями производителя, проверить наличие журналов для фиксации контрольных параметров, регулярность заполнения во всех подразделениях МО	Главная медсестра,пр овизор	Главная медсестра,пр овизор ,стар шие медсестры	1 раз в квартал	Акты проверок
3.4	Техническое обслуживание МИ	Периодическое	3.4.1	Проверить наличие плана-графика обслуживания медицинского	Зам гл	Главная	1 раз в год	договоры

		профилактическое техническое обслуживание МИ		оборудования/актов выполненных работ Проверить наличие журнала технического обслуживания, оценить соответствие сроков рекомендуемым	врача, главная сестра	сестра		
		Регулярная поверка средств измерения	3.4..2	Проверить наличие плана-графика метрологического обслуживания Проверить наличие журнала поверок, оценить соответствие сроков рекомендуемым	Зам гл.врача, метролог	метролог	1 раз в год	Акты поверок

4. Организация профилактической работы, иммунопрофилактика.

№	Группа показателей	Показатели	№	Порядок оценки	Ответственное лицо	Исполнитель	Периодичность	Контрольный документ
4.1	Организация проведения вакцино-профилактики	Наличие национальных календарей прививок	4.1.1	Проверить наличие в кабинетах доврачебного приема, вакцино-профилактики, у участковых врачей, в отделении профилактики и т.д.: - национального календаря прививок на текущий год; - наличие национального календаря от текущего года по эпидемиологическим показаниям.	Зам по медчасти	Зав. отд. Врач-эпидемиолог	1 раз в год	акт
		Наличие поименных списков пациентов, подлежащих вакцинации на участке	4.1.2	Проверить наличие списков пациентов, подлежащих вакцинации в текущем календарном году, не менее, чем на 2-х терапевтических участках	Зам по медчасти	Зав. отд. Вр. эпидемиолог	1 раз в год	акт
			4.1.3	Проверить: - наличие плана персонифицированного на год и ежемесячного, алгоритма проведения вакцинации; - наличие информирования пациентов.	Зам по медчасти	Зав. отд. Вр. эпидемиолог	1 раз в год	акт
			4.1.4	Привитость сотрудников КГБУЗГП-11	Зам по медчасти	Зав. отд. Вр. эпидемиолог	1 раз в год	акт
		Наличие информированного добровольного согласия пациентов	4.1.5	Проверить наличие информированного добровольного согласия не менее, чем в 10 человек	Зам по медчасти	Зав. отд. Вр. эпидемиолог	1 раз в год	акт
		Наличие информационных материалов о вакцинации	4.1.6	Проверить наличие информационных материалов (буклеты,) для пациентов по вопросам вакцинации.	Зам по медчасти	Зав. отд. Вр. эпидемиолог	1 раз в год	акт

		Информирование пациентов о проведении вакцинации	4.1.7	Оценить качество информирования пациентов, порядке проведения вакцинации в том числе о возможных побочных реакциях (опрос пациентов).	Зам по медчасти	Зав. отд. Вр. эпидемиолог	1 раз в год	акт
		Регистрация прививок в учетных формах	4.1.8	Ф 063/у карта учета прививок, ф-064/у журнал учета прививок, амбулаторная карта ф-25, прививочный сертификат ф.-156/у	Зам по медчасти	Зав. отд. Вр. эпидемиолог	1 раз в год	акт
		Ежемесячный учет прививок по отделениям.	4.1.9	Ф-5 регистрация прививок за месяц.	Зам по медчасти	Зав. отд. Вр. эпидемиолог	1 раз в год	акт
		Соблюдение Холодовой цепи ИЛП	4.1.10	Наличие термоиндикаторов, электронных термометров в холодильниках для хранения ИЛП	Гл. м/с	Гл. м/с, вр. эпидемиолог .	ежедневно	Журнал Учета температуры .
			4.1.11	Наличие алгоритма действия медицинского работника при отключении света, при соблюдении холодовой цепи.	Гл. м/с	Гл. м/с, вр. эпидемиолог .	При регистрации аварии	Журнал учета аварии
			4.1.12	Ведение документации по приходу и расходу ИЛП.	Гл. м/с	Гл. м/с, вр. эпидемиолог .	1 раз в 6 мес.	Акт.
			4.1.13	Наличие термоконтейнеров малых объемов, термоконтейнеров средних и больших объемов согласно расчетам.	Гл. м/с	Гл. м/с, вр. эпидемиолог .	1 раз в год	Заявки.

			4.1.14	Алгоритм загрузки термоконтейнеров ИЛП для прививочных бригад.	Гл. м/с	Гл. м/с вр. эпидемиолог			Наличие алгоритма

5. Организация оказания медицинской помощи на основании данных доказательной медицины. Обеспечение прав граждан на получение медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций.

№	Группа показателей	Показатели	№	Порядок оценки	Ответственное лицо	Исполнитель	периодичность	Контрольный документ
5.1	Наличие в КГБУЗ «ГП №11» стандартов, клинических рекомендаций (в соответствии с профилем)	Наличие стандартов, клинических рекомендаций во всех подразделениях КГБУЗ «ГП №11» в соответствии с профилем подразделений)	5.1.1	Обеспечить наличие стандартов, клинических рекомендаций (протоколов лечения) в КГБУЗ «ГП №11» в полном объеме в соответствии со всеми профилями оказываемой медицинской помощи в КГБУЗ «ГП №11»	Зам гл. врача по медчасти	Зав. отделениями зав. женскими консультациями	ежемесячно	
			5.1.2	Обеспечить наличие стандартов, клинических рекомендаций (протоколов лечения) в каждом подразделении КГБУЗ «ГП №11» в полном объеме в соответствии с профилем подразделения	Зам. гл. врача по медчасти	Зав. отделениями, зав. женскими консультациями	ежемесячно	
		Наличие у персонала доступа ко всем клиническим рекомендациям в соответствии с профилем оказываемой медицинской помощи	5.1.3	Оценка доступности клинических рекомендаций для персонала, проверить наличие их в печатном виде, или электронной базы данных.	Зам гл. врача по медчасти	Зав. отделениями , зав. женскими консультациями	ежемесячно	
5.2	Исполнение стандартов, клинических рекомендаций	Соответствие лечебно-диагностического процесса стандартам, клиническим рекомендациям	5.2.1	Оценка соответствия ведения пациентов стандартам, клиническим рекомендациям.	Зам. гл. врача по КЭР, зам. гл. врача по мед части	Заведующие отделениями , зав. женскими консультациями	ежемесячно	
			5.2.2	Проверка амбулаторных карт пациентов для оценки соответствия ведения пациентов стандартам, клиническим рекомендациям	Зам. гл. врача по КЭР,	Заведующие отделениями	ежемесячно	Карта внутреннего

					заместитель главного врача по мед части, врач-эксперт	, заведующие женскими консультаци ями		контроля; Журнал внутреннего контроля
--	--	--	--	--	--	--	--	--

6. Организация работы регистратуры.

№	Группа показателей	Показатели	№	Порядок оценки	Ответственное лицо	Исполнитель	Периодичность	Контрольный документ
6.1	Организация работы регистратуры	Наличие приказов главного врача по организации работы регистратуры. Наличие ответственных за организацию работы регистратуры.	6.1.1	Проверить наличие приказов главного врача: Организация работы регистратуры, включая единое положение об организации деятельности структурных подразделений регистратуры.	Зам гл врача по мед части Зам гл врача по мед части	Зам. гл.врача по медчасти Зав ж.к. №1и №2, зав.отд по Красн. 107а, старшая мед. сестра регистр. по Суворова 38	1 раз в год 1 раз в год	справка справка
6.2	Управление потоками пациентов	Наличие алгоритмов регулирования потоков пациентов	6.2.1	Проверить наличие алгоритмов :	Зам гл врача по мед части	зав.отд по Красн. 107а, старшая мед. сестра регистр. по Суворова 38	1 раз в год	справка
		Наличие обучения персонала управлению потоками пациентов, информированию пациентов	6.2.2	Оценить методом прямого наблюдения систему предоставления информации и управления потоками пациентов: - при личном обращении пациентов; - по телефону; - при необходимости использования информационной системы.	Зам гл врача по мед части	Зав ж.к. №1и №2, зав.отд по Красн. 107а, старшая мед. сестра регистр. по Суворова 38	1 раз в год	справка
6.3	Информирование пациентов с целью получения информации о работе	Наличие информационных материалов для пациентов	6.3.1	Проверить наличие информационных материалов об оказываемых медицинских услугах для пациентов в различных подразделениях, включая: информационные стенды, постеры, брошюры и др.	Зам гл врача по мед части	Зав ж.к. №1и №2, зав.отд по Красн. 107а, старшая	1 раз в год	справка

	учреждения, медицинских услугах, оказываемых в КГБУЗ «ГП№11»					мед. сестра регистр. по Суворова 38		
6.4	Учет, хранение, оформление медицинской документации	Наличие алгоритмов учета, хранения, оформления медицинской документации в бумажном и электронном видах	6.4.1.	Проверить наличие алгоритмов хранения, оформления и учета, медицинской документации (АК)	Зам гл врача по мед части	Зав ж.к. №1 и №2, зав.отд по Красн. 107а, старшая мед. сестра регистр. по Суворова 38	1 раз в год	справка
6.5.	Организация работы кабинета неотложной помощи	Рациональность расположения кабинета неотложной помощи.	6.5.1	Оценить рациональность расположения, в том числе: - расположение на 1 этаже.	Зам гл врача по мед части	Зав.отд по Красн. 107а, старшая мед. сестра регистр. по Суворова 38	1 раз в год	справка
6.6	Эффективная коммуникация медицинского персонала регистратуры с пациентами	Наличие алгоритмов эффективной коммуникации	6.6.1	Проверить наличие алгоритмов взаимодействия сотрудников регистратуры с пациентами, включая порядок действий в случае конфликтных ситуаций, жалоб, а именно: - по телефону; - при личном обращении; - порядок действий в случае конфликтных ситуаций	Зам гл врача по мед части	Зав ж.к. №1 и №2, зав.отд по Красн. 107а, старшая мед. сестра регистр. по Суворова 38	1 раз в год	справка

7. Диспансеризация прикрепленного населения.

№	Группа показателей	Показатели	№	Порядок оценки	Ответственное лицо	Исполнитель	Периодичность	Контрольный документ
7.1	Организация проведения диспансеризации	Выполнение приказов главного врача по организации диспансеризации	7.1.1	Организация проведения диспансеризации работающих и неработающих граждан, студентов очной формы обучения с указанием ответственных лиц, наличие приказов главного врача по организации диспансеризации.	Зам главного врача по мед части	Зав отдел профилактики	1 раз в год	справка
			7.1.2	Организация диспансеризации инвалидов ВОВ, участников ВОВ, узников концлагерей, "Жителей блокадного Ленинграда"	Зам главного врача по мед части	Зав терапевт. отдел	1 раз в год	справка

7.2	Система информирования пациентов	Наличие информационных материалов для пациентов по вопросам диспансеризации	7.2.1	Наличие информационных материалов (информационных стендов, буклетов, постеров) для пациентов по вопросам диспансеризации во всех подразделениях МО, оценить их качество, в том числе соответствие рекомендациям, порядка проведения согласно нормативным актам	Зам главного врача по мед части	Зав отдел профилактики	1 раз в год	справка
7.3.	Активное вовлечение пациентов в диспансеризацию участковым врачом	Наличие плана информирования. Наличие списков пациентов, подлежащих диспансеризации в текущем календарном году	7.3.1	Проверить наличие плана информирования о диспансеризации населения с целью активного привлечения пациентов на не менее 2 терапевтических участках	Зам главного врача по мед части	Зав отдел профилактики	2 раза в год	справка
7.4	Обучение медицинского персонала порядкам проведения диспансеризации	Наличие планёрных совещаний.	7.4.1	Проверить наличие планёрных совещаний по вопросам диспансеризации	Зам главного врача по мед части	Зав отдел профилактики	2 раза в год	справка
7.5	Выполнение доврачебных медицинских исследований первого этапа диспансеризации	Наличие проведения анкетирования, необходимого объема исследований	7.5.1	Проверить не менее 10 карт в разных подразделениях на предмет наличия заполненных анкет и исследований, проводимых в кабинете диспансеризации	Зам главного врача по мед части	Зав отдел профилактики	1 раз в год	справка
			7.5.2	Проверить не менее 10 карт учета диспансеризации на предмет соответствия полного объема необходимых результатов анализов/исследований согласно приказу по диспансеризации определённых групп взрослого населения	Зам главного врача по мед части	Зав отдел профилактики	1 раз в год	справка
7.6	Проведение 1 этапа диспансеризации	Определение сердечно-сосудистого риска у пациентов	7.6.1	Оценить знания персонала оценки суммарного сердечно-сосудистого риска у граждан в возрасте от 21 до 39 лет и абсолютного сердечно-сосудистого риска у граждан в возрасте от 40 до 65 лет, опросить не менее 5 сотрудников из разных подразделений	Зам главного врача по мед части	Зав отдел профилактики	1 раз в год	справка
7.7	Проведение 2 этапа диспансеризации	Проведение дополнительного обследования в рамках 2	7.7.1	Наличие перечня возможного объема дополнительных исследований при наличии показаний для проведения 2 этапа диспансеризации	Зам главного врача по	Зав терап отдел	1 раз в год	справка

		этапа			мед части			
7.8.	Обеспечение проведения исследований	Проведение объема исследований в ходе 1 этапа диспансеризации	7.8.1	Проверить наличие оборудования для проведения 1 этапа диспансеризации, включая:	Зам главного врача по мед части	Зав терапевт. отдел	1 раз в год	справка
		Проведение объема обследований в ходе 2 этапа диспансеризации	7.8.2	Проверить наличие оборудования, наличие специалистов для проведения 2 этапа диспансеризации, включая:	Зам главного врача по мед части	Зав терапевт. отдел	1 раз в год	справка

8. Диспансерное наблюдение за хроническими больными

№	Группа показателей	Показатели	№	Порядок оценки	Ответственное лицо	Исполнитель	Периодичность	Контрольный документ
8.1	Организация динамического наблюдения за пациентами, страдающими хроническими заболеваниями	Наличие приказов главного врача по организации динамического наблюдения за пациентами, страдающими хроническими заболеваниями	8.1.1	Проверить наличие приказов главного врача/темы:	Зам главного врача по мед части	Зам главного врача по мед части		приказ
8.2	Динамическое наблюдение за пациентами, страдающими хроническими заболеваниями	Наличие перечня нозологий для постановки пациентов на учет врачами-терапевтами, врачами-специалистами Наличие плана-графика, поименного списка	8.2.1	наличие перечня нозологий, определяющего согласно нормативным актам, постановку пациентов на учет.	Зам главного врача по мед части	Зав отделений	1 раз в год	справка
8.3	Динамическое наблюдение за маломобильными ("надомными") хроническими больными	Наличие плана-графика, поименного списка	8.3.1	Проверить наличие на каждом терапевтическом участке поименного списка маломобильных больных.	Зам главного врача по мед части	Зам главного врача по мед части		справка

9. Стационар замещающие технологии (организация работы дневного стационара, "стационара на дому")

№	Группа показателей	Показатели	№	Порядок оценки	Ответственное лицо	Исполнитель	периодичность	Контрольный документ
9.1	Организация работы дневного стационара, стационара "на дому"	Наличие приказов главного врача по организации работы дневного стационара	9.1.1	Проверить наличие приказов главного врача по вопросам: Организация работы дневного стационара.	Зам.гл.вр. по мед/ч	Зав ДС	1 раз в год	справка
		Наличие порядка организации "стационара на дому"	9.1.2	Порядок госпитализации в дневной стационар, в том числе: - показания к госпитализации пациентов; - противопоказания к госпитализации пациентов	Зам.гл.вр. по мед/ч	Зав ДС	1 раз в год	справка
			9.1.3	Порядок организации "стационара на дому", включая: положение об ответственных	Зам.гл.вр. по мед/ч	Заведующие отделениями	1 раз в год	справка
9.2	Порядок отбора и направления пациентов на госпитализацию	Наличие и исполнение алгоритмов по отбору и направлению пациентов на госпитализацию в дневной стационар Наличие перечня показаний/противопоказаний для госпитализации в дневной стационар	9.2.1	Проверить наличие алгоритмов по отбору и порядку направления в дневной стационар во всех подразделениях, включая: - показания к госпитализации пациентов; - противопоказания к госпитализации пациентов	Зам.гл.вр. по мед/ч	Зав ДС	1 раз в год	справка
9.3	Организация выписки пациентов из дневного стационара	Наличие стандартных форм выписного эпикриза	9.3.1	Проверить не менее 5 ИБ на предмет наличия стандартных форм выписного эпикриза	Зам.гл.вр. по мед/ч	Зав ДС	1 раз в год	справка

10. Эпидемиологическая безопасность (профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП))

№	Группы показателей	Показатели	№	Порядок оценки	Ответственное лицо	Исполнитель	Периодичность	Контрольный документ
10..1	Организация обеспечения эпидемиологической безопасности	Наличие приказов главного врача по вопросам эпидемиологической безопасности (профилактики ИСМП)	10.1.1	Проверить наличие приказов главного врача по вопросам профилактики ИСМП.	Зам по леч..	Вр.эпидемиолог	1 раз в год	приказ
				План обеспечения эпидемиологической безопасности (ИСМП)	Зам. по леч .	Вр.эпидемиолог	1 раз в год	Акт.
			10.1.2	Деятельность комиссии по эпидемиологической безопасности (профилактике ИСМП), включая поименный состав, наличие врача-эпидемиолога.	Зам. по леч	Зам. по леч работе	ежеквартально	Положение о комиссии.
			10.1.3	Деятельность рабочих групп по разработке алгоритмов инвазивных процедур	Зам. по леч	Вр.эпидемиолог.Зав отд.	По требованию	Наличие алгоритмов
			10.1.4	Выявление, учет и регистрация ИСМП	Врач поставивший диагноз	Вр. эпидемиолог .	При выявлении	Амбулаторная карта, журнал ф-60/у

			10.1.5	Дезинфекция и стерилизация	Гл. м/с	Ст. м/с отделения,м/с ЦСО	1 раз в 1 кв.	Журнал стерилизации.
			10.1.6	Гигиена рук медицинского персонала	Зав.отд. ст м/с отд. ст. акуш ерки	Мед. персонал	1 раз в кв.	Смывы с рук мед. персонала.
			10.1.9	Наличие плана по профилактике инфицирования возбудителями гемоконтактных инфекций	Зам. по леч	Зав. отд. вр. эпидемиолог , гл. мед. сестра.ст. м/с, с.м акушерки	Согласно плана.	План
		Наличие журналов регистрации случаев ИСМП (ф.60)	10.2.3	Проверить наличие журналов регистрации ИСМП, аккуратность заполнения	Ответствен ные лица по приказу.	м/с Кобылкина В.И Точилкина.	При регистрации	Журнал Ф- 60/y
		Полнота выявления случаев ИСМП	10.2.4	Проверить не менее 20 АК пациентов, находящихся на лечении в отделениях высокого риска возникновения ИСМП (хирургическое, дневного стационара, ТО-1ЖК_1,2.) которым проводился курс инъекций ЛП.	Зам. по леч	Вр. эпидемиолог , зав. отд.	ежегодно	Наличие актов.
		Наличие договора со сторонней микробиологической лабораторией, на производственный контроль при отсутствии собственной	10.2.5	При отсутствии собственной микробиологической лаборатории проверить наличие договора со сторонними организациями.	Зам. по леч	Вр. эпидемиолог	ежегодно	Наличие контракта
10.5	Организация стерилизации медицинских изделий в	Наличие условий для стерилизации и ДВУ эндоскопического оборудования и ее организация в соответствии с СанПиНом	10.5.1	Проверить наличие алгоритмов обработки эндоскопического оборудования.	Зам. по леч. работе, зав. отд.	Вр. эпидемиолог ,Ст/мс ст. м/с	ежекварталь но	Протокол.
		Упаковка, хранение и использование стерильных материалов	10.5.5	Проверить соответствие упаковки, условий и сроков хранения, соблюдение асептики при работе со стерильными материалами, наличие индивидуальных стерильных укладок.	Гл. мед. сестра	Ст. ЦСО Ст/м/с отделения	ежекварталь но	Протокол.
10.6	Обеспечение эпидемиологической безопасности среды	Наличие и исправность специального оборудования, включая - Моечно-дезинфекционные машины.	10.6.1	Проверить наличие и соответствие расчетным потребностям моечно-дезинфекционных машин/исправность	Гл. м/с	Ст.м/с отд.ЦСО.Ст. акушерки	При поломке	Заявка на ремонт.
		Наличие методики расчета потребности в дезинфицирующих и антисептических средствах	10.6.5	Проверить наличие и использование методики расчета потребности в дезинфицирующих и антисептических средствах, во всех подразделениях.	Вр.эпидемио лог, гл. м/с	Ст. м/с отд. Ст. акушерки	В начале года	Результаты расчета
			10.6.9	Оценить качество уборки помещений методом наблюдения во всех подразделениях в соответствии с алгоритмом.	Зав. отд.	Вр. эпид. Гл.м/с, ст. м/с	По показаниям, при проверках	Акт, протокол.
		Обращение с отходами в соответствии с нормативными документами	10.6.10	Проверить наличие порядка обращения с отходами и соответствие нормативным документам	Вр. эпидемиолог .	Вр. эпид. Гл.м/с, ст. м/с	По показаниям, при	Акт, протокол

						ст. акушерки,ст. лаборант	проверках	
--	--	--	--	--	--	---------------------------------	-----------	--

11. Безопасность среды в медицинской организации.

№	Группа показателей	Показатели	№	Порядок оценки	Ответствен ное лицо	Исполнитель	Периодичност ь	Контроль ый документ
11.1	Формирование безопасной среды для пациентов и персонала	Наличие приказов главного врача по вопросам безопасности организации	Проверить наличие приказов главного врача по вопросам организации безопасной среды		Начальник ГО и МР,	Начальник ГО и МР,	1 раз в год	Приказ
			11.1.1	Организация безопасной среды в КГБУЗ «ГП№11».	Главный врач	Начальник ГО и МР, начальник коммунального хозяйства, инженер по ОТ и ТБ, инженеры АСУП.	Ежегодное планирование, внесение корректив в действующие документы и инструкции. Проверки 1 в полугодие технического состояния средств технической безопасности.	Приказы, распоряжения, акты, справки, докладные, планы, инструкции положения.
			11.1.2	Ответственные/ответственный/инженер	1.Главный врач 2.Начальник ГО и МР	Начальник ГО и МР Заведующие хозяйством, медицинские работники	В момент назначения начальника ГО и МР. Один раз в год.	Приказ, распоряжение главного врача, должностная инструкция Служебная записка
			11.1.3	Система охраны в КГБУЗ «ГП№11»	Главный врач	Начальник ГО и МР, Начальник контрактной службы.АХО	Один раз в год, ОПС один раз в полугодие	Действующие контракты, акты.
			11.1.4	Порядок действий персонала при чрезвычайных ситуациях	Главный врач	Начальник ГО и МР, председатели КЧС и ПБ, ПУФ, ЭК,	По факту чрезвычайной ситуации. В ходе проведения учений,	Служебная или аналитическая записка по результатам пр

						руководители ВСБ, НФГО, группа оповещения, заведующие подразделениям и.	тренировок согласно графику ХТЦМК на год.	оведенных мероприятий.
			11.1.5	Порядок действий персонала при стихийных бедствиях	Главный врач	Начальник ГО и МР, председатели КЧС и ПБ, ПУФ, ЭК, руководители ВСБ, НФГО, группа оповещения, заведующие подразделениям и	По факту чрезвычайной ситуации. В ходе проведения учений, тренировок согласно графику ХТЦМК на год.	Служебная или аналитическая записка по результатам проведенных мероприятий.
		Регулярный аудит безопасной среды	11.1.6	Проверить наличие отчетов о результатах аудитов/регулярность проведения	Главный врач	Начальник ГО и МР, начальник коммунального хозяйства, инженер по ОТ и ТБ, инженеры АСУП.	Проверки 1 раз в полугодие, или при необходимости.	Акт, служебная или докладная записка, справка, распоряжение, приказ.
			11.1.7	Наличие планов по устранению дефектов /ответственные/сроки	Главный врач	Начальник ГО и ЧС	По факту получения от надзорного органа акта, предписания, постановления. По факту выявленных нарушений порядка в поликлинике	План мероприятий по устранению недостатков, ответственные , сроки.
11.2	Обеспечение безопасных условий пребывания в МО	Безопасность, исправность систем жизнеобеспечения, включая	11.2.1	Проверить безопасность, исправность, рабочее состояние во всех подразделениях следующих систем: Контроль состояния систем электроснабжения и электроустановок: - Наличие план-графика ППР - Своевременное исполнения заявок - Контроль использования выделенных лимитов - Контроль наличия поверки приборов учета Контроль поверки индивидуальных (диэлектрических) средств защиты	Зам.гл.врача по АХЧ	Начальник СКХ	В соответствии с графиком ППР По мере поступления заявок Ежемесячно Боты – 1/3 года Калоши – 1/12	Журнал исполнения графика ППР Журнал регистрации заявок Акт потребления Отметка в паспорте

							Перчатки – 1/6 м	прибора учета
		Электричество	11.2.2	Наличие протоколов испытаний и измерений электроустановок до 1000В: - Соединений заземлителей с заземляемыми элементами - Испытаний изоляции электрооборудования электроустановок до 1 кВт - Испытания изоляции медицинской техники - Проверка цепи фаза-нуль в электроустановках до 1 кВт с системой TN Испытание заземляющего устройства	Зам.гл.врача по АХЧ	Инженер по ОТ и ТБ	1 раз в год	Протоколы испытаний
			11.2.3	Проверка наличия аттестации специалистов	Зам.гл.врача по АХЧ	Начальник СКХ	1 раз в год	Удостоверения Ростехнадзора
		Система водоснабжения, водоотведения и отопления	11.2.4	Контроль состояния систем электроснабжения и электроустановок: - Наличие план-графика ППР - Своевременное исполнения заявок - Контроль использования выделенных лимитов - Контроль наличия поверки приборов учета - Контроль поверки манометров и термометров - Наличие паспорта готовности объекта к эксплуатации в зимних условиях - Контроль подготовки к отопительному периоду Весенне-осенние обходы	Зам.гл.врача по АХЧ	Начальник СКХ	В соответствии с графиком ППР По мере поступления заявок Ежемесячно В соответствии с паспортом 1 раз в год 1 раз в год 1 раз в год 2 раза в год	Журнал исполнения графика ППР Журнал регистрации заявок Акт потребления Отметка в паспорте прибора учета Отметка на приборе Паспорт готовности План мероприятий по подготовке к зиме Журнал обходов
		Система вентиляции Система освещения	11.2.5	Контроль состояния систем вентиляции: Технического состояния	Зам.гл.врача по АХЧ	Начальник СКХ	Ежемесячно, ежеквартально, 1/6 месяцев,	Журналы регистрации выполненных

				- Регулярность замены фильтров - Наличие плана – графика проверки эффективности вентиляционных систем Проверка эффективности вентиляционных систем			ежегодно	работ, акты проверок эффективности и, журнал замены фильтра H14 План-график
			11.2.6	Контроль состояния систем освещения: - Наличие план-графика ППР - Своевременное исполнения заявок Система освещения, включая наличие и исправность источников света у персонала и в местах общего пользования	Зам.гл.врача по АХЧ	Начальник СКХ	1 раз в год В соответствии с графиком ППР По мере поступления заявок	Журналы регистрации выполненных работ Журналы заявок
			11.2.7	Проверка наличия наружного освещения зданий	Зам.гл.врача по АХЧ	Начальник СКХ	Постоянно	Журналы и регистрации выполненных работ
		Половое покрытие, состояние стен, потолков	11.2.8	Проверить состояние полового покрытия, стен, потолков, во всех подразделениях КГБУЗ «ГП№11»	Зам.гл.врача по АХЧ	Заведующие хозяйством.	Весенние, осенние и внеочередные осмотры, заявки на ремонт	Журнал осмотров, планы капитального и текущего ремонтов
		Организация мест общего пользования	11.2.9	Проверить состояние мест общего пользования	Зам.гл.врача по АХЧ	Заведующие хозяйством.	Ежедневно	График дежурств
		Доступность и безопасность среды в КГБУЗ «ГП№11» для лиц с ограниченными возможностями	11.2.10	Проверить наличие парковочных мест, пандусов, специальных подъемников, кнопок вызова помощника, кресел для инвалидов, и т.д.	Зам.гл.врача по АХЧ	Заведующие хозяйством.	постоянно	Паспорт доступности
		Лифты	11.2.11	Проверка: - наличия страхового полиса на опасные производственные объекты (лифты), - периодического технического освидетельствования, - ежемесячного технического осмотра лифтового хозяйства.	Зам.гл.врача по АХЧ	Начальник СКХ, страховые компании, обслуживающие организации	1\12 1\12 ежемесячно,	Страховой полис, акт, журнал.
			11.2.12	Проверка наличия аттестации специалистов	Зам.гл.врача по АХЧ	Начальник СКХ	1\12	Удостоверение Ростехнадзора

11.3	Система охраны и безопасности в КГБУЗ «ГП№11»	Наличие системы охраны и безопасности							
			11.3.1	Проверить наличие договора с охранной организацией или органами МВД об оказании услуг по охране территории и помещений КГБУЗ «ГП№11»	Главный врач	Начальник ГО и МР	Один раз в год	Заключенные контракты на оказание охранных услуг.	
			11.3.2	Проверить наличие работников охраны на соответствующих постах ИЛИ наличие "тревожной кнопки"	Главный врач	Начальник ГО и МР	Периодически, предпраздничные и праздничные дни	Служебная записка	
			11.3.3	Оценить знания работниками охраны инструкций, опросить всех находящихся на момент оценки сотрудников	Главный врач	Начальник ГО и МР	Периодически и при замене нового охранника.	Служебная записка	
		Организация доступа в КГБУЗ«ГП№11», в подразделения КГБУЗ «ГП№11», включая помещения "только для персонала"	11.3.4	Оценить систему доступа посторонних (как сотрудников, так и пациентов, и сопровождающих) в подразделения, проверить наличие списка определенных администрацией помещений с ограниченным доступом и предупреждающих табличек на дверях	Главный врач	Начальник ГО и МР	Доступ всех лиц, в МО свободный.	Служебная записка	
			11.3.5	Проверить наличие и исправность пропускной системы, в том числе электронной	Главный врач	Начальник ГО и МР	Ежеквартально, согласно плану поликлиники	Акт проверки не установлен	
		Наличие алгоритма действий при опасных ситуациях (нападении на медицинских работников, угрозах со стороны пациентов или посетителей, угрозе суицида и т.п.)	11.3.6	Проверить наличие алгоритма	Главный врач	Начальник ГО и МР, председатели КЧС и ПБ, ПУФ, ЭК	Один раз в год при корректировке документации, инструкций	Утверждение скорректированных документов	
			11.3.7	Оценить знания алгоритма персоналом, опросить не менее 5 сотрудников из различных подразделений	Начальник ГО и МР	Руководители групп по обучению.	В ходе тематических занятий, проведении вводного и повторного инструктажа	Журналы о проведении занятий и инструктажа.	
		Соблюдение прав пациентов при организации видеонаблюдения в КГБУЗ «ГП№11»	11.3.8	Проверить наличие предупреждающих табличек при организации видеонаблюдения только в местах общего пользования	Начальник ГО и МР	Заведующие филиалами, заведующие хозяйством	Периодически, целостность табличек	При их отсутствии, порче установка новых	
			11.3.9	При организации видеонаблюдения в клинических отделениях - проверить наличие согласия пациентов в 5 ИБ в дневном стационаре и в 5 АК	При наличии табличек внутри помещений и внешних,	согласия пациента не требуется.	Кабинеты врачей не оборудованы видео и аудио фиксацией.	Иметь в наличии таблички	
		Учет и регистрация всех случаев нарушений порядка в КГБУЗ «ГП№11»	11.3.10	Оценить систему учета и регистрации всех случаев нарушений порядка в КГБУЗ «ГП№11», проверить наличие отчетов, планов по предотвращению в дальнейшем/ответственные/сроки	Начальник ГО и МР	Регистратура, пост охраны, заведующие филиалами,	По факту совершения нарушений	Донесение в ХТЦМК, протокол задержания	

						заведующие хозяйством		ОВД, докладные руководителей, планы устранения причин, допущенных нарушений.
			11.3.11	Оценить систему информирования персонала о фактах нарушения порядка, принятых мерах, опросить не менее 2-х сотрудников на предмет знания информации	Главный врач	Начальник ГО и МР	По каждому случаю результаты разбирательства.	Приказ главного врача
11.4	Обеспечение безопасности и при возникновении опасных техногенных ситуаций, стихийных бедствий	Наличие алгоритма действий персонала при возникновении опасных техногенных ситуаций, стихийных бедствий, включая пожар, наводнение, землетрясение и т.п. Обучение персонала, включая регулярные практические тренинги	11.4.1	Проверить наличие алгоритма, включая порядок взаимодействия с органами внутренних дел, МЧС, пожарной охраной т.д.	Главный врач	Начальник ГО и МР	Корректировка инструкций 1 раз в год. Периодически наличие инструкции на посту охраны в регистратуре, в кабинете травматологии.	Служебная записка
			11.4.2	Оценить обучение персонала порядку действий при опасных ситуациях, проверить наличие плана проведения тренингов	Главный врач	Начальник ГО и МР	Один раз в год и один раз в полугодие	Служебная записка, анализ результатов учений, тренировок.
			11.4.3	Оценить эффективность обучения, опросить не менее 5-ти сотрудников на предмет знаний действий	Главный врач	Начальник ГО и МР	В ходе обучения или проведении повторного инструктажа	Служебная записка
11.5	Обеспечение беспрепятственного подъезда спецтранспорта	Обеспечение свободного подъезда спецтранспорта к приемным отделениям 24/7/365	11.5.1	Проверить наличие свободного доступа спецтранспорта на территорию КГБУЗ «ГП№11», к приемным отделениям	Главный врач	Начальник ГО и МР	Подъезд спецтранспорта к входным дверям отдела травматологии свободный. На территорию поликлиники с разрешения ответственного лица.	
		Организация доступа и парковки автомобилей сотрудников, пациентов и посетителей на или за территорией КГБУЗ «ГП№11»	11.5.2	Проверить наличие парковки для автомобилей сотрудников, пациентов и посетителей	Начальник ГО и МР	Парковка	автомобилей всех категорий	граждан свободная, вдоль проездов жилых домов. Запрещающих

								или ограничительн ых дорожных знаков нет.
11.6	Безопасные условия труда	Контроль, осуществляемый службой охраны труда.	11.6.1	Соблюдением работниками требований законов и иных нормативных правовых актов об охране труда Российской Федерации и соответствующего субъекта Российской Федерации, коллективного договора, соглашения по охране труда, других локальных нормативных правовых актов организации	Инженер по ОТ и ТБ	Комиссия по охране труда	Раз в квартал	Предписание
			11.6.2	Обеспечением и правильным применением средств индивидуальной и коллективной защиты;	Инженер по ОТ и ТБ	Завхоз	Раз в квартал	Предписание
			11.6.3	Проведением специальной оценки условий труда и подготовкой к сертификации работ по охране труда;	Главный врач	Инженер по ОТ и ТБ	Раз в 5 лет	Протокол
			11.6.4.	Своевременным проведением соответствующими службами необходимых испытаний и технических освидетельствований оборудования, машин и механизмов;	Инженер по ОТ и ТБ	Главная медсестра, Начальник СКХ	1 раз в год	Протокол, акт
			11.6.5	Своевременным проведением обучения по охране труда, проверки знаний требований охраны труда сотрудников организации;	Инженер по ОТ и ТБ	Комиссия по охране труда	1 раз в год	Протокол
			11.6.6	Своевременным проведением обучения по охране труда, проверки знаний требований охраны труда руководителей и специалистов	Инженер по ОТ и ТБ	Инженер по ОТ и ТБ	Раз в 3 года	Протокол, удостоверение
			11.6.7	проведение обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследования)	Зам. главного врача по лечебной части	Инженер по ОТ и ТБ	1 раз в год	Акт
			11.6.8	Проведения производственного контроля	Врач-эпидемиолог	Инженер по ОТ и ТБ	1 раз в год	Протокол

II. Организация проведения внутреннего контроля качества медицинской деятельности

1. Внутренний контроль качества медицинской помощи осуществляется должностными лицами, назначенными приказом главного врача КГБУЗ «Городская поликлиника №11» ответственными за организацию и проведение внутреннего контроля качества медицинской помощи путем оценки конкретного случая оказания медицинской помощи, совокупности случаев оказания медицинской помощи, отобранных по тематическому признаку, на основании анализа первичной учетной медицинской документации, иной документации, непосредственного осмотра пациента:

- 1) сбора жалоб, анамнеза, данных объективного осмотра;
- 2) диагностических мероприятий;
- 3) оформления и обоснования диагноза;
- 4) лечебно-профилактических мероприятий, медицинской реабилитации;
- 5) мероприятий медицинской экспертизы, медицинского освидетельствования;
- 6) сроков оказания медицинской помощи;
- 7) преемственности, этапов оказания медицинской помощи;
- 8) результатов оказания медицинской помощи;
- 9) оформления медицинской документации.

При проведении контроля качества оцениваются соблюдение установленных порядков оказания и стандартов медицинской помощи, своевременность, эффективность и безопасность оказания медицинской помощи (оптимальность выбора медицинских технологий с учетом минимизации риска их применения, принятие адекватных мер профилактики ятрогенных осложнений, соблюдение правил хранения и применения лекарственных препаратов, расходных материалов, обеспечение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов в соответствии с санитарно-эпидемиологическими нормами и правилами, др.).

2. В КГБУЗ ГП № 11 Хабаровска контроль качества осуществляется:

- заведующими структурными подразделениями КГБУЗ ГП №11 Хабаровска путем оценки конкретных случаев оказания медицинской помощи.

- заместителями главного врача по КЭР, по медчасти КГБУЗ ГП №11 в разрезе структурных подразделений и поликлиники в целом путем проведения контроля качества случаев оказания медицинской помощи первого уровня, оценки конкретных случаев оказания медицинской помощи (осмотр пациента, оценка тактики его ведения, др.). Контроль качества может проводиться по совокупности случаев оказания медицинской помощи, отобранных по тематическому признаку и др.

- врачебной комиссией медицинской организации проводится контроль качества наиболее сложных и конфликтных ситуаций, требующих комиссионного рассмотрения, вырабатывается и принимается решение по дальнейшей тактике ведения пациента и другим вопросам.

3. Формы контроля качества:

1) **Текущий контроль** качества осуществляется преимущественно заведующими отделениями, направлен на выявление отклонений в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги) и принятие необходимых мер по их устранению;

2) **Заключительный контроль** качества осуществляется преимущественно заместителями главного врача и врачебной комиссией по результатам законченных случаев оказания медицинской помощи, направлен на предупреждение и пресечение дефектов оказания медицинской помощи;

3) **Ретроспективный контроль** качества осуществляется преимущественно врачебной комиссией, направлен на совершенствование организации и оказания медицинской помощи.

4. Контролю качества в обязательном порядке подлежат случаи оказания медицинской помощи:

4.1. В амбулаторных условиях:

- 1) летальных исходов у лиц трудоспособного возраста;
- 2) летальных исходов на дому от управляемых причин;
- 3) случаи, сопровождающиеся ятрогенными осложнениями, внутрибольничным инфицированием, нежелательными реакциями на применение лекарственных препаратов, неблагоприятными событиями, связанными с применением, хранением, обработкой, обслуживанием, утилизацией медицинских изделий;
- 4) первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста;
- 5) заболеваний с удлинённым или укороченным сроком лечения более, чем на 50% от установленного стандартом медицинской помощи;
- 6) расхождения заключительного клинического диагноза, установленного в амбулаторных и стационарных условиях;
- 7) расхождения заключительного клинического диагноза и патологоанатомического диагноза;
- 8) первичного выявления у пациентов онкологических заболеваний в поздних стадиях;
- 9) сопровождавшиеся жалобами граждан или их законных представителей на доступность и качество оказания медицинской помощи;
- 10) выявления дефектов оказания медицинской помощи контролирующими органами и организациями.

4.2. Случаи оказания медицинской помощи, подлежащие контролю качества в обязательном порядке, рассматриваются в первую очередь.

4.3. Врачебной комиссией (подкомиссией) медицинской организации в обязательном порядке проводится контроль качества случаев оказания медицинской помощи, сопровождающихся жалобами граждан или их законных представителей на доступность и качество медицинской помощи.

Из случаев, подлежащих контролю качества медицинской помощи в обязательном порядке, врачебной комиссией рассматриваются:

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

случаи, сопровождающиеся ятрогенными осложнениями;

иные случаи, в соответствии с положением о деятельности врачебной комиссии.

5. Устанавливаются следующие минимальные объёмы проведения контроля качества медицинской помощи, сверх случаев, подлежащих контролю в обязательном порядке:

Объёмы проведения контроля качества определяются с учетом структуры, мощности структурных подразделений, объёмов оказываемой медицинской помощи в медицинской организации. Устанавливаются следующие обязательные объёмы проведения контроля качества:

- для заведующих структурными подразделениями КГБУЗ ГП №11 Хабаровска - ежемесячно не менее 30 экспертиз законченных случаев оказания медицинской помощи;

дневного стационара - ежемесячно 100% от числа законченных случаев оказания медицинской помощи;

- для заместителя главного врача по КЭР КГБУЗ ГП №11 Хабаровска - ежемесячно не менее 20 экспертиз законченных случаев оказания медицинской помощи (в том числе случаев контроля качества первого уровня).

Объёмы работы врачебной комиссии по проведению контроля качества медицинской помощи определяются функциями в обеспечении контроля качества медицинской помощи, возложенными на ВК действующими нормативными правовыми документами РФ, распорядительными документами КГБУЗ «ГП №11».

6. Проведение контроля качества медицинской помощи конкретному пациенту предусматривает оценку ее соответствия стандартам медицинской помощи, протоколам ведения больных, зарегистрированным медицинским технологиям, установленным в медицинской практике, требованиям к проведению диагностических, лечебных, реабилитационных, профилактических мероприятий, проведению медицинской экспертизы/медицинского освидетельствования, оформлению медицинской документации с учетом современных медицинских технологий и клинических особенностей каждого конкретного случая оказания медицинской помощи.

7. Экспертиза качества медицинской помощи конкретному пациенту предусматривает сопоставление ее со стандартами медицинской помощи при конкретных нозологических формах болезней, с учетом критериев оценки качества медицинской помощи по условиям оказания и по группам заболеваний в соответствии с критериями оценки качества медицинской помощи, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.05.2017г. №203-н.

8. Контроль качества медицинской помощи 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 клинико-диагностических мероприятий;
- оформление диагноза;
- проведение лечебных и профилактических мероприятий;
- проведение медицинской экспертизы или медицинского освидетельствования;
- соблюдение преемственности этапов оказания медицинской помощи;
- оформление медицинской документации.

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

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

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

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

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

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

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

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

Составляющие случая оказания медицинской помощи	Критерии оценки	Варианты оценки
Сбор жалоб и анамнеза	Критерии объемов	-в полном объеме -не в полном объеме -отсутствуют
Диагностические мероприятия	Критерии своевременности	-своевременно -несвоевременно
	Критерии объемов	-в полном объеме -не в полном объеме -отсутствуют
	Критерии соблюдения медицинских технологий	-назначены оптимально -назначены не оптимально -соблюдались -не соблюдались

	Критерии безопасности	-риск минимизирован -риск не минимизирован
	Критерии эффективности	-целевой результат достигнут -целевой результат не достигнут
	Критерии преемственности	-соблюдались -не соблюдались
Оформление диагноза	Критерии своевременности	-своевременно -несвоевременно
	Критерии объемов	-в полном объеме -не в полном объеме -отсутствуют
Лечебные мероприятия	Критерии соблюдения медицинских технологий	-назначены оптимально -назначены не оптимально -соблюдались -не соблюдались
	Критерии объемов	-в полном объеме -не в полном объеме -отсутствуют
	Критерии соблюдения медицинских технологий	-назначены оптимально -назначены не оптимально -соблюдались -не соблюдались
	Критерии безопасности	-риск минимизирован -риск не минимизирован
	Критерии эффективности	-целевой результат достигнут -целевой результат не достигнут
	Критерии преемственности	-соблюдались -не соблюдались
Профилактические мероприятия	Критерии своевременности	-своевременно -несвоевременно
	Критерии объемов	-в полном объеме -не в полном объеме -отсутствуют
	Критерии соблюдения медицинских технологий	-назначены оптимально -назначены не оптимально -соблюдались -не соблюдались
	Критерии безопасности	-риск минимизирован -риск не минимизирован
	Критерии эффективности	-целевой результат достигнут -целевой результат не достигнут
Медицинская экспертиза, медицинское освидетельствование	Критерии своевременности	-своевременно -несвоевременно
	Критерии объемов	-в полном объеме -не в полном объеме -отсутствуют
	Критерии эффективности	-целевой результат достигнут -целевой результат не достигнут
Оформление медицинской документации	Критерии объемов	-в полном объеме -не в полном объеме -отсутствуют

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

Критерии, применяемые при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях:

а) ведение медицинской документации – медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в

амбулаторных условиях, индивидуальной карты беременной и родильницы (далее амбулаторная карта); заполнение всех разделов, предусмотренных амбулаторной картой; наличие информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство;

б) первичный осмотр пациента и сроки оказания медицинской помощи;

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

г) формирование плана лечения при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза, клинических проявлений заболевания, тяжести заболевания или состояния пациента;

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

е) установление клинического диагноза на основании данных анамнеза, осмотра, данных лабораторных, инструментальных и иных методов исследования, результатов консультаций врачей-специалистов, предусмотренных стандартами медицинской помощи, а также клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи;

оформление обоснования клинического диагноза соответствующей записью в амбулаторной карте;

установление клинического диагноза в течение 10 дней с момента обращения;

проведение при затруднении установления клинического диагноза консилиума врачей с внесением соответствующей записи в амбулаторную карту;

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

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

назначение и выписывание лекарственных препаратов в соответствии с установленным порядком;

оформление протокола решения врачебной комиссии;

и) проведение экспертизы временной нетрудоспособности в установленном порядке;

к) осуществление диспансерного наблюдения в установленном порядке с соблюдением обследования и длительности диспансерного наблюдения;

л) проведение медицинских осмотров, диспансеризации в установленном порядке, назначение по их результатам, в случае необходимости, дополнительных медицинских мероприятий, в том числе установление диспансерного наблюдения.

10. Результаты контроля качества заведующими отделениями фиксируются в Карте внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Заместитель главного врача КБУЗ ГП №11 Хабаровска фиксирует результаты контроля качества в Журнале внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в КГБУЗ ГП №11 Хабаровска (приложение №3).

11. Учет результатов внутреннего контроля качества и безопасности медицинской помощи, проводимого заведующими отделениями осуществляется в форме ежемесячных отчетов заведующих структурными подразделениями.

Учет результатов проведенного внутреннего контроля качества и безопасности медицинской помощи, проведенный заместителями главного врача КГБУЗ ГП №11 Хабаровска может быть представлен в электронном виде с соблюдением установленной формы журнала внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, с последующей распечаткой и подписью ответственного лица за проведение контроля.

12. По результатам экспертизы случая оказания медицинской помощи ответственные за проведение контроля определяют коэффициент качества, выносят итоговое заключение:

- качественно оказанная медицинская помощь (с оценкой хорошо);
- качественно оказанная медицинская помощь, сопровождающаяся единичными дефектами оказания медицинской помощи, которые не привели к ухудшению состояния здоровья пациента (с оценкой удовлетворительно);
- некачественно оказанная медицинская помощь (с оценкой неудовлетворительно).

Информация, полученная в результате оценки качества медицинской помощи, доводится до сведения главного врача и медицинских работников ежемесячно

В отдельных случаях, требующих обязательного анализа и проведения экспертной оценки (летальный исход, ятрогенные осложнения, жалобы граждан и др.), результаты экспертного контроля качества медицинской помощи оформляются отдельным актом, с регистрацией в журнале внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

13. Анализ (акт) проведенного контроля качества медицинской помощи должен содержать следующие сведения:

- проверяемый период;
- количество проведенных экспертиз (абсолютное число и %)
- результаты проведенного контроля качества медицинской помощи по учреждению в целом, либо каждого подразделения в отдельности или врача-специалиста за отчетный период времени с подсчетом общего коэффициента качества и оценкой:

количество случаев качественно оказанной медицинской помощи (коэффициент качества 1,0-0,8), оценка хорошо

количество случаев качественно оказанной медицинской помощи, сопровождающаяся единичными дефектами оказания медицинской помощи (коэффициент качества 0,7-0,6), оценка удовлетворительно

количество случаев некачественно оказанной медицинской помощи (коэффициент качества 0,5-0), оценка неудовлетворительно.

структура дефектов медицинской помощи по их видам, дефекты: диагностических мероприятий, оформления диагноза, лечебно-профилактических мероприятий, сроки оказания медицинской помощи, оформление медицинской документации

предложения по итогам проведенного контроля качества медицинской помощи для главного врача КГБУЗ ГП №11 Хабаровска

должность и подпись ответственного за проведение контроля.

14. По результатам внутреннего контроля качества медицинской помощи планируются и реализуются мероприятия, направленные на устранение причин, вызвавших возникновение дефектов медицинской помощи, на повышение качества и эффективности медицинской помощи.

15. Контроль реализации принятых управленческих решений по вопросам управления качеством медицинской помощи обеспечивается главным врачом КГБУЗ ГП №11 Хабаровска.

16. В целях обеспечения динамического контроля результатов деятельности поликлиники (или ее подразделений), по итогам прошедшего квартала рассчитываются и анализируются показатели для проведения мониторинга качества медицинской помощи, отражающие объемы, доступность, качество и эффективность оказываемой медицинской помощи.

17. По результатам мониторинга показателей качества медицинской помощи, при отклонении показателей от целевых значений или при выявлении отрицательной динамики показателей разрабатываются и проводятся мероприятия, направленные на устранение причин, вызвавших снижение качества, доступности и эффективности оказываемой медицинской помощи.

III. Организация проведения внутреннего контроля безопасности медицинской деятельности

Объектом внутреннего контроля безопасности медицинской деятельности являются условия труда медицинских работников, применение и эксплуатация медицинских изделий, их утилизация (уничтожение), а также соблюдение установленных для медицинских работников ограничений.

В ходе контроля безопасности условий труда, применения и эксплуатации медицинских изделий и их утилизации

(уничтожения) оценивается:

- 1) соблюдение требований трудового законодательства и иных нормативных правовых актов, содержащих нормы трудового права;
- 2) соблюдение государственных нормативных требований охраны труда:
 - состояние рабочих мест;
 - предоставление работникам, занятым на работах с вредными и (или) опасными условиями труда, компенсаций, установленных по результатам аттестации рабочих мест по условиям труда;
 - обеспеченность работников средствами индивидуальной защиты, молоком или продуктами, его заменяющими, лечебно-профилактическим питанием;
- 3) соблюдение требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий и их утилизации (уничтожению), в том числе обучение работников безопасным методам и приемам применения и эксплуатации медицинских изделий;
- 4) соблюдение требований к состоянию помещений, в которых располагаются медицинские изделия или проводится их уничтожение (утилизация);
- 5) соблюдение:
 - требований безопасности медицинских изделий, предусмотренных технической и эксплуатационной документацией производителя;
 - требований к утилизации (уничтожению) медицинских изделий, предусмотренных технической и эксплуатационной документацией производителя;
 - правил в сфере обращения медицинских изделий, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации;
 - обязанностей по сообщению сведений, указанных в части 3 статьи 96 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

IV. Заключительные положения

Работниками КГБУЗ ГП №11 Хабаровска, ответственными за проведение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, по результатам вышеуказанного контроля незамедлительно принимаются меры по пресечению нарушений требований к обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности, установленных законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан, в пределах их полномочий. Информация о принятых мерах доводится до сведения главного врача КГБУЗ ГП №11 Хабаровска.

При необходимости реализации мероприятий, направленных на оптимизацию организации оказания медицинской помощи, формируется план мероприятий по управлению качеством медицинской помощи, включающий:

- 1) организационные мероприятия - проведение совещаний, инструктажей, издание приказов, инструкций, совершенствование организационных технологий оказания медицинской помощи и др.;
- 2) образовательные мероприятия - проведение клинических разборов, патологоанатомических конференций, научно-практических конференций, направление медицинских работников на повышение квалификации (в том числе внеплановое), обеспечение актуальной медицинской литературой, др.;
- 3) дисциплинарные меры - принятие дисциплинарных взысканий в соответствии с Трудовым кодексом РФ;
- 4) административные меры;
- 5) мероприятия по совершенствованию материально-технической базы, информатизации медицинской организации;
- 6) экономические мероприятия - использование показателей качества и эффективности медицинской помощи для дифференцированной оплаты труда медицинских работников;
- 7) мероприятия по развитию кадрового потенциала.

В КГБУЗ ГП №11 Хабаровска проведение контроля качества осуществляется не реже чем 1 раз в месяц.

Для оценки динамики показателей внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в КГБУЗ ГП №11 Хабаровска (в том числе ее структурных подразделениях) анализ результатов внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности проводится по итогам прошедшего месяца, квартала и года.

Журналы контроля качества и отчеты о проведенном внутреннем контроле качества медицинской помощи по итогам прошедшего года хранятся в КГБУЗ ГП №11 Хабаровска не менее трех лет.

**Список
должностных лиц, отвечающих за проведение
внутреннего контроля качества
и безопасности медицинской деятельности**

№	Ф.И.О. должностного лица	Должность
1	Вавринчук Нина Александровна	Заместитель главного врача по КЭР
2	Абакумова Алевтина Владимировна	Заместитель главного врача по медчасти
3	Никитина Татьяна Геннадьевна	Заведующая ТО-4
4	Учайкина Ольга Ивановна	Заведующая ТО-5
5	Якубович Светлана Леонидовна	Отделение СМП
7	Беломеснова Ирина Александровна	Заведующий ХО-1
8	Гордиенко Галина Геннадьевна	Заведующая поликлиническим отделением по ул. Краснореченская 107 а
9	Войтенко Максим Анатольевич	Заведующий ХО-2
10	Чутова Татьяна Борисовна	Инженер по ОТ и ТБ
11	Кропотова Анна Николаевна	Врач-эпидемиолог
12	Хурбатова Светлана Николаевна	Главная медсестра
13	Михалкина Татьяна Ивановна	Заведующая ТО-6
14	Шумилова Оксана Александровна	Начальник ОК
15	Гайдамак Валерий Петрович	Начальник штаба ГО и МР
16	Кузьменко Ольга Ивановна	Зам. главного врача по АХЧ
17	Комарова Галина Яковлевна	Зам. главного врача по экономическим вопросам
18	Саливон Марина Алексеевна	Зав. аптекой
19	Новикова Ирина Викторовна	Заведующий ТО-7
20	Смирнова Лариса Владимировна	Заведующая ЖК-1
21	Ним Ольга Григорьевна	Заведующая ЖК-2
22	Андрианова Людмила Анатольевна	Заведующая ОМО
23	Вершинина Галина Алексеевна	Старшая медицинская сестра ДС
24	Горбунова Ольга Александровна	Старшая медицинская сестра ХО
25	Диденко Наталья Яковлевна	Старшая медицинская сестра ФТО
26	Заяц Валентина Андреевна	Старшая медицинская сестра отделения по

		Краснореченской 107а
27	Карпенко Елена Владимировна	Отделение первичной СМП
28	Волынская Татьяна Николаевна	Старшая медицинская сестра ТО-2
29	Кирьянова Зоя Сергеевна	Старшая медицинская сестра ТО-4
30	Ванкевич Евгения Евгеньевна	Старшая медицинская сестра ТО-5
31	Ручка Татьяна Сергеевна	Старшая медицинская сестра ТО-6
32	Дорогих Марина Николаевна	Старшая медицинская сестра ТО-8
33	Исаченко Ольга Владимировна	Старшая медицинская сестра ТО-7
34	Демьянова Ольга Владимировна	Старшая сестра отделения профилактики и диспансеризации
35	Цуканова Ольга Валерьевна	Старшая медицинская сестра Х/О 2
36	Лештаева Елена Георгиевна	Старшая акушерка ЖК-1
37	Дёмина Любовь Владимировна	Старшая акушерка ЖК-2
38	Ощепкова Ирина Ивановна	Старший лаборант
39.	Пильщикова Надежда Константиновна	Старший рентгенлаборант

КАРТА
ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
(В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ)

1. Структурное подразделение: _____
2. Фамилия, имя, отчество пациента: _____
3. Дата рождения пациента: " _____ " _____
4. Срок лечения с: " ____ " _____ 20__ г. по " ____ " _____ 20__ г.
5. Фамилия, имя, отчество лечащего врача: _____
6. Клинический диагноз: _____
7. Код МКБ: _____

Разделы экспертизы и критерии оценки качества медицинской помощи.	Нарушения установленных требований (НУТ)		I уровень внутреннего контроля 0%,25%,50%, 75%,100%	II уровень внутреннего контроля 0%,25%,50%, 75%,100%	III Уровень внутреннего контроля 0%,25%,50%, 75%,100%
	Выявлено (+,-)	Устранено (+,-)			
Дата проведения контроля:					
I. Критерии качества медицинской помощи в амбулаторных условиях					
1. Ведение медицинской документации - медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях					
1.1. Первичный осмотр пациента(ПОП) и сроки оказания медицинской помощи'					
1.2. Оформление результатов ПОП , включая данные анамнеза заболевания, запись в амбулаторной карте.					
1.3. Формирование плана обследования пациента при ПОП,					

коррекция планов					
1.4. Формирование плана лечения при ПОП					
2. Установление диагноза					
3. Назначение лек. препаратов с учетом инструкций по применению ЛП, в соответствии с установленным порядком, оформление протокола ВК, коррекция лечения					
4. Проведение ЭВН в установленном порядке					
5. Осуществление диспансерного наблюдения в установленном порядке					
6. Проведение медицинских осмотров, диспансеризации в установленном порядке					
Общее число выявленных и устраненных нарушений .					
II. Критерии качества медицинской помощи по группе заболеваний (состояний)					
	I уровень внутреннего контроля	II уровень внутреннего контроля	III уровень внутреннего контроля		
1. Оценка диагноза (ОД) 0%, 50%, 100%.					
2. Оценка выполнения обязательных диагностических медицинских вмешательств. (ОДМ) 0%, 25%, 50%, 75%, 100%.					
3. Оценка выполнения обязательных лечебных медицинских вмешательств. (ОЛМ). 0%, 25%, 50%, 75%, 100%.					
4. Оценка достижения целевых значений показателей в результате лечения. (ОК) 0%, 25%, 50%, 75%, 100%.					
Коэффициент качества медицинской помощи (УКЛП)					
Экспертиза проведена: (Ф.И.О., подпись эксперта)					
С результатами экспертизы ознакомлен: (дата, Ф.И.О., подпись лечащего врача)					

Методика определения уровня качества медицинской помощи с учетом новых критериев

1. Экспертиза качества медицинской помощи конкретному больному предусматривает сопоставление ее со стандартами, протоколами ведения больных, которые, как правило, содержат унифицированный набор и объем диагностических и лечебных мероприятий, требования к срокам и результатам лечения при конкретных нозологических формах болезней, а также сопоставление ее с критериями оценки качества медицинской помощи по условиям оказания и по группам заболеваний. Ведущая роль при экспертизе качества медицинской помощи принадлежит заключению эксперта, который кроме выполнения стандартов учитывает все особенности данного индивидуального случая.

2. Эксперт (заведующий отделением, заместитель главного врача, врачебная комиссия медицинской организации) во время проведения экспертизы по критериям оценки качества медицинской помощи:
в обязательном порядке оценивает выполнение установленных требований;

- в обязательном порядке оценивает полноту и своевременность диагностических мероприятий, адекватность выбора и соблюдение лечебных мероприятий, правильность и точность постановки диагноза;
- выявляет дефекты и устанавливает их причины;
- готовит рекомендации по устранению и предупреждению выявленных недостатков.

3. При оценке выполнения установленных требований используются критерии качества медицинской помощи по условиям оказания (стационарные, амбулаторные).

Эксперт выявляет нарушения установленных требований (НУТ). Число нарушений указывает в единицах.

Если нарушений нет, в Карте внутреннего контроля качества он ставит "0" (соответствует ответу "да" в федеральных критериях, т.е. "выполнено без нарушений"). Указание НУТ в единицах позволяет анализировать число нарушений в динамике, оценивать результативность управленческих решений.

3. При оценке критериев качества медицинской помощи по группам заболеваний (состояний) используется интегральная оценка уровня качества лечения (УКЛ) или уровня качества диспансеризации (УКД). Оценка должна проводиться с учетом значимости составляющих ее компонентов с акцентом на конечный результат деятельности - состояние здоровья пациента по окончании лечения, реабилитации и диспансеризации.

Оценка уровня качества лечения (УКЛ) определяется по формуле:

УКЛ = $0,2 * \text{ОД} + 0,3 * \text{ОДМ} + 0,5 * \text{ОЛМ} + \text{ОК} / 200\%$,

где:

УКЛ - уровень качества лечения (в долях единицы с точностью до сотых);

ОД - оценка правильности поставленного диагноза, %;

ОДМ - оценка набора диагностических мероприятий, %;

ОЛМ - оценка лечебных мероприятий, %;

ОК - оценка результата лечения, %.

ОД, ОДМ, ОЛМ, ОК определяются врачом (экспертом), проводящим проверку в соответствии со следующими шкалами:

ОД:

- полное несоответствие поставленного диагноза фактическому состоянию больного - 0%;

- отсутствие развернутого клинического диагноза - 50%;

- поставлен правильный развернутый диагноз - 100%.

ОДМ:

- диагностические мероприятия не проводились - 0%;

- выполнены отдельные мало информативные диагностические мероприятия - 25%;

- обследование проведено на половину объема, предусмотренного стандартами, протоколом ведения больных, критериями по группам заболеваний - 50%;

- имеются незначительные упущения в обследовании - 75%;

- обследование проведено полностью - 100%.

Необоснованное назначение диагностических мероприятий снижает оценку диагностических мероприятий на 25%.

ОЛМ:

- требуемое лечение не проводилось - 0%;

- выполнены отдельные малоэффективные лечебные мероприятия или проведенное лечение не соответствует стандартам - 25%;

- лечебные мероприятия выполнены на половину объема, предусмотренного стандартами, протоколом ведения больных, критериями по группам заболеваний - 50%;

- имеются незначительные упущения в лечении - 75%;

- требуемые лечебные мероприятия выполнены полностью - 100%.

Необоснованное назначение лечебных мероприятий снижает оценку лечебных мероприятий на 25%.

ОК: - ухудшение - 0%; - без изменений - 50%; - улучшение - 75%; - выздоровление (ремиссия, восстановление трудоспособности, достижение целевых значений показателей в результате лечения) - 100%.

Примечания.

1. В случаях с летальным исходом оценка конечного результата (ОК) не проводится. УКЛ определяется по формуле:

УКЛ = $0,2 * \text{ОД} + 0,3 * \text{ОДМ} + 0,5 * \text{ОЛМ} / 100\%$

2. При оценке уровня качества лечения в части оценки набора диагностических мероприятий (ОДМ), оценки лечебных мероприятий (ОЛМ), оценки результатов лечения (ОК), учитываются критерии качества медицинской помощи по группам заболеваний (состояний).

3. В случаях невыполнения стандартов, протокола ведения больных, критериев качества по группам заболеваний по объективным причинам, не зависящим от данной медицинской организации (самовольный уход больного, форс-мажорные обстоятельства и др.), упущения в лечебно-диагностическом процессе по данным причинам не снижают УКЛ.

4. При лечении инкурабельных больных оценивается создание для пациента условий медицинской комфортности.

5. На каждый случай экспертной оценки заполняется "Карта внутреннего контроля качества медицинской помощи", на основе которой рассчитываются показатели, характеризующие качество и эффективность предоставляемой медицинской помощи. Результаты оценки эксперт фиксирует в локальных документах - Журнале внутреннего контроля.

УКЛ менее 0,6 является показателем неудовлетворительного качества медицинской помощи,

от 0,61 до 0,80 - удовлетворительного качества медицинской помощи,

от 0,81 и выше - хорошего качества медицинской помощи.

6. Информация, полученная в результате оценки качества и эффективности медицинской помощи, доводится до сведения руководителей медицинской организации и органов управления здравоохранением и является предметом обсуждения среди сотрудников, основанием для разработки и принятия мер, направленных на предупреждение нарушений.

Форма
"Журнал внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности"

№№ п/п	проверяемый период (месяц), дата проведения контроля качества	структурное подразделение, число пролеченных больных	количество проверенных случаев оказания медицинской помощи		количество случаев оказания медицинской помощи с выявленными дефектами оказания медицинской помощи (абс. и %)										коэффициент качества	принятые управленческие решения
					диагностические мероприятия	оформление, обоснование диагноза	лечебно- профилактические мероприятия	сроки оказания, преемственность этапов	оформление медицинской документации							
1	2	3	4		5		6		7		8		9		10	11
			абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%		

