



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**
(Минздрав ЧР)
**НОХЧИЙН РЕСПУБЛИКИН МОГШАЛЛА ІАЛАШІАРАН
МИНИСТЕРСТВО**

П Р И К А З

23.12.2020

№ 549

г. Грозный

**Об организации системы внутреннего контроля качества и
безопасности медицинской деятельности в медицинских организациях
Чеченской Республики**

Во исполнение приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 г. № 785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности», (далее – приказ Минздрава России от 31 июля 2020 г. №785н), в целях координации организации в медицинских организациях Чеченской Республики (далее – МО ЧР) системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (далее – внутренний контроль), внедрения системы менеджмента качества в МО ЧР (далее – СМК),

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить Алгоритм внедрения в МО ЧР системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (далее – Алгоритм) согласно приложению № 1.

2. Возложить на руководителей МО ЧР персональную ответственность за организацию внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности во вверенной медицинской организации.

3. Руководителям МО ЧР обеспечить:

создание и организацию работы службы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в соответствии с приказом Минздрава России от 31 июля 2020 №785н, Предложениями (практическими рекомендациями) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (стационаре) утвержденными ФГБУ «Центр мониторинга и клинико-экономической экспертизы» Росздравнадзора в 2015 году, Предложениями (практическими рекомендациями) по организации внутреннего контроля

качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (стационаре) (Вторая версия), утвержденными Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения 1 марта 2022 года, Предложениями (практическими рекомендациями) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (поликлинике), утвержденными ФГБУ «Центр мониторинга и клинико-экономической экспертизы» Росздравнадзора в 2017 году, Предложениями (практическими рекомендациями) по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской лаборатории, утвержденными ФГБУ «Центр мониторинга и клинико-экономической экспертизы» Росздравнадзора в 2018 году, Предложениями (практическими рекомендациями) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности вне медицинской организации (скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи), утвержденными Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения 10 июня 2021 года, Предложениями (практическими рекомендациями) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь при стоматологических заболеваниях в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара, разработанными ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора и рабочей группой Ассоциации частных стоматологических клиник в 2020 году, и Алгоритмом, утвержденным настоящим приказом, с использованием принципов СМК, предусмотрев:

утверждение положения о службе внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности;

утверждение положения о порядке организации и проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности;

назначение руководителя службы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (уполномоченное лицо по качеству и безопасности медицинской деятельности);

внедрение и развитие СМК в медицинской организации с последующим получением сертификатов качества международного образца (ГОСТ Р MSO 9001-2015), сертификатов соответствия требованиям системы добровольной сертификации медицинских организаций «Качество и безопасность медицинской деятельности» Росздравнадзора, подготовке сертифицированных аудиторов.

4. Главному внештатному специалисту по внедрению системы менеджмента качества медицинской деятельности и экспертизы качества медицинской помощи Минздрава ЧР Хатаеву Р.Л. организовать работу, предусмотрев:

обучение работников медицинских организаций с привлечением сертифицированных медицинских организаций, имеющих сертификаты качества, и сертифицированных аудиторов медицинских организаций;

прием и свод поступающей из МО ЧР информации (отчет – о состоянии

внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации), ежеквартально, в срок до 15 числа месяца, следующего за отчетным периодом, согласно приложению № 2;

формирование ежеквартальной отчетной информационно-аналитической справки о системе менеджмента качества в МО ЧР в срок до 20 числа месяца, следующего за отчетным периодом.

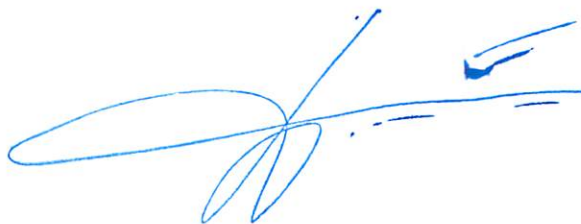
5. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Чеченской Республики от 21.01. 2021 г. №18 «Об организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности».

6. Отделу делопроизводства, организационной и контрольной работы ГКУ «Управление по обеспечению деятельности Министерства здравоохранения Чеченской Республики» довести настоящий приказ до сведения руководителей медицинских организаций, подведомственных Министерству здравоохранения Чеченской Республики, и опубликовать на официальном сайте Министерства здравоохранения Чеченской Республики.

6. Настоящий приказ вступает в силу со дня его официального опубликования.

7. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Чеченской Республики Фадеева П.А.

Министр



С.М. Лорсанов

Приложение № 1
к приказу Минздрава ЧР
от «23» 12 2022 г. № 549

Алгоритм внедрения в медицинских организациях Чеченской Республики системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности

1. Настоящий Алгоритм внедрения системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (далее – Алгоритм) предназначен для обеспечения единообразия и систематизации организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (далее – внутренний контроль) в медицинских организациях Чеченской Республики (далее – МО ЧР).

2. Алгоритм разработан на основании статьи 90 Федерального закона от 21 ноября 2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 г. № 785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» (далее – приказ Минздрава России 31 июля 2020 г. №785н), приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5 мая 2012 г. № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации», приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 мая 2017 г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи», приказа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения от 11 февраля 2022 г. № 973 «Об утверждении форм проверочных листов (списков контрольных вопросов, ответы на которые свидетельствуют о соблюдении или несоблюдении контролируемым лицом обязательных требований), используемых Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и ее территориальными органами при осуществлении федерального государственного контроля (надзора) качества и безопасности медицинской деятельности», Предложениями (практическими рекомендациями) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (стационаре) утвержденными ФГБУ «Центр мониторинга и клинико-экономической экспертизы» Росздравнадзора в 2015 году, Предложениями (практическими рекомендациями) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (стационаре) (Вторая версия), утвержденными Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения 1 марта 2022 года, Предложениями (практическими рекомендациями) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (поликлинике), утвержденными ФГБУ «Центр мониторинга и клинико-экономической экспертизы»

Росздравнадзора в 2017 году, Предложениями (практическими рекомендациями) по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской лаборатории, утвержденными ФГБУ «Центр мониторинга и клинико-экономической экспертизы» Росздравнадзора в 2018 году, Предложениями (практическими рекомендациями) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности вне медицинской организации (скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи), утвержденными Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения 10 июня 2021 года, Предложениями (практическими рекомендациями) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь при стоматологических заболеваниях в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара, разработанными ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора и рабочей группой Ассоциации частных стоматологических клиник в 2020 году.

Алгоритм учитывает принципы интегрированных систем менеджмента качества: ГОСТ Р ИСО 9001-2015, соответствия требованиям системы добровольной сертификации медицинских организаций «Качество и безопасность медицинской деятельности» Росздравнадзора и других СМК.

3. Результатом организации системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности является положительная динамика и достижение показателей и критериев качества, установленных действующими законодательными актами.

4. Порядок действий/мероприятий по организации внутреннего контроля.

Служба качества создается решением руководителя МО ЧР из числа работников МО ЧР в соответствии с требованиями приказа Минздрава России 31 июля 2020 г. №785н.

За качество и безопасность медицинской деятельности отвечает руководитель МО ЧР, задача которого – создать рабочую систему внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации.

Рекомендации по созданию службы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (далее – служба качества)

№/ п/п	Действия/мероприятия по организации внутреннего контроля в МО ЧР	Срок действий/ мероприятий	Примечание
1.	Создание службы качества: определение структуры и численности службы качества В МО организуйте службу качества (отдел качества).	2 недели	Структура и численность службы качества зависит от количества сотрудников в МО. Если штат МО больше 300 человек, создайте отдельную службу качества в структуре, которой не меньше 4-6 специалистов по качеству. Например, при численности в МО 1000 сотрудников служба качества может состоять из 5 человек, включая руководителя. В МО руководитель службы качества - специалист, не меньше пяти лет отработавший в медицине. У него есть сертификат по организации здравоохранения. Такой уровень подготовки нужен, так как руководитель службы должен уметь координировать работу подразделений, оценивать результаты контроля, планировать внедрение улучшений. Структура отдела качества: - ведущий специалист по качеству (проводит проверки, аудиты и обучает персонал, как правильно внедрять практические рекомендации Росздравнадзора и СМК; - специалист по качеству (проводит экспертизу качества, выявляет нарушения при оказании медпомощи, оценивает своевременно ли оказали медпомощь, верно ли выбрали методы профилактики, диагностики, лечения и реабилитации); - психолог (оценивает удовлетворенность потребителей, проводит телефонные опросы и анкетирование по качеству работы, обучает персонал использовать речевые модули и предотвращать конфликты); - юрисконсульт (работает с обращениями пациентов и их родственников; - менеджер по качеству (технический работник, оператор)
1.1.			

1.2.	Издайте приказ о создании службы по внутреннему контролю - службы качества	2 недели	Образец приказа приведен в приложении № 1 к Алгоритму организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в соответствии с приказом Минздрава России от 31.07.2020 №785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» (далее - Алгоритм) в медицинских организациях Чеченской Республики. В приказе указывают кто отвечает за руководство службой качества и является одновременно уполномоченным по качеству и безопасности медицинской деятельности в МО, с внесением дополнений в основные должностные инструкции
1.3.	Утвердите положение о работе службы качества	2 недели	Образец положения приведен в приложении № 2 к настоящему Алгоритму
1.4.	Разработайте и утвердите должностные инструкции специалистов службы качества, а также дополнения в основные должностные инструкции	2 недели	Образец должностной инструкции приведен в приложении № 3 к настоящему Алгоритму
2.	Утвердите приказом по медицинской организации создание системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, в том числе:	2 недели	Образец приказа приведен в приложении 4 к настоящему Алгоритму
2.1.	Назначьте в приказе (п. 4) ответственного за организацию внутреннего контроля		Ответственный за организацию внутреннего контроля - руководитель МО
2.2.	Назначьте в приказе (п. 4) уполномоченное лицо по качеству и безопасности медицинской деятельности (далее – уполномоченный по качеству) в МО, в подразделениях, в том числе:		Уполномоченное лицо по качеству и безопасности медицинской деятельности в МО – заместитель руководителя или руководитель Службы качества (начальник отдела качества), ответственные за качество в подразделениях МО – руководители подразделений
2.2.1.	Разработайте и утвердите должностную инструкцию уполномоченного по качеству (дополнения в основную должностную инструкцию) и ответственных за качество в подразделениях		

	<p>Утвердите в приказе (п. 6) положение о порядке организации и проведения внутреннего контроля</p>		<p>Положение о порядке организации и поведения внутреннего контроля, должно регламентировать согласно п. 6 Требований, утвержденных приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 785н:</p> <ul style="list-style-type: none"> - функции и порядок взаимодействия, Комиссии (Службы) качества и (или) Уполномоченного лица по качеству, руководителей и (или) уполномоченных работников структурных подразделений медицинской организации, врачебной комиссии медицинской организации в рамках организации и проведения внутреннего контроля; - цель, задачи и сроки проведения внутреннего контроля; - основания для проведения внутреннего контроля; - права и обязанности лиц, участвующих в организации и проведении внутреннего контроля; - порядок регистрации и анализа результатов внутреннего контроля; - порядок использования результатов внутреннего контроля в целях управления качеством и безопасностью медицинской деятельности
2.3.1.	<p>Утвердите отдельным приложением к Положению о порядке организации и поведения внутреннего контроля Порядок организации и проведения экспертизы оценки качества медицинской помощи</p>		<p>Порядок организации и проведения экспертной оценки качества медицинской помощи, экспертиза качества медицинской помощи с учетом ее организации на трех уровнях: лечащий врач - (0 уровень, уровень самоконтроля), заведующие подразделениями (1 уровень), заместители главного врача (2 уровень), Врачебная комиссия (3 уровень). Порядок организации и проведения экспертной оценки качества медицинской помощи регламентирован Приказом Минздрава ЧР от 23.10.2019 № 227</p>
3.	<p>Составьте реестр процессов и процедур по всем направлениям внутреннего контроля (далее - Реестр), для этого:</p>	1,5 месяца	
3.1.	<p>Изучите, какие направления по внутреннему контролю соответствуют вашей медицинской организации в соответствии с деятельностью,</p>		<p>Ориентируйтесь на «Предложения (практические рекомендации) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в</p>

	заявленной в лицензии вашей медицинской организации.		медицинской организации (стационаре/ поликлинике/ лаборатории) ФГБУ «Центр мониторинга и клинико-экономической экспертизы» Росздравнадзора»
3.2.	Разработайте таблицу соотношения 37 критериев качества с процессами и процедурами вашей организации по приказу Минздрава России от 31.07.2020 №785н и «Практическими рекомендациями» Росздравнадзора		Распишите в таблице для каждого подразделения организации какие из 37 критериев качества (пункт 17 приказа Минздрава России от 31.07.2020 №785н) применимы. Помните, что пункты приказа Минздрава России от 31.07.2020 №785н, в частности, пункт 17, который содержит 37 подпунктов по критериям внутреннего контроля, которые напрямую связаны с «Предложениями (практическими рекомендациями) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (стационаре/ поликлинике/ лаборатории) ФГБУ «Центр мониторинга и клинико-экономической экспертизы» Росздравнадзора»
3.3.	Назначьте ответственных по направлениям внутреннего контроля в приказе по организации (руководителей процессов)		Назначают основной и дублирующий состав по всем разделам и процессам по каждому направлению
3.4.	Утвердите приказом по организации состав группы аудиторов, Положение об аудите, проведите обучение аудиторов.	2,5 месяца	Обучение аудиторов проведите в соответствии с ГОСТ Р ИСО 19011
4.	Разработайте и утвердите приказом по медицинской организации План- график проведения плановых проверок (аудитов) по подразделениям в соответствии с направлениями	2,5 месяца	Программа проверок (аудитов) утверждается на весь год. На каждую проверку разрабатывается план проверки (аудита), издается отдельный приказ по утверждению состава группы аудиторов, графика аудита, критериев аудита и аудируемых подразделений (с учетом 37 критериев качества приказа 785н)
5.	Организуя проведение целевых (внеплановых) проверок с изданием приказов о проведении проверок	В течение года	Проведение целевых (внеплановых) проверок в следующих случаях, согласно п. 11 Требований: - при наличии отрицательной динамики статистических данных, характеризующих качество и безопасность медицинской деятельности медицинской организации, в том числе установленной в результате проведения плановой проверки; - при поступлении жалоб граждан по вопросам качества и

		<p>доступности медицинской помощи (с привлечением Врачебной комиссии (ВК)), а также жалоб по иным вопросам осуществления медицинской деятельности в медицинской организации, содержащим информацию об угрозе причинения и (или) причинении вреда жизни и здоровью граждан;</p> <p>- во всех случаях: летальных исходов; внутрибольничного инфицирования и осложнений, вызванных медицинским вмешательством.</p> <p>Внутренний контроль не заменяет функции ВК по разбору данных случаев.</p>	
6.	<p>Обеспечьте ежемесячное формирование отчетов по проведенным плановым и внеплановым проверкам.</p> <p>Раз в квартал сформируйте сводный отчет по результативности внутреннего контроля.</p> <p>Разработайте и утвердите критерии оценки по процессам и процедурам внутреннего контроля:</p>	<p>Ежемесячно к 5 числу следующего месяца</p>	<p>Отчет должен включать в себя также предложения о необходимости проведения каких-либо корректирующих мероприятий по выявленным несоответствиям</p>
7.	<p>Разработайте и утвердите критерии оценки по процессам и процедурам внутреннего контроля:</p>	6 месяцев	<p>Стандарты организации внутреннего контроля по процессам и процедурам внутреннего контроля: чек-листы показателей критериев качества, показатели мониторинга качества и безопасности медицинской деятельности по направлениям согласно 37 критериев качества (пункт 17) приказа Минздрава России от 31.07.2020 №785н.</p> <p>При формировании чек-листов, показателей мониторинга качества и безопасности медицинской деятельности используются федеральные нормативные документы Минздрава России, Росздравнадзора, Минздрава ЧР, «Предложениями (практическими рекомендациями) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (станции/ поликлинике/ лаборатории) ФГБУ «Центр мониторинга и клинико-экономической экспертизы» Росздравнадзора», приложения к проекту приказа Минздрава России от 31.07.2020 №785н.</p>
8.	Чек-листы показателей критериев качества	6 месяцев	Чек-листы показателей критериев качества разрабатываются по 37 критериям качества, согласно пункта 17 приказа

			Минздрава России от 31.07.2020 №785н
9.	Разработайте и утвердите дополнительный перечень показателей критериев качества и показателей мониторинга качества и безопасности медицинской деятельности*	В течение года	При необходимости*
10.	Работа Службы по качеству включает в себя:	В течение года	
10.1.	Сбор статистических данных , характеризующих качество и безопасность медицинской деятельности медицинской организации (показатели мониторинга качества и безопасности медицинской деятельности), и их анализ	Ежемесячно	Анализ не реже 1 раза в квартал
10.2.	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)	Ежемесячно	
10.3.	Мониторинг наличия лекарственных препаратов и медицинских изделий в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций (не реже 1 раза в квартал)	Ежемесячно	Отчет формируется не реже 1 раза в квартал
10.4.	Анализ информации о побочных действиях, нежелательных реакциях, серьезных нежелательных реакциях, непредвиденных нежелательных реакциях при применении лекарственных препаратов, об индивидуальной непереносимости, отсутствии эффективности лекарственных	Ежемесячно	Отчет формируется не реже 1 раза в квартал

	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 Росздравнадзор (не реже 1 раза в квартал)		
10.5.	Анализ информации обо всех случаях выявления побочных действий, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия, о нежелательных реакциях при его применении, об особенностях взаимодействия медицинских изделий между собой, о фактах и об обстоятельствах, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации медицинских изделий, сообщаемой медицинской организацией в Росздравнадзор (не реже 1 раза в квартал)	Ежемесячно	Отчет формируется не реже 1 раза в квартал
10.6	Мониторинг наличия у медицинских работников документов об образовании и сертификата специалиста либо свидетельства об аккредитации специалиста (не реже 1 раза в квартал)	Ежемесячно	Отчет формируется не реже 1 раза в квартал
10.7.	Разработка и утверждение иных локальных актов в рамках внутреннего контроля (стандартные операционные процедуры, алгоритмы действий работников организации)	В течение года	Согласно разработанному Плану в соответствии с нормативными правовыми актами, регламентирующими вопросы организации медицинской деятельности, в том числе порядками оказания медицинской помощи, а также с учетом стандартов медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций

10.8.	Организация и проведение плановых (согласно утвержденному плану) проверок и внеплановых проверок	В течение года	<p>Внутренний контроль проводят по всем критериям приказа Минздрава России от 31.07.2020 №785н не реже одного раза в квартал.</p> <p>Служба качества проверяет все 37 критериев. Вместе с тем, если внутренний контроль еще в стадии внедрения, можно начать с одного или нескольких направлений.</p> <p>По итогам проверок служба качества составляет акт проверки с выводами о выявленных несоответствиях. О дефектах сообщает главному врачу и руководителем подразделений. Затем служба качества разрабатывает план мероприятий по устранению дефектов, указывает сроки.</p>
10.9.	Разработка и утверждение документированной процедуры «Внутренние аудиты»	В течение года	<p>Аудиты проводят служба качества с привлечением аудиторов (при необходимости) на основании приказа главного врача.</p> <p>Методы аудита:</p> <ul style="list-style-type: none"> - анализ документации; - анализ записей с результатами деятельности; - интервью с руководителями подразделений и владельцами процессов; - наблюдения в ходе аудита. <p>Для проведения аудитов формируют группу аудиторов и организуют их обучение</p>
11.	Контроль за исполнением управленческих решений, эффективность корректирующих мер	В течение года	<p>Осуществляет служба качества, заместители главного врача</p>

Приложение № 1
к Алгоритму внедрения
в медицинских организациях
Чеченской Республики
системы внутреннего контроля
качества и безопасности
медицинской деятельности,
утвержденному приказом Минздрава ЧР
от «23» 12. 2022 г. № 549

Примерная форма приказа о создании службы качества

С целью организации системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в учреждении и организации работы по контролю за качества и безопасности медицинской деятельности,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Создать в ГБУ _____ службу внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (далее – служба качества).

2. Назначить руководителем службы качества заместителя главного врача _____
(фамилия, имя, отчество)

2. Руководителю службы качества (отдела качества) _____:
(фамилия, имя, отчество)

2.1. Организовать работу службы (отдела) с «__» _____ 20__ г.;

2.2. Разработать должностные инструкции и положение о работе службы качества (отдела);

2.3. Создать и организовать рабочее место сотрудников службы качества (отдела);

2.4. Организовать взаимодействие службы качества (отдела) со структурными подразделениями учреждения.

3. Начальнику отдела кадров, юрисконсульту разработать и представить на утверждение дополнения в должностные инструкции сотрудников службы качества и трудовые договоры (эффективные контракты).

4. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Главный врач _____

Приложение № 2
к Алгоритму внедрения
в медицинских организациях
Чеченской Республики
системы внутреннего контроля
качества и безопасности
медицинской деятельности,
утвержденному приказом Минздрава ЧР
от «03» 12 2022 г. № 549.

Примерная форма положения о службе внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности

УТВЕРЖДАЮ
Главный врач ГБУ _____

(Ф.И.О.)
«__» _____ 20__ г.

Положение о службе внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности ГБУ _____

1. Общие положения

Служба внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (далее – отдел качества) является самостоятельным структурным подразделением ГБУ _____, осуществляющим деятельность на основании приказа от «__» _____ 20__ г.

Отдел качества подчиняется непосредственно главному врачу.

Отдел качества возглавляет руководитель, который назначается и освобождается от занимаемой должности приказом главного врача, имеющий высшее медицинское профессиональное образование и стаж работы по специальности не менее пяти лет. Руководитель службы является уполномоченным по качеству ГБУ _____.

Состав отдела качества определяется решением главного врача учреждения после согласования с Министерством здравоохранения Чеченской Республики и может изменяться в зависимости от объема работы на определенный период.

В своей деятельности отдел качества руководствуется законодательством Российской Федерации, законодательством Чеченской Республики, рекомендациями международной организации по стандартизации

(ISO), государственными и отраслевыми стандартами, ведомственными нормативными правовыми актами, уставом учреждения, Правилами внутреннего трудового распорядка, приказами и распоряжениями главного врача, распоряжениями заместителя главного врача по медицинской части, положением об организации системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в организации и настоящим положением.

2. Задачи

К задачам отдела качества относятся:

планирование, организация и контроль качества медицинской помощи; координационное руководство качеством в структурных подразделениях;

разработка и внедрение организационной структуры системы качества учреждения;

разработка плана создания и внедрения системы качества в учреждении;

разработка предложений руководству по совершенствованию материально-технической базы и документации в соответствии с существующими требованиями;

проведение внутренних аудитов и самооценки учреждения, его структурных подразделений и процессов, подготовка отчетов руководству;

консультационная поддержка работ по развитию методов менеджмента качества и разработке системы качества;

разработка предложений по работе с персоналом;

совместно с уполномоченными по качеству структурных подразделений разработка документации системы качества учреждения, включая необходимые формы и записи, документированные процедуры, Руководство по качеству;

упорядочение рабочих процессов, определение измеряемых параметров и характеристик их качества, методов их измерения и сбора информации;

методические разработки по внедрению современных методов и инструментов менеджмента качества в здравоохранении;

проверка и анализ результатов качества лечебного процесса;

системное совершенствование и разработка методов оценки качества медицинского процесса в учреждении;

проведение экспертиз лечебно-профилактического, кадрового и материально-технического обеспечения специальностей и направлений;

участие в процессе сертификации;

анализ критериев качества за квартал, год;

анализ исполнения целей ГБУ _____.

3. Функции

К функциям отдела качества относятся:

- реализация политики в области качества;
- планирование качества процесса;
- организация работы по улучшению качества медицинского процесса;
- проведение различных мониторинговых мероприятий и контрольных операций контроля качества рабочих процессов и их результатов;
- контроль, анализ, оценка качества лечебно-профилактического, кадрового и материально-технического обеспечения медицинского процесса;
- разработка критериев и методов оценки качества лечения и профилактики;
- организация проведения внутрибольничных проверок качества оказания медицинской помощи, качества работы структурных подразделений;
- привлечение необходимых экспертов для проведения внутрибольничных проверок качества медицинской помощи;
- разработка и внедрение современных методов управления, направленных на совершенствование качества медицинской помощи;
- обучение и мотивация персонала совместно с другими структурами системы качества учреждения;
- организация и проведение индивидуального и группового консультирования руководителей структурных подразделений больницы, врачей, средних и младших медицинских работников, а также сотрудников администрации по вопросам разработки и внедрения системы качества;
- оценка результативности работы подразделений МО по обеспечению качества медицинской помощи и безопасности медицинской деятельности согласно требованиям Закона «Об охране здоровья граждан», Программы государственных гарантий и конкретных потребителей;
- разработка предупреждающих и корректирующих мероприятий;
- подготовка предложений по устранению несоответствий, повышению квалификации и мотивации персонала, улучшению материальной базы, улучшению управления структурными подразделениями и качеством медицинской помощи;
- создание нормативных документов, соответствующих требованиям ГОСТ Р ИСО 9001-2015, регламентирующих деятельность учреждения в области менеджмента качества;
- участие в работе семинаров и конференций по проблемам качества медицинской помощи.

4. Структура

Отдел качества состоит из пяти единиц, из них:

- руководитель (начальник отдела)– 1;
- ведущий специалист по качеству – врач-эксперт – 1;
- специалист по качеству – 1;

юрисконсульт – 1;
психолог – 1.

Перечень документов, записей и данных по службе качества

- 1) положение о структурном подразделении;
- 2) должностные инструкции персонала (с разделом об обязанностях в области качества);
- 3) планы проверок (аудитов), согласно утвержденному плану и целевых (внеплановых) проверок;
- 4) план (программа) по внутреннему контролю:
нормативные документы, на основании которых осуществляется работа отдела качества;
нормативные документы по вопросам СМК.
- 5) перечень видов записей и данных по качеству подразделения и собственно записи и данные:
 - журнал регистрации несоответствий;
 - журнал регистрации документов службы качества;
 - План проведения плановых проверок;
 - реестр плановых и внеплановых проверок;
 - отчеты по результатам проверок;
 - планы корректирующих и предупреждающих действий и их выполнение;
 - аналитические записки и отчеты по состоянию качества и безопасности для руководства;
- 6) результаты плановых и внеплановых проверок, проведенных в подразделении, и выполнения корректирующих и предупреждающих действий:
 - отчеты о внутренних проверках;
 - результаты проверок состояния помещений и соответствующего оборудования (энергоснабжение, вентиляция и т.д., при необходимости).

5. Права

5.1. Получать ресурсное (материальное, финансовое) обеспечение и информацию, необходимую для качественного и эффективного выполнения функциональных обязанностей.

5.2. Запрашивать и получать необходимую информацию по вопросам работы подразделений.

5.3. Созывать и принимать участие в различных совещаниях по вопросам, связанным с работой отдела.

5.4. Представлять ЛПУ во внешних организациях по вопросам управления качеством на основании доверенности.

5.5. Принимать участие в совещаниях, конференциях, семинарах по обмену опытом работы в рамках деятельности отдела.

5.6. По согласованию с руководством соответствующих подразделений привлекать их сотрудников к участию в работе.

5.7. Работники отдела имеют право на повышение квалификации в соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации.

5.8. Проводить внутренние аудиты, направленные на поддержание СМК в рабочем состоянии и определение эффективности ее функционирования.

5.9. Иные права, предусмотренные уставом ЛПУ.

6. Обязанности

6.1. Согласовывать планы работы отдела качества с другими подразделениями учреждения, представлять планы перспективных мероприятий.

6.2. Эффективно использовать закрепленное имущество, обеспечивать его сохранность.

6.3. При необходимости составлять и представлять отчеты и другую информацию о деятельности службы качества главному врачу.

6.4. Организовывать и вести переписку с юридическими и физическими лицами в рамках деятельности службы качества.

7. Взаимоотношения и связи

Отдел качества взаимодействует со всеми структурными подразделениями ГБУ _____.

При выполнении возложенных на него функций отдел качества взаимодействует с другими подразделениями учреждения в соответствии с утвержденным планом работы.

Отдел качества устанавливает и поддерживает связи с внешними организациями по вопросам функционирования и развития СМК.

8. Ответственность отдела

Отдел качества несет ответственность:

за подготовку методической и другой документации, предусмотренной деятельностью отдела;

организацию и контроль технологий качества медицинской помощи;

достоверность представляемых данных по деятельности службы качества.

9. Организация работы

Порядок деятельности отдела качества определяется уставом и локальными актами ГБУ _____.

Уполномоченные структурных подразделений назначаются приказом главного врача по представлению руководителя отдела качества.

Планы деятельности отдела качества составляются ее руководителем с учетом рекомендаций и предложений уполномоченных структурных подразделений.

Планы согласовываются с руководителями подразделений, работа с которыми предусматривается, и утверждаются главным врачом учреждения.

Всю ответственность за качество и своевременность выполнения возложенных настоящим положением на отдел качества задач и функций, а также за создание условий для эффективной работы структурного подразделения несет руководитель отдела качества.

Каждый сотрудник несет ответственность за качество выполняемых работ в соответствии с делегируемыми ему полномочиями.

Согласовано:

Руководитель службы качества _____
(Ф.И.О.)

Юрисконсульт _____
(Ф.И.О.)

Приложение № 3
к Алгоритму внедрения
в медицинских организациях
Чеченской Республики
системы внутреннего контроля
качества и безопасности
медицинской деятельности,
утвержденному приказом Минздрава ЧР
от «22» 12 2022 г. № 549.

ПРИМЕРНАЯ ФОРМА
Должностной инструкции руководителя
отдела качества

УТВЕРЖДАЮ

Главный врач ГБУ _____

(Ф. И. О.)

« ___ » _____ 20__ года

**Должностная инструкция
руководителя отдела качества**

Настоящая должностная инструкция разработана на _____ руководителя структурного подразделения _____ ГБУ « _____ » в соответствии с положениями Трудового кодекса Российской Федерации и иных нормативно-правовых актов, регулирующих трудовые правоотношения и на основании заключенного трудового договора с _____

(Ф.И.О. работника).

1. Подчиненность работника

1.1. Руководитель отдела качества относится к категории специалистов и непосредственно подчиняется главному врачу.

1.2. Руководитель отдела качества назначается на должность и освобождается от нее приказом главного врача.

2. Квалификационные требования

2.1. Требования к образованию и стажу работы

2.1.1. Требования к квалификации: высшее образование (специалитет по специальности «Лечебное дело», «Педиатрия» или «Медико-профилактическое дело» и дополнительное профессиональное образование (профессиональная переподготовка по специальности «Организация

здравоохранения и общественное здоровье». Стаж работы: лечебная деятельность не менее 5 лет.

2.1.2. Особые условия допуска к работе:

сертификат специалиста по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье»;

прохождение обязательных предварительных (при поступлении на работу) и периодических медицинских осмотров (обследований), а также внеочередных медицинских осмотров (обследований) в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

отсутствие ограничений на занятие профессиональной деятельностью, установленных действующим законодательством Российской Федерации.

2.1.3. Другие характеристики:

соблюдение врачебной тайны;

соблюдение клятвы врача;

соблюдение принципов врачебной этики и деонтологии в работе с пациентами (их законными представителями), коллегами Соблюдение требований охраны труда и пожарной безопасности, правил внутреннего трудового распорядка Знание законодательства Российской Федерации в сфере охраны здоровья, в том числе прав граждан в сфере охраны здоровья; профессиональное развитие специалиста.

2.1.4. С целью профессионального роста, обеспечения соответствия квалификации меняющимся условиям профессиональной деятельности и социальной среды предусмотрено обучение по программам дополнительного профессионального образования (программам повышения квалификации и программам профессиональной переподготовки) в следующих формах:

дополнительное профессиональное образование;

программы повышения квалификации;

использование современных дистанционных образовательных технологий (образовательный портал и вебинары);

участие в системе непрерывного медицинского образования;

стажировка;

тренинги в симуляционных центрах;

участие в съездах, конгрессах, конференциях, мастер-классах и других образовательных мероприятиях;

2.1.5. Соблюдение законодательства в сфере охраны здоровья, нормативных правовых актов и иных документов, определяющих деятельность медицинских организаций и медицинских работников, программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи.

2.2. Требования к профессиональным знаниям

Навыки работы с информационно-аналитическими системами и информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

Знание системы менеджмента качества.

Принцип управления рисками.

Знания в области проведения внутренних аудитов.

Умение производить оценку деятельности медицинской организации в области СМК и ВКК и безопасности медицинской деятельности.

Методы планирования, принципы, виды и структура планов

Принципы и формы организации медицинской помощи в МО.

Требования по обеспечению безопасности персональных данных работников организации, пациентов и сведений, составляющих врачебную тайну

Знание действующих Федеральных законов, приказов по ВКК региональных и Федеральных.

3. Функции руководителя отдела качества

3.1. Разработка предложений по повышению эффективности деятельности медицинской организации в области СМК и ВКК и безопасности медицинской деятельности.

3.2. Разработка локальных нормативных документов в СМК и ВКК.

3.3. Координация взаимодействия при формировании планов развития медицинской организации по ВКК.

3.4. Проектирование работы по внедрению новых организационных технологий по ВКК в деятельность медицинской организации

3.5. Анализ деятельности структурных подразделений медицинской организации по реализации локальных нормативных актов в отношении ВКК.

3.6. Консультирование работников медицинской организации по вопросам внутреннего контроля качества медицинской помощи и безопасности медицинской деятельности.

3.7. Проведение совещаний и конференций по вопросам ВКК, обучение персонала методикам внутреннего аудита СМК. Организация работы по порядку обращений граждан.

3.8. Разрабатывать проекты локальных нормативных актов, методических рекомендаций для медицинской организации по ЭКМП, выдачи листа нетрудоспособности.

3.9. Взаимодействовать и сотрудничать с иными организациями: ФОМС, страховыми организациями, Фондом социального страхования.

3.10. Основы делового общения: деловая переписка, электронный документооборот.

3.11 Правила документирования организационно-управленческой деятельности.

3.12. Организация и проведение внутренних аудитов по контролю качества медицинской помощи.

3.13. Планирование, организация и контроль качества медицинской помощи.

3.15. Координационное руководство реализации политики качества в структурных подразделениях.

Поддержание организационной структуры системы качества учреждения;

3.16. Проведение внутренних аудитов и самооценки учреждения, его структурных подразделений и процессов, подготовка отчетов руководству;

3.17. Консультационная поддержка по развитию методов менеджмента качества и разработке системы качества в МО.

3.18. Упорядочение рабочих процессов, определение измеряемых параметров и характеристик их качества, методов их измерения и сбора информации.

3.19. Методические разработки по внедрению современных методов и инструментов менеджмента качества в здравоохранении.

3.20. Проверка и анализ результатов качества лечебного процесса.

3.21. Системное совершенствование и разработка методов оценки качества медицинского процесса в учреждении.

3.22. Проведение экспертиз лечебно-профилактического, кадрового и материально-технического обеспечения специальностей и направлений.

3.23. Анализ критериев по качеству и безопасности медицинской деятельности за квартал, год.

3.24. Анализ исполнения целей ГБУ «_____».

4. Должностные обязанности руководителя отдела качества

4.1. Организация работы в МО по контролю качества и безопасности медицинской деятельности связанные:

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

обеспечением и оценкой соблюдения прав граждан в сфере охраны здоровья при осуществлении медицинской деятельности;

контролем 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;

обеспечением и оценкой соблюдения медицинскими работниками при осуществлении ими профессиональной деятельности в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

выполнением медицинскими работниками должностных инструкций в части обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности;

принятием мер по пресечению и (или) устранению последствий и причин несоответствий, 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 медицинском страховании;

принятием управленческих решений по совершенствованию подходов к осуществлению медицинской деятельности.

4.2. Организация и проведение внутреннего аудита в ГБУ «_____» по следующим направлениям:

1) наличие в медицинской организации нормативных правовых актов (в том числе изданных федеральными органами государственной власти, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления), регламентирующих вопросы организации медицинской деятельности, включая:

преемственность оказания медицинской помощи на всех этапах;

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

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

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

2) обеспечение оказания медицинской помощи в медицинской организации в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, правилами проведения лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных видов диагностических исследований, положениями об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядками организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, порядками проведения медицинских экспертиз, диспансеризации, диспансерного наблюдения, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, с учетом стандартов медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций;

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

передача информации из медицинских организаций, оказывающих скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь, центров медицины катастроф;

ведение медицинской документации медицинскими работниками скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, центров медицины катастроф и медицинскими работниками медицинской организации, в которую осуществляется медицинская эвакуация пациента, включая журналы поступления (в электронной форме при наличии);

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

5) обеспечение преемственности оказания медицинской помощи на всех этапах (в том числе при переводе пациента, выписке из медицинской

организации, передаче дежурства и иных обстоятельствах) с соблюдением требований к ведению медицинской документации;

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

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

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

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

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

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

12) обеспечение оказания гражданам медицинской помощи в экстренной форме¹², включая проведение регулярного обучения (тренингов), наличие в медицинской организации лекарственных препаратов и медицинских изделий для оказания медицинской помощи в экстренной форме;

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

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

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

16) соблюдение прав пациентов при оказании медицинской помощи, в том числе, обеспечение комфортных условий пребывания пациентов в медицинских организациях, включая организацию мест ожидания для пациентов, законных представителей и членов семей пациентов;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

организация дезинфекции и стерилизации медицинских изделий;

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

соблюдение технологий проведения инвазивных вмешательств;

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

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

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

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

проведение противоэпидемических мероприятий при возникновении случая инфекции;

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

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

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

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

обучение работников медицинской организации применению, эксплуатации медицинских изделий;

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

23) контроль за трахеостомическими и эндотрахеальными трубками;

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

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

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

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

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

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

проведение мероприятий по снижению риска травматизма и профессиональных заболеваний;

обеспечение защиты от травмирования элементами медицинских изделий;

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

наличие и исправность систем жизнеобеспечения (включая резервное электроснабжение);

соблюдение внутреннего распорядка медицинской организации;

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

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

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

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

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

оценка риска возникновения пролежней;

проведение мероприятий по профилактике и лечению пролежней;

анализ информации о случаях пролежней;

осуществление ухода за дренажами и стомами;

кормление пациентов, включая зондовое питание;

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

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

создание условий для раннего выявления онкологических заболеваний;

проведение обучения медицинских работников по вопросам раннего выявления онкологических заболеваний;

мониторинг своевременности установления диагноза онкологического заболевания, анализ эффективности деятельности по раннему выявлению, лечению онкологических заболеваний, диспансерному наблюдению за пациентами с онкологическими заболеваниями;

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

30) организация работы регистратуры, включая:

деятельность структурных подразделений регистратуры, в том числе «стойки информации», «фронт-офиса», «картохранилища», контакт-центра, «call-центра»;

оформление листков временной нетрудоспособности, их учет и регистрация ;

предварительную запись пациентов на прием к врачу;

прием и регистрацию вызовов на дом;

соблюдение порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

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

обеспечение навигационной информации для пациентов с учетом характера расположения помещений;

взаимодействие регистратуры со структурными подразделениями поликлиники, детской поликлиники;

коммуникацию работников регистратуры с пациентами, в том числе наличие «речевых модулей» на разные типы взаимодействия, порядка действия в случае жалоб пациентов и конфликтных ситуаций;

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

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

направление пациентов в другие медицинские организации;

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

порядок записи и отмены записи пациентов на прием при непосредственном обращении в медицинскую организацию, по телефону с использованием медицинской информационной системы;

порядок уведомления пациента об отмене приема по инициативе организации;

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

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

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

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

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

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

18. Мониторинг наличия лекарственных препаратов и медицинских изделий проводится по решению руководителя медицинской организации, но не реже чем 1 раз в квартал.

5. Обязанности в области охраны труда

5.1. Соблюдать нормы, правила и инструкции по охране труда.

5.2. Правильно применять коллективные и индивидуальные средства защиты.

5.3. Немедленно извещать своего непосредственного или вышестоящего руководителя о любом несчастном случае на производстве или об ухудшении состоянии своего здоровья, в том числе о проявлении признаков острого профессионального заболевания (отравлении).

5.4. Проходить обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры. А также проходить внеочередные медицинские осмотры по направлению работодателя.

5.5. Один раз в год проходить плановый инструктаж по охране труда и техники безопасности.

5.6. Работать, соблюдая правила техники безопасности и пожарной защиты, согласно инструкции.

5.7. До начала работы проверять исправность компьютерной и организационной техники, электроприборов.

5.8. Использовать электроприборы при наличии инструкции и соответствии с ней; в случае неисправности своевременно сообщать старшей медсестре или администрации учреждения.

5.9. В конце рабочей смены проверять отключение компьютерной и организационной техники, электроприборов.

5.10. Знать местонахождение аптечки и правила оказания первой помощи.

6. Обязанности в области гражданской обороны и чрезвычайным ситуациям

6.1. Принимать участие в занятиях по ГО и ЧС.

6.2. Руководить деятельностью среднего и младшего медперсонала отделения по вопросам ГО.

6.3. Знать наиболее вероятные ЧС, которые могут произойти в отделении и при их возникновении действовать согласно утвержденным алгоритмам.

6.4. Знать расчеты, планы по эвакуации больных, медперсонала, медицинского имущества отделения в случаях ЧС.

6.5. Знать задачи отделения по вопросам ГО.

7. Права

Руководитель отдела качества имеет право:

7.1. На все предусмотренные законодательством Российской Федерации социальные гарантии.

7.2. Получать необходимую для выполнения функциональных обязанностей информацию и документы от всех подразделений напрямую.

7.3. Подписывать и визировать документы в пределах своей компетенции.

7.4. Контролировать в рамках своей компетенции работу медицинского персонала, отдавать им распоряжения и требовать их четкого исполнения.

7.5. Знакомиться с проектами приказов руководства, касающимися его деятельности.

7.6. Представлять на рассмотрение руководителя предложения по совершенствованию своей работы и работы организации.

7.7. Принимать участие в совещаниях, на которых рассматриваются вопросы, связанные с его работой.

7.8. Требовать от руководства создания нормальных условий для выполнения служебных обязанностей.

7.9. Повышать свою профессиональную квалификацию.

7.10. Контролировать и оценивать работу врачей по вопросам клинико-экспертной работы и проведения экспертизы временной нетрудоспособности.

7.11. Привлекаться в качестве врача-эксперта к работе лицензионно-аккредитационной комиссии, страховых медицинских организаций на договорной основе.

7.12. Принимать участие в конференциях по вопросам Лечебно-профилактической помощи.

7.13. Вносить предложения о поощрении сотрудников, имеющих хорошие показатели в работе, или наказания лиц, допустивших грубые нарушения в клиничко-экспертной работе.

7.14. Состоять членом различных общественных и профессиональных организаций.

8. Ответственность руководителя отдела качества

Несет ответственность:

8.1. За неисполнение, ненадлежащее исполнение обязанностей, предусмотренных настоящей инструкцией, – в пределах, определенных трудовым законодательством Российской Федерации.

8.2. За совершенные в процессе осуществления своей деятельности правонарушения – в пределах, определенных действующим административным, уголовным и гражданским законодательством Российской Федерации.

8.3. За причинение материального ущерба работодателю – в пределах, определенных действующим трудовым и гражданским законодательством Российской Федерации.

Должностная инструкция разработана в соответствии с Профессиональным стандартом «Специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья», утвержденным приказом Минтруда от 07.11.2017 № 768н.

Разработана:

Начальник отдела кадров _____
(Ф.И.О.)

Согласовано:

Юрисконсульт _____
(Ф.И.О.)

С должностной инструкцией ознакомлен и принимаю на себя обязательства по выполнению установленных в ней норм.

(Ф.И.О. работника)

Дата: « ____ » _____ 20 ____ года

Приложение № 4
к Алгоритму внедрения
в медицинских организациях
Чеченской Республики
системы внутреннего контроля
качества и безопасности
медицинской деятельности,
утвержденному приказом Минздрава ЧР
от «23» 12 2022 г. № 579

Примерная форма
Положения о порядке организации проведения внутреннего контроля
качества и безопасности медицинской деятельности

УТВЕРЖДАЮ
Главный врач ГБУ _____

(Ф.И.О.)
« » _____ 20__ года

Положение
о порядке организации и проведении внутреннего контроля
качества и безопасности медицинской деятельности
в ГБУ _____

I. Общие положения

1. Положение о порядке организации и проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности ГБУ _____ (далее – Положение) регулирует организацию и проведение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (далее – внутренний контроль) в ГБУ _____.

2. Ответственным за организацию и проведение внутреннего контроля является главный врач.

Уполномоченным лицом по качеству и безопасности медицинской деятельности является руководитель службы качества (отдела качества) ГБУ _____ (далее – уполномоченное лицо), который контролирует порядок осуществления внутреннего контроля.

3. Функций по проведению внутреннего контроля возлагаются на уполномоченное лицо и снимаются с него приказом главного врача ГБУ _____.

4. В рамках организации и проведения внутреннего контроля уполномоченное лицо взаимодействует:

с главным врачом ГБУ _____ по вопросам организации внутреннего контроля, в соответствии с настоящим положением.

с врачебной комиссией медицинской организации – по вопросам входящим в компетенцию врачебной комиссии, в соответствии с Порядком создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации и Положением о врачебной комиссии ГБУ _____.

с иными сотрудниками ГБУ _____, для достижения целей и задач внутреннего контроля, в соответствии с настоящим положением.

5. Функции и порядок взаимодействия.

Приказом главного врача назначаются уполномоченные компетентные лица для проведения внутреннего контроля качества (далее – ВКК) в структурных подразделениях ГБУ _____.

Проведение ВКК осуществляется посредством внутренних аудитов на основании годового плана (ГП) «Внутренние аудиты». По итогам ВКК при выявлении несоответствий руководителями отделений, подразделений разрабатывается план корректирующих действий и передается руководителю отдела качества для мониторинга.

В случае несвоевременного проведения корректирующих действий руководитель отдела качества доводит информацию до главного врача для принятия управленческого решения.

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

II. Организация проведения мероприятий, осуществляемых в рамках внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности

1. Внутренний контроль включает следующие мероприятия:

1.1. Оценку качества и безопасности медицинской деятельности медицинской организации, ее структурных подразделений путем проведения плановых и целевых (внеплановых) проверок (аудитов);

1.2. Сбор статистических данных, характеризующих качество и безопасность медицинской деятельности медицинской организации, и их анализ **не реже 1 раза в квартал.**

Ответственный – заместитель главного врача по организационно-методической работе (зав. кабинетом ОМО) и руководитель отдела качества;

1.3. 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) при появлении нежелательного события.

Ответственный – заведующий отделом и заведующие структурными подразделениями;

1.4. Мониторинг наличия лекарственных препаратов и медицинских изделий в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций **не реже 1 раза в квартал.**

Ответственный – заместитель главного врача по медицинской части;

1.5. Сбор информации (при возникновении случая) и 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, **не реже 1 раза в квартал.**

Ответственный – заместитель главного врача по медицинской части;

1.6. Анализ информации обо всех случаях выявления побочных действий, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия, о нежелательных реакциях при его применении, об особенностях взаимодействия медицинских изделий между собой, о фактах и об обстоятельствах, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации медицинских изделий, сообщаемой медицинской организацией в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения, **не реже 1 раза в квартал.**

Ответственный – заместитель главного врача по медицинской части.

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

Ответственный – заместитель главного врача по организационно-методической работе и руководитель отдела качества.

2. Плановые внутренние проверки (аудиты) проводятся в соответствии с ежегодным планом проверок, утверждаемым руководителем медицинской организации, **не реже одного раза в квартал.**

3. Целевые (внеплановые) внутренние проверки проводятся:

при наличии отрицательной динамики статистических данных, характеризующих качество и безопасность медицинской деятельности медицинской организации;

по поручению главного врача ГБУ _____;

при поступлении жалоб граждан по вопросам качества и доступности медицинской помощи, а также жалоб по иным вопросам осуществления

медицинской деятельности в медицинской организации, содержащим информацию об угрозе причинения и (или) причинении вреда жизни и здоровью граждан;

при летальных исходах;

при внутрибольничных инфицировании и осложнении, вызванных медицинским вмешательством (ВКК не заменяет необходимость разбора вышеуказанных случаев на заседаниях врачебной комиссии).

4. При проведении плановых и целевых (внеплановых) проверок руководитель отдела качества, специалисты отдела качества и уполномоченные лица имеют право:

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

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

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

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

организовывать проведение необходимых исследований, экспертиз, анализов и оценок;

выносить для обсуждения на врачебную комиссию, выявленные несоответствия в рамках внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

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

1) наличие в медицинской организации нормативных правовых актов (в том числе изданных федеральными органами государственной власти, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления), регламентирующих вопросы организации медицинской деятельности, включая:

преемственность оказания медицинской помощи на всех этапах;

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

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

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

2) обеспечение оказания медицинской помощи в медицинской организации в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, правилами проведения лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных видов диагностических исследований, положениями об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядками организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, порядками проведения медицинских экспертиз, диспансеризации, диспансерного наблюдения, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, с учетом стандартов медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций;

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

передача информации из медицинских организаций, оказывающих скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь, центров медицины катастроф;

ведение медицинской документации медицинскими работниками скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, центров медицины катастроф и медицинскими работниками медицинской организации, в которую осуществляется медицинская эвакуация пациента, включая журналы поступления (в электронной форме при наличии);

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

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

6) обеспечение получения информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи¹¹;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

16) соблюдение прав пациентов при оказании медицинской помощи, в том числе, обеспечение комфортных условий пребывания пациентов в медицинских организациях, включая организацию мест ожидания для пациентов, законных представителей и членов семей пациентов;

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

обеспечение контроля сроков годности лекарственных препаратов;

обеспечение контроля условий хранения лекарственных препаратов, требующих особых условий хранения;

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

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

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

организация лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан, в том числе предоставление сведений о таких гражданах в Федеральный регистр лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека,

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

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

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

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

организация дезинфекции и стерилизации медицинских изделий;

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

соблюдение технологий проведения инвазивных вмешательств;

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

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

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

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

проведение противоэпидемических мероприятий при возникновении случая инфекции;

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

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

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

применение медицинских изделий согласно технической и (или) эксплуатационной документации, в соответствии с которой осуществляются производство, изготовление, хранение, транспортировка, монтаж, наладка, применение, эксплуатация, в том числе техническое обслуживание, а также ремонт, утилизация или уничтожение медицинского изделия; обучение работников медицинской организации применению, эксплуатации медицинских изделий;

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

23) контроль за трахеостомическими и эндотрахеальными трубками;

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

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

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

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

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

проведение мероприятий по снижению риска травматизма и профессиональных заболеваний;

обеспечение защиты от травмирования элементами медицинских изделий;

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

наличие и исправность систем жизнеобеспечения (включая резервное электроснабжение);

соблюдение внутреннего распорядка медицинской организации;

обеспечение охраны и безопасности в медицинской организации (включая организацию доступа в медицинскую организацию и ее структурные подразделения, предотвращение и принятие мер в случаях нападения на

медицинских работников, угрозах со стороны пациентов или посетителей, в случаях суицида);

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

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

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

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

оценка риска возникновения пролежней;

проведение мероприятий по профилактике и лечению пролежней;

анализ информации о случаях пролежней;

осуществление ухода за дренажами и стомами;

кормление пациентов, включая зондовое питание;

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

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

создание условий для раннего выявления онкологических заболеваний;

проведение обучения медицинских работников по вопросам раннего выявления онкологических заболеваний;

мониторинг своевременности установления диагноза онкологического заболевания, анализ эффективности деятельности по раннему выявлению, лечению онкологических заболеваний, диспансерному наблюдению за пациентами с онкологическими заболеваниями;

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

30) организация работы регистратуры, включая:

деятельность структурных подразделений регистратуры, в том числе «стойки информации», «фронт-офиса», «картоохранилища», контакт-центра, «call-центра»;

оформление листков временной нетрудоспособности, их учет и регистрация;

предварительную запись пациентов на прием к врачу;

прием и регистрацию вызовов на дом;

соблюдение порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

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

обеспечение навигационной информации для пациентов с учетом характера расположения помещений;

взаимодействие регистратуры со структурными подразделениями поликлиники, детской поликлиники;

коммуникацию работников регистратуры с пациентами, в том числе наличие «речевых модулей» на разные типы взаимодействия, порядка действия в случае жалоб пациентов и конфликтных ситуаций;

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

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

направление пациентов в другие медицинские организации;

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

порядок записи и отмены записи пациентов на прием при непосредственном обращении в медицинскую организацию, по телефону с использованием медицинской информационной системы;

порядок уведомления пациента об отмене приема по инициативе организации;

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

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

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

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

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

37) обеспечение доступа работников медицинской организации к информации, содержащей клинические рекомендации, порядки оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи, а также

осуществление мероприятий по информированию работников медицинской организации об опубликовании новых клинических рекомендаций, порядков оказания медицинской помощи и их пересмотре.

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

1. По итогам проведенных мероприятий внутреннего контроля осуществляются:

оформление протокола проверки на основании разработанных чек-листов (приложение);

доведение информации о выявленных несоответствиях до руководителей отделений под подпись;

разработка предложений по устранению и предупреждению нарушений в процессе диагностики и лечения пациентов и их реализация руководителями структурных подразделений (отделений);

анализ результатов внутреннего контроля для совершенствования подходов к осуществлению медицинской деятельности (ответственный – руководитель отдела качества);

обеспечение реализации мер, принятых по итогам внутреннего контроля (ответственные – главный врач, заместитель главного врача, руководители отделений);

формирование системы оценки деятельности медицинских работников.

2. Руководителем отдела качества **ежемесячно формируется отчет о проделанной работе, сводные отчеты формируются не реже одного раза в квартал, а также по итогам полугодия и года, содержащий информацию о состоянии качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации, на основании которого руководителем медицинской организации при необходимости утверждается перечень корректирующих мер.**

Приложение № 2
к приказу Минздрава ЧР
от «03» 10 2022 г. № 579

Система внутреннего контроля качества

ГБУ _____

ОТЧЕТ

о состоянии внутреннего контроля качества и безопасности
медицинской деятельности в ГБУ _____

за период: квартал/полугодие/год 20__ года.

Отчет подготовил:

Уполномоченный по качеству: _____

1. Результаты внутренних аудитов

Внутренние аудиты по ВКК медицинской организации осуществлялись в соответствии с утвержденным Планом мероприятий по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности медицинской организации» на 20 ___ год.

За отчетный период объектами проведения внутренних аудитов были выбраны следующие процессы ВКК:

1. «Управление персоналом мед организации: компетенции и компетентность»;
 2. «Обеспечение безопасной среды медицинской организации»;
 3. «Обеспечение эпидемиологической безопасности. Профилактика рисков ИСМ»;
 4. «Обеспечение лекарственной безопасности»;
 5. «Безопасное обращение медицинских изделий»;
 6. «Оказание медицинской помощи на основе доказательной медицины и клинических рекомендаций»;
 7. «Оказание экстренной и неотложной помощи».
 8. Мониторинг наличия лекарственных препаратов и медицинских изделий;
 9. Мониторинг и анализ информации обо всех случаях выявления побочных действий, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия, о нежелательных реакциях при его применении, об особенностях взаимодействия медицинских изделий между собой, о фактах и об обстоятельствах, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении лекарственных препаратов и применении и эксплуатации медицинских изделий;
 10. Мониторинг наличия у медицинских работников документов об образовании и сертификата специалиста либо свидетельства об аккредитации;
 11. Мониторинг соблюдения медицинскими работниками и руководителями медицинских организаций ограничений, налагаемых на указанных лиц при осуществлении ими профессиональной деятельности в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
- Всего было проведено _____ аудитов по всем процессам ВКК медицинской организации на соответствие требованиям Приказа Минздрава № 785н «Об утверждении требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности».

2. Количество плановых и внеплановых проверок внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности:

№	Наименование показателя	Количество
1.	<i>Плановые проверки</i>	
1.1.	Проведено плановых проверок, за период	
1.2.	Количество проверок, запланированных на период	
1.3.	Процент выполнения плана проверок на период	
1.4.	Количество плановых проверок, проведенных с нарушением сроков	
1.5.	Количество плановых проверок, в ходе которых выявлены нарушения	
1.6.	Количество выявленных нарушений, в ходе плановых проверок:	
2.	<i>Целевые – внеплановые проверки</i>	
2.1.	Проведено внеплановых проверок, за период	
2.2.	При наличии отрицательной динамики статистических данных, характеризующих качество и безопасность медицинской деятельности	
2.3.	При поступлении жалоб граждан по вопросам качества и доступности медпомощи, а также жалоб по иным вопросам осуществления медицинской деятельности в медицинской организации, содержащим информацию об угрозе причинения и (или) причинении вреда жизни и здоровью граждан	
2.4.	В случае летальных исходов	
2.5.	В случае внутрибольничного инфицирования и осложнений, вызванных медицинским вмешательством	
2.6.	Количество целевых проверок, проведенных с нарушением сроков	
2.7.	Количество целевых проверок, в ходе которых выявлены нарушения	
2.8.	Количество выявленных нарушений, в ходе целевых проверок	

3. Результаты плановых проверок:

№	Фактический срок проведения	Предмет проверки	Заключение по результату проверки (удовлетворительная/неудовлетворительная)	Мероприятия по устранению выявленных нарушений и улучшению (проведение врачебных конференций, анализ нарушений)	Сведения о ходе реализации мероприятий (проведены/непроведены)
1.		Соблюдения медицинскими работниками и руководителями медицинских организаций ограничений, налагаемых на указанных лиц при осуществлении ими профессиональной деятельности в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»			
2.		Мониторинг наличия лекарственных препаратов и медицинских изделий в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской			

		<p>помощи и на основе клинических рекомендаций</p>			
3.		<p>Анализ информации о побочных действиях, нежелательных реакциях, серьезных нежелательных реакциях, непредвиденных 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</p>			

4.		<p>Анализ информации обо всех случаях выявления побочных действий, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия, о нежелательных реакциях при его применении, об особенностях взаимодействия медицинских изделий между собой, о фактах и об обстоятельствах, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации медицинских изделий, сообщаемой медицинской организацией в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения</p>			
5		<p>Мониторинг наличия у медицинских работников документов об образовании и сертификата специалиста либо свидетельства об аккредитации – ежеквартально, не позднее 5 числа месяца, следующего за отчетным периодом</p>			
6		<p>Сбор статистических данных, характеризующих</p>			

		качество и безопасность медицинской деятельности медицинской организации, и их анализ				
7.		Оценка соблюдения прав граждан в сфере охраны здоровья при осуществлении медицинской деятельности				
8.		Оценка соответствия оказываемой медицинскими работниками медицинской помощи Критериям оценки качества медицинской помощи, утверждённых Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 мая 2017 г. №203н, а также рассмотрение причин возникновения несоответствия качества оказываемой медицинской помощи указанным критериям.				

4. Результаты внеплановых проверок :

№	Фактический срок проведения	Основания для проведения проверки	Предмет проверки	Заключение по результатам проверки	Мероприятия по устранению выявленных нарушений и улучшению	Сведения о ходе реализации мероприятий

1.	15.01.2022	Обращение Федорова С.А.	Выдача талонов Работа регистратур ы	Дефицит кадров Регистратура работает в два окна	Ежеквартально подаются сведения о вакансиях	Выполнено
.	17.02.2022	Обращение Миронова А.В.	Оказание медицинской помощи	С 31.03.2022 прием пациентов по неотложной помощи	Информирование граждан на сайте учреждения, в регистратуре. Информационные объявления в холле поликлиники	Выполнено

5. Анализ нежелательных событий:

№	Наименование показателя	Количество
1.	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):	
1.1.	Произошло нежелательных событий, повлекших причинение вреда жизни и здоровью граждан, а также приведших к удлинению сроков оказания медпомощи	
2.	Мониторинг наличия лекарственных препаратов и медицинских изделий, анализ информации обо всех случаях выявления побочных действий, нежелательных реакций:	
2.1.	Проведено мероприятий по мониторингу наличия лекарственных препаратов и медицинских изделий в соответствии с порядками оказания медпомощи, с учетом стандартов медпомощи и на основе клинических Рекомендаций	
2.2.	Выявлено фактов нарушения обеспечения лекарственными препаратами и медицинскими изделиями	

2.3.	<p>Передано сообщений о случаях побочных действий, нежелательных реакций, серьезных нежелательных реакций, непредвиденных нежелательных реакций 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</p>
2.4.	<p>Передано сообщений о случаях выявления побочных действий, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинские 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 медработников при применении и эксплуатации медицинских изделий, сообщаемой медицинской организацией</p>

Выводы:

1. По итогам мониторинга наличия лекарственных препаратов установлено:
- нарушаются сроки поставки лекарственных средств в отделения больницы.

Корректирующие мероприятия:

разработать график подачи заявок на закупку лекарственных средств; старшим медицинским сестрам отделений своевременно подавать заявки на закупку лекарственных средств в соответствии с установленным графиком подачи заявок на закупку лекарственных средств.

2. По итогам мониторинга наличия медицинских изделий установлено:
не во всех отделениях ведутся записи в Журналах по мониторингу безопасности медицинских изделий для организаций.

Корректирующие мероприятия:

провести инструктаж для старших медицинских сестер и врачебного персонала по «Порядку проведения мониторинга безопасности медицинских изделий».

3. При анализе информации обо всех случаях выявления побочных действий, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия, о нежелательных реакциях при его применении,

об особенностях взаимодействия медицинских изделий между собой, о фактах и об обстоятельствах, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации медицинских изделий, сообщаемой медицинской организацией в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения:
всего передано сообщений _____; в том, числе:

Корректирующие мероприятия:

4. При анализе 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
всего передано сообщений _____; в том, числе:

Корректирующие мероприятия:

1. Заключение: _____

6. Анализ качества оказания медицинской помощи

Число пролече нных больных	Количество о проведенн ых экспертиз качества медицинск ой помощи, % от общего числа пролеченн ых больных		Количество случаев оказания медицинской помощи с выявленными дефектами оказания медицинской помощи (абс. и % от числа проведенных экспертиз качества медицинской помощи)				Коэффициент качества (итоговая оценка качества мед. помощи)	Удовлетворенность населения помощью (по анкетам)		
	абс.	%	Дефекты, допущенные при проведении диагностичес ких мероприятий	Дефекты, допущенны е при постановке, формулиров ке, обосновани и диагноза	Дефекты, допущенны при проведении лечебно- профилакти ческих мероприяти й	Дефекты, допущенные при проведении медицинской экспертизы, сроков оказания мед. помощи и преимущественно стадии этапов лечения		Дефекты оформленн ых медицинск ой документаци и	Количество удовлетворен ных пациентов медицинской помощью (% от общего числа пролеченн ых пациентов)	Количество удовлетворен ных пациентов медицинской помощью (% от общего числа опрошенных пациентов)
абс.			абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Амбулаторно-поликлиническая медицинская помощь										
Стационарная помощь										
Всего по медицинской организации										

В рамках ВКК по подразделениям проверено и подвергнуто экспертизе случаев оказания медицинской помощи:

_____ Из них были признаны дефектными: _____ %.

Причины дефектов:

1. Сохраняются замечания по небрежному ведению медицинской документации;
2. Отсутствует диспансерное наблюдение или неудовлетворительное оформление диспансерного наблюдения;
3. Недочеты в проведении обследований – недооценка результатов клинических анализов, в некоторых случаях не полностью выполнен стандарт обследования;
4. Часто отсутствуют результаты объективного осмотра – при наличии осмотра уролога у мужчин и гинеколога у женщин;
5. Отсутствие совместных осмотров с заведующим отделением в течение десяти дней;
6. В части медкарт отсутствует информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;
7. Единичные дефекты по отсутствию рекомендаций при выписке;
8. У некоторых врачей отсутствуют листы учета временной нетрудоспособности и уточненных диагнозов;
9. Повторяются случаи назначения ЛС не по МНН;
10. Увеличение количества дефектов при оформлении карт пациентов с карантином или НКИ за счет 1 и 2 кв. 20 _____ года.

Выявленные в ходе экспертизы дефекты в целом не повлияли на исход заболевания в каждом конкретном случае.

7. Анализ обратной связи с пациентами

1. Количество обращений и жалоб граждан по вопросам качества оказания медицинской помощи, поступивших: в медицинскую организацию – 2
в страховые компании – 1
в министерство здравоохранения Чеченской Республики – 0
в Министерство здравоохранения Российской Федерации – 0
в правительство региона – 0
в прокуратуру – 0
в иные инстанции – 0
2. Проведено служебных проверок – 3

Поликлиническое отделение																			
Детское поликлиническое отделение																			
Женская консультация																			

8. Организационные мероприятия

8.1. Мероприятия, направленные на повышение качества и безопасности медицинской деятельности

№	Наименование показателя	Количество
1.	Разработано предложений по устранению и предупреждению наущений в процессе диагностики и лечения пациентов	
2.	Проведено совещаний	
3.	Проведено конференций, в том числе:	
4.	Проведено клинических разборов	
5.	Проведено мероприятий по организации оказания медицинской помощи	
6.	Приобретено медицинских аппаратов	
7.	Обучено медицинских работников	
8.	Проведено иных мероприятий	

8.2. Перечень СОП, утвержденных в первом полугодии 2021 года

№	Номер СОП	Название СОП	Приказ
1.	28-СОП-21	Порядок проведения хирургической обработки рук	Приказ № 12 от 12.02.2021
2.	24-СОП-21	Порядок забора и транспортировки мазка биологического материала из носоглотки и ротоглотки для исследования на новую коронавирусную инфекцию COVID-19	Приказ № 25 от 05.03.2021
3.	25-СОП-21	Порядок действий медицинского персонала в случае выявления пациента с подозрением на новую коронавирусную инфекцию COVID-19 в клиническом отделении стационара	Приказ № 33 от 15.03.2021
4.	26-СОП-21	Порядок надевания, снятия и ухода за медицинскими масками, респираторами	Приказ № 35 от 20.04.2021
5.	33-СОП-21	Порядок проведения забора венозной крови	Приказ № 41 от 15.05.2021
6.	40-СОП-21	Порядок экстренных вербальных назначений лекарственных препаратов	Приказ № 43 от 19.03.2021

9. Выводы и предложения по улучшению системы ВКК

1. Результаты анализа ВКК и БМД за отчетный период.
 - 1.1. Внедрено планирование по процессам ВКК на основе цикла «Планируй-делай-анализируй-корректируй»;
 - 1.2. Определены показатели по процессам ВКК и на их основе производится оценка результативности процессов ВКК – «Оказание медицинской услуги на основании доказательной медицины и критериев качества»; «Обеспечение хирургической безопасности, профилактика рисков, связанных с оперативным вмешательством»;
 - 1.3. Разработаны следующие корректирующие мероприятия по процессам с учетом выявленных несоответствий в результате проведенных аудитов: _____;
 - 1.4. Регулярно проводятся заседания комиссии по ВКК – ежемесячно.

1.5. Регулярно проводятся внутренние аудиты – ежемесячно.

2. Причинами невыполнения решений заседаний комиссии по ВКК рекомендаций по проведенным аудитам являются:

низкая исполнительская дисциплина;

недостаточный контроль со стороны уполномоченного по качеству за проведением корректирующих мероприятий по устранению несоответствий, выявленных при проведении внутренних аудитов.

3. Корректирующие мероприятия и рекомендации по улучшению ВКК: _____

**Уполномоченный по качеству
и безопасности медицинской деятельности**

_____ / _____
(подпись) (Ф.И.О.)

« ____ » _____ 20 ____ г.