

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
ГБУ «ШАЛИНСКАЯ ЦЕНТРАЛЬНАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА»

366324, г.Шали, ул.А.Кадырова,67

тел/факс 8(871 46)2 23 75

П Р И К А З № 256

по Шалинской ЦРБ

от « 28 » 12 2023 г.

**«Об организации проведения
внутреннего контроля качества
и безопасности медицинской деятельности,
в ГБУ «Шалинская ЦРБ»**

В соответствии приказа Министерства здравоохранения Чеченской Республики № 579 от 23.12.2022 г. «Об организации системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинских организациях Чеченской Республики» и приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 г. № 785н «Об утверждении требований к организации и проведению контроля качества и безопасности медицинской деятельности»,

П Р И К А З Ы В А Ю:

1. Назначить ответственным - уполномоченным за организацию и проведение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУ «Шалинская ЦРБ» заместителя главного врача по лечебной работе – Агаеву Э.Р.
2. Организовать проведение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности во всех структурных подразделениях, подведомственных ГБУ «Шалинская ЦРБ, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. № 785н «Об утверждении требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности».
 - 2.1. Утвердить положение о службе внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности согласно приложению № 1.
 - 2.2. Утвердить Положение о порядке организации и проведении внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности согласно приложению № 2.
 - 2.3. Утвердить План проведения плановых проверок по контролю качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУ «Шалинская ЦРБ» согласно приложению № 3.
3. Довести настоящий приказ до сведения должностных лиц, участвующих в проведении внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.
4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя главного врача по лечебной работе – Агаеву Э.Р.

**Главный врач
ГБУ «Шалинская ЦРБ»**

Х.А. Магомерзаев



Главный врач

Утверждаю

Магомерзаев Х.А.

Приложение № 1 к приказу

№ 256 от 28.12.2023 г.

ГБУ «Шалинская ЦРБ»

ПОЛОЖЕНИЕ

о службе внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности

ГБУ «Шалинская ЦРБ»

I. Общие положения

Служба внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (далее – отдел качества) является самостоятельным структурным подразделением ГБУ «Шалинская ЦРБ», осуществляющим деятельность на основании приказа от 28.12.2023 г. № 256.

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 «Шалинская ЦРБ».

Состав отдела качества определяется решением главного врача ГБУ «Шалинская ЦРБ» 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 нормативами 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 рабочей группы (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 ГБУ «Шалинская ЦРБ»;

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 качеств, 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 в качестве за квартал, год;

Анализ исполнения целей ГБУ «Шалинская ЦРБ».

3. Функции

К функциям рабочей группы (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 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 структурными системами 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 внедрений системы качества;

Оценка результатности 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.

3. 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;
- 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 проверок;
Отчеты по результатам проверок;
Планы корректирующих и предупреждающих действий и их выполнение;
Аналитические записки и отчеты по состоянию качества и безопасности для руководства;

- б) 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 (энергосбережения, вентиляции 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. Согласовать планы работы отдела качества с другими подразделениями учреждения, представлять планы перспективных мероприятий.

6.2. Эффективно использовать закрепленное имущество, обеспечить его сохранность.

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

6.4. Организовать 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 «Шалинская ЦРБ».

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 «Шалинская ЦРБ».

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, работы с которыми предусматриваются, и утверждаются главным врачом учреждения.

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

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

Согласовано:
Руководитель службы качества

Агаева Э.Р.

Юрисконсульт

Эльмурзаев А.З.

Утверждаю

Главный врач _____ Магомерзаев Х.А.

Приложение № 2 к приказу

№ 256 от 28.12.2023 г.

ГБУ «Шалинская ЦРБ»

ПОЛОЖЕНИЕ

О порядке организации и проведении внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности

ГБУ «Шалинская ЦРБ»

І. Общие положения

1. Положение о порядке организации и проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности ГБУ «Шалинская ЦРБ» (далее – Положение) реагирует организацию и проведение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (далее – внутренний контроль) в ГБУ «Шалинская ЦРБ».
2. Ответственным за организацию и проведение внутреннего контроля является главный врач.
Уполномоченным лицом по качеству и безопасности медицинской деятельности является руководитель службы качества ГБУ «Шалинская ЦРБ» (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 «Шалинская ЦРБ».
4. В рамках организации и проведения внутреннего контроля уполномоченное лицо взаимодействует:
С главным врачом ГБУ «Шалинская ЦРБ» 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 «Шалинская ЦРБ».
С иными сотрудниками ГБУ «Шалинская ЦРБ», 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 «Шалинская ЦРБ».
Проведением 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 и руководитель отдела качества;

1.3. Учет нежелательных событий при осуществлении медицинской деятельности

(фактов и обстоятельств, создающих угрозу причинения или повлекших причинения 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, утвержденным руководителем медицинской организации, **не реже 1 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 «Шалинская ЦРБ»;

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) причинения 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 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;

организовать 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 осуществлении 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 санитarno-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 дежурств и иных обстоятельствах) с соблюдением требований с ведению медицинской документации;
- 6) обеспечение получения информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи;
- 7) наличие локальных нормативных актов, регламентирующих работу приемного отделения медицинской организации, в том числе при оказании медицинской помощи в экстренной форме (с учетом особенностей деятельности структурных подразделений);
- 8) осуществление сортировки пациентов при поступлении и (или) обращении в зависимости от тяжести состояния и перечня необходимых медицинских вмешательств;
- 9) обеспечение своевременного оказания медицинской помощи при поступлении и (или) обращении пациента, а также на всех этапах ее оказания;
- 10) обеспечение экстренного оповещения и (или) сбора медицинских работников, не находящихся на дежурстве (при необходимости);
- 11) обеспечение возможности вызова медицинских 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 предоставления 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, проводящими 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 (фиброгена), 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 тактика 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, содержащим в том числе в документах, удостоверяющих личность (фамилия, имя, отчество (при наличии), пол, возраст), и в медицинской документации;

21) осуществление мероприятий по безопасности 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 реакции и осложнений, возникших 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 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 потока пациентов, требующих оказания медицинской помощи в плановой, неотложной и экстренной формах;

направление пациентов в другие медицинские организации;

маршрутизация в особых случаях: в период эпидемией 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 образования и об их квалификации;

34) организация проведения профилактических медицинских осмотров,

диспансеризации 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 осуществлению медицинской деятельности (ответственный – руководитель отдела качества);

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

формирование системы оценки деятельности медицинских работников.

от 28.12.2024 г.

**План проведения плановых проверок
по контролю качества и безопасности медицинской деятельности
в ГБУ «Шалинская ЦРБ» на 2024 год**

[illegible]

[illegible]

[illegible]