

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КРЫМ**

**«СИМФЕРОПОЛЬСКАЯ ГОРОДСКАЯ ДЕТСКАЯ
КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»**

П Р И К А З № 65

«29» 01 2020г.

г. Симферополь

«Об утверждении Плана мероприятий («дорожная карта») по внедрению приказа Минздрава России от 07 июня 2019 года 381н»

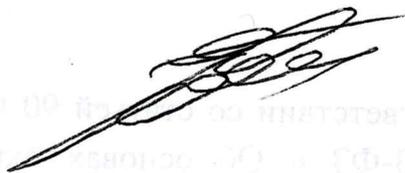
В соответствии со статьей 90 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ « Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07 июня 2019года № 381н « Об утверждении требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2012 года № 1340н «Об утверждении порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности», Положением о Министерстве здравоохранения Республики Крым, утвержденным постановлением Совета министров Республики Крым от 27 июня 2014 года № 149 (с изменениями)

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Создать комиссию по проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ РК «Симферопольская городская детская клиническая больница».
2. Состав комиссии:
 1. Заместитель главного врача по медицинской части - Лебедева О.Д.
 2. Начальник планово-экономического отдела – Байтуллаева Л.М.

3. Юрисконсульт – Кузьменко Д.В.
4. Заведующая поликлиникой – Левицкая Г.Г.
3. Утвердить план мероприятий («дорожная карта») по внедрению Приказа Минздрава России от 07 июня 2019 года № 381н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» согласно Приложению 1 к приказу.
4. Утвердить проверочный лист (список контрольных вопросов) при проведении плановых проверок в рамках ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности согласно Приложению 2 к приказу.
5. Контроль за исполнением приказа оставляю за собой.

Главный врач



Е.А. Петрова

ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ГБУЗ РК «СГДКБ»

Общие требования к правовому регулированию внутреннего контроля.

Внутренний контроль проводится по случаям медицинской помощи (законченным или незаконченным), оказанной в учреждении, независимо от источника финансирования оказанной медицинской помощи, должностей и квалификации работников, оказывавших медицинскую помощь, диагноза, возраста пациентов, оформления листка нетрудоспособности и других факторов.

Согласно ст. 90 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется в порядке, установленном руководителем медицинской организации.

Основным локальным правовым актом, на основании которого проводится внутренний контроль в медицинском учреждении является Приказ о проведении внутреннего контроля, утверждаемый руководителем медицинского учреждения с учетом специфики деятельности, структуры, штатного расписания и который должен содержать в себе:

- положение о внутреннем контроле, в котором отражены цель, предмет, объект, задачи, объемы внутреннего контроля, случаи проведения, порядок регистрации результатов, порядок анализа, порядок принятия мер реагирования;

- схему организации внутреннего контроля, которая для чёткости разграничений функций между уровнями контроля сделана в табличной и текстовой форме. Табличный формат содержит информацию об уровнях внутреннего контроля: список ответственных должностей, предмет контроля, функции, сроки проведения, вид отчетности. В текстовом формате содержится порядок организации внутреннего контроля между уровнями контроля. Также должны прилагаться следующие документы: карта внутреннего контроля качества медицинской помощи, мониторинг оценки качества медицинской помощи в отделении, журнал внутреннего контроля качества медицинской помощи, карта контроля соблюдения безопасных условий, требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий, акт экспертизы диагностических служб (приложения с 1.1., 1.2., 1.3., 1.6., 1.7);

- положение о врачебной комиссии и подкомиссиях (в случае необходимости). Положение разрабатывается на основе приказа Минздрава России от 05.05.2012 № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации». Рекомендуются разработать положение о комиссии по изучению летальных исходов (с использованием мониторинга по 19 сигнальным показателям по снижению смертности от основных причин) и положение о комиссии по профилактике внутрибольничных инфекций (с планом работы). Также должны прилагаться следующие формы: протокол заседания врачебной комиссии, журнал клинико-экспертной работы (приложение 1.4., 1.5 а,б);

- порядок рассмотрения обращений граждан с приложением форм: журнал обращений граждан, журнал личного приема руководителя (приложение 1.8 а,б, 1.9 а,б);

- положение о проведении анкетирования с приложением формы анкеты пациента, разработанной с учетом вида оказываемой медицинской помощи;

- формы отчетности в профильный отдел вышестоящего органа, в частности: «Мониторинг оценки качества медицинской помощи в медицинской организации», «Сводный отчет по работе с обращениями граждан».

Общие требования к организации проведения внутреннего контроля.

При проведении внутреннего контроля ответственные за проведение контроля руководствуются стандартами медицинской помощи, протоколами ведения больных, другими нормативными правовыми документами, клиническими рекомендациями, формулярными статьями и другими источниками доказательной медицинской практики.

При организации внутреннего контроля в медицинском учреждении должен быть соблюден принцип разделения полномочий и ответственности, что должно быть отображено в Схеме организации внутреннего контроля.

Внутренний контроль осуществляется на трех уровнях:

- **первый уровень** контроля осуществляет руководитель (заведующий) структурного подразделения (отделением) учреждения, проводится ежемесячно;
- **второй уровень** контроля осуществляет заместитель руководителя учреждения (главного врача), предлагается возложить на заместителя по медицинской части;
- **третий уровень** контроля осуществляет врачебная комиссия учреждения (далее - врачебная комиссия).

На первом уровне внутреннего контроля проводится оценка конкретных случаев оказания медицинской помощи.

На втором уровне внутренний контроль осуществляется в разрезе структурных подразделений (отделений) и медицинского учреждения в целом путем проведения внутреннего контроля случаев оказания медицинской помощи первого уровня, оценки конкретных случаев оказания медицинской помощи (осмотр пациента, оценка тактики его ведения, др.).

На третьем уровне проводится внутренний контроль наиболее сложных и конфликтных ситуаций, требующих комиссионного рассмотрения, вырабатывается и принимается решение по дальнейшей тактике ведения пациента, о профессиональном, должностном соответствии медицинских работников и другим вопросам.

На втором и третьем уровнях внутренний контроль может проводиться по совокупности случаев оказания медицинской помощи, отобранных по тематическому признаку, др.

Руководитель (заведующий) структурного подразделения (отделения) в течение месяца осуществляет внутренний контроль путем оценки конкретных случаев оказания медицинской помощи.

Результаты контроля качества на первом уровне фиксируются в «Карте внутреннего контроля качества медицинской помощи» (далее - Карта) (приложение № 1.1) в соответствующем столбце (столбец «Зав. отд.»).

По результату проверенных карт по итогу месяца составляется «Мониторинг оценки качества медицинской помощи в отделении» (приложение № 1.2.).

Выявленные недостатки в оказании медицинской помощи анализируются и докладываются с предложениями в виде служебных записок заместителю руководителя учреждения, осуществляющего второй уровень контроля, для принятия управленческого решения.

В целях повышения эффективности контрольных мероприятий и своевременного устранения причин дефектов медицинской помощи проведение внутреннего контроля на первом уровне осуществляется в текущем режиме (не реже, чем 1 раз в неделю).

Приложение 1.7.
к Порядку организации

контроля качества и безопасности
медицинской деятельности

внутреннего

**СХЕМА ОРГАНИЗАЦИИ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И
БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В
ГБУЗ РК «СГДКБ»**

№ п/п	Уровень контроля	Должность ответственного лица	Предмет контроля	Сроки проведения контроля	Вид отчетности
1	Отделения поликлиники, стационара, дневного стационара	Заведующие	Качество лечения, диагностики, безопасность (конкретные случаи оказания медицинской помощи).	Ежемесячно	1. «Карта экспертной оценки качества медицинской помощи» 2. Мониторинг оценки качества медицинской помощи в отделении (ежемесячно)
2	Стационар, поликлиника	Заместитель главного врача по мед. части; заведующая детской поликлиникой	Качество лечения, диагностики, безопасность (в разрезе структурных подразделений (отделений) и медицинского учреждения в целом путем проведения внутреннего контроля случаев оказания медицинской помощи первого уровня, оценки конкретных случаев оказания медицинской помощи (осмотр пациента, оценка тактики его ведения, др.).	Ежеквартально	«Журнал внутреннего контроля качества медицинской помощи»
3	ГБУЗ РК «СГДКБ»	Центральная ВК	Качество лечения, диагностики, безопасность (в разрезе структурных подразделений (отделений) и медицинского учреждения в целом путем проведения внутреннего контроля случаев оказания медицинской помощи первого уровня, оценки конкретных случаев оказания медицинской помощи (осмотр пациента, оценка тактики его ведения, др.).	Ежеквартально, полугодие, ежегодно	1. «Протокол заседания ВК», 2. «Журнал КЭР» 3. Отчет в МЗ РК (1 раз в 6 мес.)

Заместитель руководителя учреждения (главного врача) по медицинской части, заведующая детской поликлиникой осуществляет внутренний контроль на втором уровне контроля в соответствии с приказом руководителя и должностной инструкцией.

Заместитель руководителя осуществляет внутренний контроль в разрезе структурных подразделений (отделений) и учреждения в целом путем проведения контроля качества случаев оказания медицинской помощи первого уровня, оценки конкретных случаев оказания медицинской помощи (осмотр пациента, оценка тактики его ведения, др.) с заполнением Карты в соответствующем столбце (столбец «Зам. гл. вр.»).

Заместитель руководителя учреждения проводит контроль заполненных Карт с оформлением результатов в «Журнале внутреннего контроля качества медицинской помощи» (далее - Журнал) в соответствии с прилагаемой инструкцией (приложение № 2.3. к настоящему Порядку).

Заместитель руководителя по медицинской части является координатором работы по контролю качества медицинской помощи.

Журналы хранятся в учреждении не менее 3 лет.

Внутренний контроль проводится по медицинской документации (медицинской карте амбулаторного больного, иной медицинской документации, содержащей информацию о медицинской помощи, оказанной в конкретном проверяемом случае) с учетом критериев, указанных в приказе Министерства здравоохранения Российской Федерации №520 от 15 июля 2016 г. «Об утверждении критериев качества медицинской помощи».

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

Врачебная комиссия осуществляет внутренний контроль на третьем уровне. Врачебной комиссией (подкомиссией) медицинского учреждения в обязательном порядке проводится внутренний контроль случаев оказания медицинской помощи, сопровождающихся жалобами граждан или их законных представителей на доступность и качество медицинской помощи.

Решения врачебной комиссии оформляются протоколами (приложение № 2.4.) и хранятся не менее 10 лет.

Для учета решений Врачебной комиссии в медицинском учреждении ведется «Журнал клиничко-экспертной работы лечебно-профилактического учреждения» (приложение № 2.5, а,б).

Результаты внутреннего контроля соблюдения безопасных условий труда, требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий и их утилизации (уничтожению) фиксируются в «Карте контроля соблюдения безопасных условий труда, требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий» (приложение № 2.6 к настоящему Порядку).

Ограничения при проведении внутреннего контроля.

Внутренний контроль осуществляется работниками, назначенными приказами руководителя учреждения, ответственными за проведение внутреннего контроля (далее - ответственные за проведение контроля).

Медицинским учреждением обеспечивается прохождение работниками, осуществляющими проведение внутреннего контроля, обучения в рамках программ дополнительного профессионального образования, включающих вопросы обеспечения, управления, контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Организация и проведение внутреннего контроля осуществляется в рамках должностных регламентов сотрудников за счет финансовых средств медицинского учреждения.

Внутренний контроль не может проводиться ответственными за проведение контроля в случаях, когда медицинская помощь оказывалась самими ответственными за проведение контроля.

Ответственные за проведение контроля несут ответственность за объективность оценки

качества оказанной медицинской помощи при проведении внутреннего контроля в соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации и должностными инструкциями.

Заместитель руководителя учреждения (главного врача), выполняющий второй уровень внутреннего контроля, не может быть председателем врачебной комиссии.

В необходимых случаях для проведения внутреннего контроля могут привлекаться (по согласованию) в качестве экспертов работники медицинских высших учебных заведений, работники медицинских научно-исследовательских институтов, а также работники других учреждений (организаций) здравоохранения.

Действия ответственных лиц за внутренний контроль при выявлении дефектов

В случаях выявления дефектов медицинской помощи или некачественно оказанной медицинской помощи информация о результатах внутреннего контроля доводится до сведения медицинских работников, оказывавших медицинскую помощь в конкретном проверенном случае под роспись.

Ответственными за проведение контроля по результатам внутреннего контроля незамедлительно принимаются меры по недопущению повторения выявленных дефектов медицинской помощи в случаях, если принятие вышеназванных мер находится в пределах их полномочий. В иных случаях предложения доводятся до руководителя учреждения.

Учет результатов проведенного внутреннего контроля осуществляется в учреждении в форме отчетов ежемесячно для первого уровня; ежеквартально для второго уровня (заполняется «Журнал внутреннего контроля медицинской помощи») и по итогам прошедшего года в целом по учреждению заполняется «Отчет о проведенном внутреннем контроле за год», который должен содержать:

- отчетный период;
- объемы проведенного внутреннего контроля;
- количество проверенных случаев;
- количество проверенных случаев, из числа подлежащих контролю в обязательном порядке и процентах от числа случаев, подлежащих контролю в обязательном порядке;
- объем проведенного внутреннего контроля в процентах от установленных минимальных объемов.
- Результаты проведенного внутреннего контроля:
- Количество случаев качественно оказанной медицинской помощи;
- Количество случаев качественно оказанной медицинской помощи, сопровождавшихся единичными дефектами медицинской помощи;
- Количество случаев некачественно оказанной медицинской помощи (в абсолютных цифрах и в процентах проверенных случаев) - общее и в разрезе проверенных отделений (должностей и Ф.И.О. медицинских работников);
- Количество выявленных дефектов медицинской помощи по их видам (структура дефектов): дефекты сбора жалоб или анамнеза; дефекты диагностических мероприятий; дефекты оформления диагноза; дефекты лечебных мероприятий; дефекты профилактических мероприятий; дефекты медицинской экспертизы или медицинского освидетельствования; дефекты оформления медицинской документации;
- краткие сведения о мерах, принятых ответственным за проведение контроля по итогам проведенного внутреннего контроля;
- предложения по итогам проведенного внутреннего контроля для руководителя учреждения;
- Ф.И.О., должность, подпись ответственного за проведение внутреннего контроля.

Отчеты о проведенном внутреннем контроле предоставляются руководителю учреждения ответственному за контроль качества.

До сведения медицинских работников учреждения отчеты о проведенном внутреннем

контроле по учреждению в целом доводятся не реже, чем 1 раз в квартал.

Отчеты о проведенном внутреннем контроле по итогам прошедшего года хранятся в учреждении не менее 3 лет.

По результатам проведенного внутреннего контроля в учреждении планируются и реализуются мероприятия, направленные на устранение причин, вызвавших возникновение дефектов медицинской помощи, на повышение качества и эффективности оказываемой медицинской помощи:

- **организационные мероприятия** - проведение совещаний, конференций, инструктажей, издание приказов, инструкций, регламентов, совершенствование организационных технологий оказания медицинской помощи и другие;

- **образовательные мероприятия** - проведение клинических разборов, направление медицинских работников на повышение квалификации (в том числе внеплановое), научно-практические конференции, обеспечение медицинских работников современной медицинской литературой (в том числе через Интернет) и другие;

- **дисциплинарные мероприятия** - применение дисциплинарных взысканий в соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации и должностными инструкциями работников;

- **экономические мероприятия** - назначение стимулирующих выплат медицинским работникам;

- **мероприятия по совершенствованию материально-технической базы, информатизации учреждения;**

- **мероприятия по улучшению кадрового потенциала**

Данные мероприятия оформляются в **План мероприятий по управлению качеством медицинской помощи.**

Контроль за реализацией принятых управленческих решений по результатам внутреннего контроля осуществляется руководителем учреждения.

Порядок заполнения карты внутреннего контроля.

При заполнении данной карты внутреннего контроля качества медицинской помощи (далее - Карта) следует учитывать требования проекта приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации

«Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».

Карту заполняет заведующий отделением.

Данная Карта является универсальной (подходит и для медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, и для медицинских организаций, оказывающих первичную медицинскую помощь).

Для экономии Карту можно печатать с обеих сторон (формат одной Карты будет А5).

Приложение 1.а.
к порядку организации внутреннего
контроля качества и безопасности
медицинской деятельности

Карта внутреннего контроля качества медицинской помощи

Ист. болезни № _____ Отделение _____ Леч. врач _____
Дата поступления _____ Дата выписки _____ к/дней _____ код МКБ X _____
Ф.И.О. пациента _____ Возраст _____
Клинический диагноз: _____

Осложнение _____

Сопутствующий диагноз _____

№	Показатели	баллы	Зав. отд.	Зам. гл. вр.
А	Оценка диагностических мероприятий (ОДМ)	3		
	1. Объем и качество обследование (сбор жалоб, анамнеза, физикальный осмотр, консультац. специалистов, осмотр зав. отделением)	X	X	X
	Полный	1		
	Частичный, несвоевременный, избыточный, что не повлияло на исход заболевания	0,5		
	Неполный, несвоевременный, что повлекло за собой ухудшение состояние пациента	0		
	2. Объем лабораторных обследований в соответствии со стандартами	X	X	X
	Полный	1		
	Неполный, что не повлияло на исход заб., избыточный	0,5		
	Нет интерпретации лабораторных данных лечащим врачом, не выполнены контрольные анализы при выписке при имеющихся изменениях	0		
	3. Объем инструментальных обследований в соответствии со стандартами	X	X	X
	Полный	1		
	Частичный, несвоевременный, избыточный	0,5		
Не выполнен	0			
Б	Оценка полноты диагноза (ОПД)	2		
	1. Диагноз поставлен в соответствии с правилами классификации (фаза, стадия процесса, локализация, нарушение функции, сопутствующие заб. осложнения)	X	X	X
	Правильно	1		
	Не полностью сформулирован, нарушена структура диагноза, не отмечены сопутствующие заболевания	0,5		
	Не соответствует клинике, расхождение с патологоанатомическим диагнозом	0		
	2. Обоснование диагноза	X	X	X
	Полное, сданными клиническ. исследований	1		
Частично обоснован, нет плана ведения пациента, нет этапных эпикризов, неинформативные записи, нет осмотра зав. отделением	0,5			
Не обоснован	0			

В	Оценка лечебно-профилактических мероприятий (ОЛПМ)	4		
	1. Адекватность лечения по диагнозу	X	X	X
	Адекватное, своевременное	2		
	Неполное, избыточное (полипрогмазия), несвоевременно начато, необоснованное назначение препаратов	0,5		
	Не проведено лечение соп. заболеваний в стадии обострения, не соответствует стандартам	0		
	2. Сроки лечения	X	X	X
	Соответствуют стандартам	1		
	Необоснованно длительное лечение, длительный предоперац. период, более 25% от стандарта	0,5		
	Ранняя необоснованная выписка	0		
	3. Эффективность лечения (достижение результата)	X	X	X
	Достигнута (выздоровление, компенсация хр. процесса)	1		
	Частично достигнута	0,5		
	Не достигнута, не обоснованное пребывание в стационаре / направлен в стационар	0		
	Г	Преемственность этапов, сроки	0,5	
	Соблюдена/ы	0,5		
	Частично соблюдена/ы	0,25		
	Не соблюдена/ы	0		
Д	Оформление мед. документации	0,5		
	Соответствует принятым нормам	0,5		
	Небрежное оформление, неточность и разночтения в истории болезни, не принятые сокращения	0,25		
	Невозможность прочтения, утеряны анализы, не записаны заключения проведенных исследований и консультации специалистов	0		
	Сумма набранных баллов (макс 10)			
	Коэффициент качества медицинской помощи (сумма баллов/10)			

Дополнительно при наличии листка нетрудоспособности (Л. Н.)

Порядок выдачи ЛН (поставить «галочку»)

соблюден	частично соблюден	не соблюден	

Выявленные недостатки в оказании медицинской помощи:

Дата проведения: « ___ » _____ 201__ г.

Приложение № 1.2.
к Порядку организации внутреннего
контроля качества и безопасности
медицинской деятельности

1 уровень внутреннего контроля (данные по конкретному отделению)

с	по	20	г.
Мониторинг оценки качества медицинской помощи в отделении			
НАЗВАНИЕ ОТДЕЛЕНИЯ:			
Всего пролеченных пациентов			
законченных случаев			
Всего проверено медицинских карт на 1 уровне контроля			
% проверенных медицинских карт (от всего пролеченных пациентов)			
Общая сумма баллов по всем проверенным медицинским			
Средний коэффициент качества МП в абс. показателях (общая сумма баллов / всего проверено мед. карт / 10),			
Кол-во случаев с выявленными дефектами (указать число проверенных мед карт, в которых не набран максимальный балл по соответствующей группе показателей)			
А. Оценка диагностических мероприятий			
Б. Оценка полноты диагноза			
В. Оценка лечебно-профилактических мероприятий			
Г. Преимущество этапов, сроки оказания			
Д. Оформление документации			
Всего выдано листков нетрудоспособности:			
Оценка порядка выдачи листка нетрудоспособности:			
порядок соблюден, всего, %			
порядок частично соблюден, всего, %			
порядок не соблюден, всего, %			
Основные недостатки в оказании МП (кратко перечислить)			
1.			
2.			
3.			
4.			
Информация о принятых мерах по результату мониторинга:			
Мониторинг подготовлен:			
		<i>ФИО</i>	
заведующий отделением		<i>Должность</i>	
		<i>Телефон</i>	

Приложение 1.3.
к Порядку организации внутреннего
контроля качества и безопасности
медицинской деятельности

Журнал внутреннего контроля качества МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Начат		

ИНСТРУКЦИЯ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ФОРМЫ «ЖУРНАЛ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ»

При заполнении данного журнала используются данные из «Мониторинг оценки качества медицинской помощи в отделении», который составляется каждым заведующим отделения по итогу месяца по всем проверенным им медицинским картам.

В случае, если лицо, исполняющее II уровень контроля, проводит самостоятельную оценку медицинских карт, не оцененных заведующим отделением, заносятся цифры, увеличенные на сумму проверенных медицинских карт и выявленных дефектов.

В случае, если лицо, исполняющее II уровень контроля при самостоятельной проверки медицинской карты, ранее проверенной заведующим отделением, ставит баллы оценки ниже, учитываются более низкие.

В графе 1 «№ п/п» указывается порядковый номер внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Нумерация обнуляется с началом каждого календарного года.

В графе 2 «Проверяемый период (месяц), дата» указывается проверяемый месяц и дата проведения контроля качества в формате: чч/мм/гг.

В графе 3 «Структурное подразделение» указывается наименование структурного подразделения медицинского учреждения (отделение).

В графе 4 «Число пролеченных пациентов» указывается количество лиц, которым предоставлена медицинская помощь в анализируемом периоде (период указан в графе 2).

В графе 5 «Число законченных случаев» указывается количество законченных случаев лечения в анализируемом периоде (период указан в графе 2).

В графе 6 «Количество проверенных медицинских карт» указывается абсолютное число случаев оказания медицинской помощи, подвергнутых внутреннему контролю качества и процент от общего числа пролеченных больных, указанных в графе 4.

В графе 7 указывается общая сумма баллов, посчитанных по всем проверенным медицинским картам.

В графе 8 указываются дефекты, допущенные при проведении диагностических мероприятий, в том числе при сборе жалоб, анамнеза, объективном осмотре (цифра из «Мониторинг оценки качества медицинской помощи в отделении») из строчки.

В графе 9 указываются дефекты, допущенные при постановке, формулировке, обосновании диагноза.

В графе 10 указываются дефекты, допущенные при проведении лечебно-профилактических мероприятий, в том числе, при проведении оперативных вмешательств, оказании анестезиологического пособия, реанимационных мероприятий.

В графе 11 указываются дефекты по срокам оказания, преемственности и этапности оказания медицинской помощи.

В графе 12 указывается оценка оформления медицинской документации.

В графе 13 дается итоговая средняя оценка качества медицинской помощи с указанием общего среднего балла по структурному подразделению и ю (отделен и ю):

- качественно оказанная медицинская помощь - коэффициент качества 1,0 - 0,8;
- качественно оказанная медицинская помощь, сопровождающаяся единичными дефектами оказания медицинской помощи, которые не привели к ухудшению состояния здоровья пациента - коэффициент качества 0,7 - 0,6;
- некачественно оказанная медицинская помощь - коэффициент качества 0-0 5.3

**ПРОТОКОЛ
ЗАСЕДАНИЯ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ ПО ВНУТРЕННЕМУ КОНТРОЛЮ
КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

Дата: _____

Наименование учреждения Адрес учреждения

ПОВЕСТКА:

1. Комиссия в составе:

Председатель _____
(руководитель врачебной комиссии или его заместитель)

Члены _____

Приглашенные _____
(специалисты, представляющие материалы на комиссию, эксперты)

Секретарь комиссии _____

В присутствии:

Проверяемые лица _____

Руководители _____

2. Перечень рассмотренных вопросов:

Представлены материалы _____

(результаты служебного расследования, медицинская документация, объяснительные медицинского персонала, акты проверок, приказы и т.д.)

3. Комиссия решила:

(обоснование принятого решения)

4. Результаты голосования: _____

Председатель комиссии: _____
(подпись, расшифровка подписи)

Члены комиссии: _____
(подпись, расшифровка подписи)

Приложение 1.6.
к Порядку организации внутреннего
контроля качества и безопасности
медицинской деятельности

**Карта контроля соблюдения безопасных условий труда, требований по безопасному
применению и эксплуатации медицинских изделий**

1. Медицинская организация ГБУЗ РК «СГДКБ»
2. Структурное подразделение _____
3. Зав. структурным подразделением _____

	Баллы	Коэффициент Качества
1. Соблюдение требований охраны		
1.1. соответствует	1	
1.2. соответствует не в полном объеме	0,5	
1.3. не соответствует	0	
2. Соблюдение требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий и их утилизации:		
2.1. соответствует	1	
2.2. соответствует не в полном объеме	0,5	
2.3. не соответствует	0	
3. Обучение работников безопасным методам и приемам применения и эксплуатации медицинских изделий:		
3.1. проведено в соответствии с графиком обучения	1	
3.2. проводится, но график обучения не соблюдается	0,5	
3.3 обучение не проводится, график обучения отсутствует	0	

4. Состояние помещений, в которых хранятся лекарственные препараты, медицинские изделия или проводится их уничтожение (утилизация):		
4.1. соответствует нормативным требованиям	1	
4.2. соответствует нормативным требованиям не в полном объеме	0,5	
4.3. не соответствует нормативным требованиям	0	
5. Соблюдение требований по безопасности использования медицинских изделий, предусмотренных документацией производителя:		
5.1. соответствует требованиям	1	
5.2. соответствует требованиям не в полном объеме	0,5	
5.3. не соответствует требованиям	0	
6. Соблюдение требований к утилизации (уничтожению) медицинских изделий, предусмотренных технической и эксплуатационной документацией производителя:		
6.1. соответствует требованиям	1	
6.2. соответствует требованиям не в полном объеме	0,5	
6.3. не соответствует требованиям	0	
7. Выполнение правил в сфере обращения медицинских изделий:		
7.1. соответствует требованиям	1	
7.2. соответствует требованиям не в полном объеме	0,5	
7.3. не соответствует требованиям	0	

8. Информирование о побочных действиях, 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:		
8.1. информирование своевременно, в полном объеме	1	
8.2. информирование своевременно, не в полном объеме	0.5	
8.3. информирование отсутствует	0	
ИТОГО:	Средний балл	Средний балл
КОЭФФИЦИЕНТ КАЧЕСТВА		
ХОРОШО	1-0,8	
УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО	0,7-0,6	
НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО	0,5-0	

Внутренний контроль безопасности медицинской деятельности проводится ответственным работником медицинской организации, назначенным приказом главного врача медицинской организации.

Внутренний контроль безопасности медицинской деятельности проводил:

С результатами внутреннего контроля безопасности медицинской деятельности ознакомлен:

Должность

дата

Ф. И. О., подпись

Должность

дата

Ф. И. О., подпись

Приложение №1.8а
к Порядку организации внутреннего
контроля качества и безопасности
медицинской деятельности

ЖУРНАЛ

регистрации обращений граждан

(ГБУЗ РК «Симферопольская ГДКБ»)

Начат: « » _____ 201 г.

Окончен: « » _____ 201 г.

Приложение № 1.86
к Порядку организации внутреннего
контроля качества и безопасности
медицинской деятельности

Журнал обращения граждан

№ п/п	ФИО заявителя	№ моб. телефона, адрес электронной почты	Адрес места жительства	Наименование организации направившей обращение	Дата обращения	Дата регистрации обращения	Регистрационный номер обращения

ФИО работника, его должность, осуществляющего рассмотрение обращения	Краткое содержание обращения	Результат рассмотрения обращения	Дата регистрации ответа на обращение	Регистрационный номер ответа на обращение	Подпись работника осуществляющего рассмотрение обращения

Приложение № 1.9. а
к Порядку организации внутреннего
контроля качества и безопасности
медицинской деятельности

ЖУРНАЛ
личного приема граждан руководителем ГБУЗ РК «СГДКБ»

Начат: « ____ » _____ 201 ____ г.

Окончен: « ____ » _____ 201 ____ г.

Журнал личного приема граждан руководителем

№п/п	Дата и время обращения	Продолжительность приема	ФИО гражданина	№ моб. телефона, электронный адрес	Адрес места жительства пациента(указать)	Краткое содержание (повод) обращения

ФИО, должность лица, осуществляющего личный прием	Результаты рассмотрения устного обращения или письменного обращения, или гражданину рекомендовано обращение в иные организации, указать)	Согласие/Несогласие гражданина с результатом его обращения	Подпись гражданина, подтверждающая его согласие или несогласие	Подпись должностного лица, осуществляющего личный прием

Приложение 2
к приказу ГБУЗ РК «СГДКБ»
от _____ № _____

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К ОРГАНИЗАЦИИ ВНУТРЕННЕГО
КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

Содержание методических рекомендаций:

Положение о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности (приложение 2.1.);

Механизм реализации внутреннего контроля (приложением 2.2.);

Порядок рассмотрения обращений граждан (приложение 2.3.);

Положение о проведении анкетирования пациентов (приложение 2.4.).

Приложение 2.1.
к Методическим рекомендациям
к организации внутреннего контроля
качества и безопасности медицинской
деятельности

**ПОЛОЖЕНИЕ
О ВНУТРЕННЕМ КОНТРОЛЕ
КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
В ГБУЗ РК «СГДКБ»**

Общие положения.

1.1. Настоящее положение о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности (далее — внутренний контроль) в ГБУЗ РК «СГДКБ» (далее - Положение) разработано в соответствии с:

- Федеральным законом от 22 ноября 2011 № 323-ФЗ «Об Основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Законом Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей»;
- Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении правил предоставления медицинской организацией платных медицинских услуг»;
- Методическими рекомендациями «Управление качеством медицинской помощи в многопрофильном лечебно-профилактическом учреждении. Методические рекомендации N 2002/92», утв. Минздравом РФ 09.10.2002;
- Приказом Минздравсоцразвития России от 05.05.2012 № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации»;
- Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» от 15 июля 2016 г. N 520н;

1.2. Настоящее положение разработано с целью обеспечения прав граждан на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества в ГБУЗ РК «СГДКБ».

1.3. Основные понятия, используемые в данном положении:

Безопасность медицинской помощи - совокупность характеристик, отражающих безопасность используемых при оказании медицинской помощи медицинских услуг, ресурсов, в т.ч. кадровых и материально- технических, безопасность медицинских изделий, лекарственных средств, а также безопасность условий оказания медицинской помощи.

Дефекты медицинской помощи - действия или бездействие медицинского персонала, являющиеся несоответствием медицинской помощи (медицинской услуги) обязательным требованиям, предусмотренным законодательством; нарушением требований безопасности медицинской услуги; несоответствием медицинской помощи (услуги) целям, для которых данная медицинская помощь (услуга) обычно оказывается, выразившимся в причинении вреда жизни и здоровью пациентов; неоптимальным выбором технологии оказания медицинских услуг; нарушением правил оформления медицинской документации.

Законченный случай лечения - комплекс медицинских услуг, оказанных пациенту в медицинской организации с момента обращения до исхода лечения заболевания или завершения диагностических, профилактических, реабилитационных мероприятий.

Качество медицинской помощи - совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов

профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата.

Контроль качества медицинской помощи - определение соответствия оказанной медицинской помощи, установленным на данный период стандартам и современному уровню медицинской науки и технологий с учетом объективно имеющихся потребностей отдельных пациентов.

Лечащий врач - врач, на которого возложены функции по организации и непосредственному оказанию пациенту медицинской помощи в период наблюдения за ним и его лечения.

Медицинская деятельность - профессиональная деятельность по оказанию медицинской помощи, проведению медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий и профессиональная деятельность, связанная с трансплантацией (пересадкой) органов и (или) тканей, обращением донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях.

Медицинская помощь - комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг.

Медицинская услуга - медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение.

Пациент - физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния.

Порядок оказания медицинской помощи - это нормативно-правовой акт, утвержденный Министерством здравоохранения Российской Федерации, который содержит комплекс организационных мероприятий, разработанный по отдельным видам медицинской помощи, профилям, заболеваниям или состояниям (группам заболеваний или состояний), который включает в себя: этапы оказания медицинской помощи; правила организации деятельности медицинской организации (ее структурного подразделения, врача); стандарт оснащения медицинской организации, ее структурных подразделений; рекомендуемые штатные нормативы медицинской организации, ее структурных подразделений; иные положения исходя из особенностей оказания медицинской помощи.

Стандарт медицинской помощи - это нормативно-правовой акт, утвержденный Министерством здравоохранения Российской Федерации, разработанный в соответствии с номенклатурой медицинских услуг, который включает в себя усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения медицинских услуг; зарегистрированных на территории Российской Федерации лекарственных препаратов (с указанием средних доз) в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата и фармакотерапевтической группой по анатомо-терапевтическо- химической классификации, рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения; медицинских изделий, имплантируемых в организм человека; компонентов крови; видов лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания; иного исходя из особенностей заболевания (состояния).

Ятрогении (ятрогенные осложнения медицинской помощи) - любые нежелательные или неблагоприятные последствия профилактических, диагностических и терапевтических мероприятий, которые приводят к нарушениям функций организма, инвалидности или смерти (ВОЗ).

1.4. Целью внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (далее - внутренний контроль) является обеспечение прав пациентов на получение необходимого объема и надлежащего качества медицинской помощи в соответствии с установленными порядками оказания и стандартами медицинской помощи.

Объектом внутреннего контроля качества и безопасности медицинской

деятельности является медицинская помощь, представляющая собой комплекс профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, безопасность медицинских мероприятий, проводимых по определенным технологиям с целью достижения конечных результатов.

1.5. Внутренний контроль вводится в ГБУЗ РК «СГДКБ» для решения следующих задач:

- выявления дефектов в организации лечебно-диагностического процесса, факторов, повлекших за собой снижение качества оказания медицинской помощи, и установление причин их возникновения;
- выбора оптимальных управленческих решений и проведение мероприятий, направленных на предупреждение возникновения дефектов в организации и оказании медицинской помощи, повышение эффективности использования ресурсов медицинской организации, в том числе кадровых и материально-технических средств;
- предупреждения, выявления и пресечения нарушений требований безопасности условий труда, требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий и их утилизации (уничтожению);
- обеспечения надлежащего качества медицинской помощи в соответствии с установленными порядками оказания и стандартами медицинской помощи.

1.6. Система внутреннего контроля включает в себя:

- оценку состояния и использования кадровых и материально-технических ресурсов медицинской организации;
- оценку качества оказания медицинской помощи конкретным пациентам (стационар, поликлиника, дневной стационар) с использованием стандартов медицинской помощи и клинических протоколов;
- оценку качества лабораторно-диагностических исследований;
- выявление дефектов качества медицинской помощи на всех этапах оказания медицинской помощи;
- оценку соблюдения медицинскими работниками требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий и их уничтожению (утилизации);
- оценку соблюдения медицинскими работниками требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий и их уничтожению (утилизации);
- оценку деятельности медицинских работников, участвующих в
- определение показателей качества деятельности медицинских организаций;
- разработку мероприятий по повышению качества медицинской помощи.

1.7. Объемы внутреннего контроля качества медицинской деятельности в ГБУЗ РК «СГДКБ».

Объемы проведения внутреннего контроля определяются с учетом структуры, мощности структурных подразделений (отделений), объемов оказываемой медицинской помощи.

1.8. Внутренний контроль осуществляет:

- главный врач;
- врачебная комиссия;
- заместители руководителя медицинской организации в соответствии с распределением полномочий и должностными обязанностями;
- руководители структурных подразделений (отделений) организации в пределах установленных полномочий, в частности:
 - заведующая поликлиники;
 - заведующие стационарных отделений по профилям;
 - заведующая лабораторией;
 - иные работники и (или) комиссии, специальные структурные подразделения (отделения) медицинской организации, сформированными, в том числе на функциональной основе.

Организация и проведение внутреннего контроля осуществляется в рамках должностных регламентов сотрудников за счет финансовых средств медицинской организации.

Приказом главного врача из числа его заместителей назначается работник, ответственный за организацию и проведение внутреннего контроля в медицинской организации.

Для проведения внутреннего контроля могут привлекаться (по согласованию) главные внештатные специалисты Министерства здравоохранения Республики Крым, работники образовательных учреждений высшего и дополнительного профессионального образования, научно-исследовательских институтов, медицинских организаций.

При проведении внутреннего контроля не исключается возможность использования информационно-аналитических систем, отвечающих требованиям о защите персональных данных в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Медицинской организацией обеспечивается прохождение работниками, осуществляющими проведение внутреннего контроля, обучения в рамках программ дополнительного профессионального образования, включающих вопросы обеспечения, управления, контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Ответственность за организацию и состояние внутреннего контроля несет главный врач.

1.9. Результаты внутреннего контроля подлежат обязательному анализу.

1.10. По итогам проведенного внутреннего контроля в медицинской организации разрабатываются и реализуются мероприятия по управлению качеством медицинской помощи.

2. Внутренний контроль в части контроля качества медицинской помощи

2.1. **Объектом внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в части контроля качества медицинской деятельности (далее по тексту - внутренний контроль качества медицинской деятельности) является оценка соблюдения установленных порядков оказания и стандартов медицинской помощи, своевременность, эффективность и безопасность оказания медицинской помощи (оптимальность выбора медицинских технологий с учетом минимизации риска их применения, принятие адекватных мер профилактики ятрогенных осложнений, соблюдение правил хранения и применения лекарственных препаратов, расходных материалов, обеспечение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов в соответствии с санитарно-эпидемиологическими нормами и правилами, др.).**

2.2. Внутренний контроль качества медицинской деятельности осуществляется путем оценки конкретного законченного случая оказания медицинской помощи, совокупности случаев оказания медицинской помощи, отобранных по тематическому признаку, на основании анализа медицинской документации (медицинской карте стационарного больного, медицинской карте амбулаторного больного и др.), в частности:

- сбора жалоб, анамнеза, данных объективного осмотра;
- диагностических мероприятий;
- оформления и обоснования диагноза;
- лечебно-профилактических мероприятий, медицинской реабилитации;
- мероприятий медицинской экспертизы, медицинского освидетельствования;
- сроков оказания медицинской помощи;
- преемственности, этапности оказания медицинской помощи;
- результатов оказания медицинской помощи;
- оформления медицинской документации.

При необходимости может быть проведена очная экспертиза.

Внутренний контроль качества медицинской помощи, оказанной конкретному

пациенту, предусматривает сопоставление ее видов и объемов с утвержденными федеральными стандартами, протоколами ведения больных, другими нормативными правовыми документами, клиническими рекомендациями, формулярными статьями и другими источниками доказательной медицинской практики, которые, как правило, содержат унифицированный объем диагностических и лечебных мероприятий, а также требования к срокам и результатам лечения при конкретных нозологических формах болезней.

2.3. В ГБУЗ РК «СГДКБ» осуществляется трехуровневый внутренний контроль качества медицинской деятельности:

- контроль первого уровня
- контроль второго уровня
- контроль третьего уровня

Одновременно осуществляется самоконтроль лечащего врача.

2.4. Обязательные случаи проведения внутреннего контроля качества медицинской деятельности.

В амбулаторных условиях случаи:

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

В стационарных условиях случаи:

- летальных исходов;
- сопровождающиеся ятрогенными осложнениями, внутрибольничным инфицированием, нежелательными реакциями на применение лекарственных препаратов, неблагоприятными событиями, связанными с применением, хранением, обработкой, обслуживанием, утилизацией медицинских изделий;
- повторной госпитализации пациента по поводу одного и того же заболевания в течение трех месяцев, если госпитализация не была ранее запланирована;
- заболеваний с удлиненным или укороченным сроком лечения более чем на 50% от установленного стандартом медицинской помощи;
- расхождений заключительного клинического диагноза и патологоанатомического диагноза;
- расхождений клинического диагноза до и после проведения оперативного вмешательства;

- сопровождавшиеся жалобами граждан или их законных представителей на доступность и качество оказания медицинской помощи;
- выявления дефектов оказания медицинской помощи контролирующими органами и организациями.

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

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

2.5. Результаты внутреннего контроля качества медицинской деятельности фиксируются в «Карте внутреннего контроля качества медицинской помощи», «Журнале внутреннего контроля качества медицинской помощи», «Мониторинге оценки качества медицинской помощи в отделении».

3. Порядок организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в части контроля качества медицинской деятельности

3.1. Объектом внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в части контроля безопасности медицинской деятельности (далее по тексту - внутренний контроль безопасности медицинской деятельности) являются условия труда медицинских работников, применение и эксплуатация медицинских изделий, их утилизация (уничтожение), а также соблюдение установленных для медицинских и фармацевтических работников ограничений.

3.2. Безопасность медицинской деятельности включает в себя:

- обеспечение безопасности медицинских вмешательств и медицинских услуг;
- обеспечение безопасного обращения медицинских изделий;
- обеспечение безопасного обращения лекарственных средств;
- обеспечение инфекционной безопасности в медицинской организации;
- обеспечение безопасного обращения медицинских отходов;
- обеспечение надлежащего уровня подготовки и квалификации медицинских кадров;
- обеспечение безопасности при обработке персональных данных и работе с конфиденциальной информацией;
- обеспечение безопасных условий оказания медицинской помощи.

3.3. В ходе контроля за безопасностью условий труда, применением и эксплуатацией медицинских изделий, и их утилизацией (уничтожением) оценивается:

- соблюдение требований трудового законодательства и иных нормативных правовых актов, содержащих нормы трудового права;
- соблюдение государственных нормативных требований охраны труда: состояние рабочих мест; предоставление работникам, занятым на работах с вредными и (или) опасными условиями труда, компенсаций, установленных по результатам аттестации рабочих мест по условиям труда; обеспеченность работников средствами индивидуальной защиты,
- молоком или продуктами, его заменяющими, лечебно-профилактическим питанием;
- соблюдение требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий и их утилизации (уничтожению), в том числе обучение работников безопасным методам и приемам применения и эксплуатации медицинских изделий;
- соблюдение требований к состоянию помещений, в которых располагаются медицинские изделия или проводится их уничтожение (утилизация);

- соблюдение: требований безопасности медицинских изделий, предусмотренных технической и эксплуатационной документацией производителя; требований к утилизации (уничтожению) медицинских изделий, предусмотренных технической и эксплуатационной документацией

- производителя; правил в сфере обращения медицинских изделий, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации; обязанностей по сообщению сведений, указанных в части 3 статьи 96 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

3.4. Результаты внутреннего контроля безопасности медицинской деятельности фиксируются в «Карте контроля соблюдения безопасных условий труда, требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий» («Карте контроля безопасности медицинской деятельности медицинских работников скорой медицинской помощи»).

4. Заключительные положения

4.1. Работникам медицинской организации, ответственными за проведение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, по результатам контроля незамедлительно принимаются меры по пресечению нарушений требований к обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности, установленных законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан, в пределах их полномочий. Информация о принятых мерах доводится до сведения руководителя медицинской организации.

4.2. В целях проведения анализа внутреннего контроля администрацией ГБУЗ РК «СГДКБ» разрабатывается и утверждается план мероприятий по управлению качеством медицинской помощи.

Данный план разрабатывается в целях реализации мероприятий, направленных на оптимизацию организации оказания медицинской помощи и включает в себя следующие мероприятия:

1) организационные мероприятия - проведение совещаний, инструктажей, издание приказов, инструкций, совершенствование организационных технологий оказания медицинской помощи и др.;

2) образовательные мероприятия - проведение клинических разборов, патологоанатомических конференций, научно-практических конференций, направление медицинских работников на повышение квалификации (в том числе, внеплановое), обеспечение актуальной медицинской литературой, др.;

дисциплинарные меры - применение дисциплинарной ответственности в соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации;

3) административные меры;

4) мероприятия по совершенствованию материально-технической базы, информатизации медицинской организации;

5) мероприятия по развитию кадрового потенциала.

Приложение 2.2.
к Методическим рекомендациям
к организации внутреннего контроля
качества и безопасности медицинской
деятельности

ПРИМЕРНЫЙ МЕХАНИЗМ РЕАЛИЗАЦИИ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ

С целью разграничения должностей ответственных лиц по уровням контроля, следует заполнить схему организации внутреннего контроля (далее - Схема) по нижеуказанной форме:

№ п/п	Уровень контроля	Должность ответственного лица	Предмет контроля	Сроки проведения контроля	Вид отчетности

Под Схемой следует отдельным блоком указать полномочия, закрепленные за каждым уровнем контроля.

Вторым блоком следует указать порядок организации внутреннего контроля, т.е. порядок взаимодействия между уровнями контроля.

В третьем блоке следует указать механизм реагирования по результатам внутреннего контроля.

Приложение 2.3.
к Методическим рекомендациям
к организации внутреннего контроля
качества и безопасности медицинской
деятельности

ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ ОБРАЩЕНИЙ ГРАЖДАН В ГБУЗ РК «СГДКБ»

Рассмотрение обращений граждан в ГБУЗ РК «СГДКБ» проводится согласно Федеральному закону от 02.05.2006 № 59 «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации».

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

3.2. Граждане (заявители) могут обращаться с жалобами, заявлениями или предложениями по вопросам организации и оказания медицинской помощи к главному врачу, его заместителю или руководителю структурного подразделения (зав. отделения) лично или через своего законного представителя.

3.3. Рассмотрение обращений граждан осуществляется бесплатно.

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

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

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

- о фамилии, имени, отчестве, должности, номере кабинета, графике работы, телефоне должностных лиц медицинской организации, к которым могут обратиться граждане в случае возникновения претензий при оказании медицинской помощи;
- об адресах электронной почты и интернет-сайта;
- о графике личного приема граждан руководителем медицинской организации;
- об адресах и телефонах контролирующих органов, в т.ч. телефонов «горячих линий».

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

3.7. Делопроизводство по обращениям граждан ведется в медицинской организации отдельно от других видов делопроизводства. Ответственность за ведение делопроизводства по обращениям граждан определяется соответствующим приказом главного врача.

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

Срок хранения материалов ответа по обращениям граждан составляет 5 лет с даты регистрации обращения.

3.8. Учет обращений, поступивших в письменной форме или по электронной почте,

ведется в «Журнале регистрации обращений граждан».

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

В журнале регистрации обращений граждан фиксируются:

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

Все поступившие обращения граждан подлежат рассмотрению, за исключением анонимных обращений (обращений, не содержащих фамилии и адреса заявителя). Решение о направлении обращения на рассмотрение к конкретному работнику медицинской организации принимает руководитель в форме письменного поручения или приказа в срок, не превышающий трех дней с даты регистрации обращения.

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

3.12. Работник медицинской организации, получивший поручение главного врача о рассмотрении обращения, обязан обеспечить объективное, всестороннее и своевременное рассмотрение обращения.

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

Работник медицинской организации, получивший поручение руководителя о рассмотрении обращения, несет ответственность за объективное, всестороннее и своевременное рассмотрение обращения в соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации и должностной инструкцией.

3.13. При работе с обращениями граждан руководствоваться нормами законодательства о защите персональных данных и понятием «врачебная тайна».

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

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

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

бланке исходящего письма медицинской организации и подписываются руководителем. В случае подтверждения фактов, изложенных в жалобе, в ответе указываются меры, принятые к виновным работникам.

3.17. В случае, если обращение поступило в медицинскую организацию в письменной форме, ответ направляется на почтовый адрес, указанный в обращении. В случае если обращение поступило по электронной почте, ответ на обращение направляется на адрес электронной почты, указанный в обращении.

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

3.19. В случае если изложенные в устном обращении факты и обстоятельства являются очевидными и не требуют дополнительной проверки, ответ на обращение с согласия гражданина может быть дан устно в ходе личного приема, о чем делается запись в карточке личного приема гражданина. В остальных случаях дается письменный ответ по существу поставленных в обращении вопросов.

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

3.21. В случае несогласия заявителя с результатами рассмотрения его обращения, он может обратиться в вышестоящие инстанции или в суд.

3.22. Личный прием граждан руководитель медицинской организации проводит с периодичностью не реже 1 раза в неделю. При этом место, дни, часы личного приема граждан устанавливаются руководителем медицинской организации. Информация о личном приеме граждан фиксируется в журнале личного приема граждан (приложение № 3.2.3, 3.2.4).

3.23. Ответственным лицом за ведение журнала регистрации обращений граждан, за проведение личного приема руководителя, по проведению анализа поступивших обращений, сроки сдачи руководителю медицинской организации обобщенного анализа таких обращений (рекомендуется ежеквартально и по итогам года) по приказу руководителя медицинской организации назначается секретарь руководителя.

3.24. Анализ обращений граждан проводится один раз в квартал. Результаты анализа обращений граждан предоставляются руководителю.

3.25. В Министерство здравоохранения Республики Крым предоставляется сводный отчет по обращениям граждан, в том числе, личный приём граждан, один раз в полгода в срок до 20 числа месяца, следующего за отчетным периодом.

Приложение 2.4.
к примерному положению о
проведении анкетирования

**ПОЛОЖЕНИЕ
О ПРОВЕДЕНИИ АНКЕТИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ**

1. Положение о проведении анкетирования в ГБУЗ РК «СГДКБ» (далее - Положение) разработано в целях учета мнения пациентов об уровне оказания медицинской помощи.

2. Предмет анкетирования - удовлетворенность пациентов медицинской помощью. Под удовлетворенностью понимается степень реализации потребности и ожиданий пациента в отношении полученной медицинской помощи в медицинской организации.

3. Проведение анкетирования осуществляется ежеквартально.

Анкетный опрос пациентов проводится ежеквартально в первые 3-5 дней месяца, следующего за отчетным кварталом, во всех структурных подразделениях (отделениях) медицинской организации, участвующих в оказании медицинских услуг пациентам.

4. Исследование выборочное. Объем выборочной совокупности составляет не менее 50 случайно отобранных респондентов при каждом опросе (для обеспечения выборочной совокупности, составляющей малую статистическую группу). Респондентами являются лица, получающие медицинскую помощь.

Во избежание однотипных ответов, лица, привлекаемые к анкетному опросу, должны находиться в разных стационарных отделениях или иметь разных лечащих врачей.

5. Анкеты предлагают выписывающимся стационарным больным и амбулаторным пациентам, решившим проблему, послужившую причиной обращения («законченный случай») (приложения № 2.4.1, № 2.4.2).

6. Заполнение анкет для изучения удовлетворенности пациентов медицинской помощью в медицинской организации (далее - Анкета), форма которой утверждена приложением к настоящему Положению, осуществляется на добровольной основе всеми желающими пациентами медицинской организации.

7. Раздача и сбор анкет проводится специально выделенным в медицинской организации координатором (ответственным), назначаемым приказом руководителя медицинской организации.

Координатором организуется оповещение пациентов (на информационных стендах, на сайте медицинской организации) о предстоящем проведении анкетирования в медицинской организации, проводится информационно-разъяснительная работа с пациентами, отводится специальное место для заполнения анкет и устанавливается защищенный от несанкционированного доступа ящик для их сбора.

8. Респондентам должна быть гарантирована анонимность анкетирования: заполнение анкет в специально отведенном помещении, самостоятельное опускание анкеты в закрытый ящик, проведение опроса с помощью сотрудников медицинской организации, не участвующих в оказании медицинской помощи анкетированному лицу.

9. К раздаче анкет пациентам привлекаются медицинские работники, не участвующие непосредственно в лечебно-диагностическом процессе.

10. Формулировки вопросов в анкете должны быть четкими и доступными для понимания лицам без медицинского образования.

Размер шрифта, используемый в анкете, не должен быть меньше 12. Шрифт - Times New Roman.

11. Сводный отчет о результатах проведенного анкетирования в целом по медицинской организации предоставляется в Министерство здравоохранения Республики Крым один раз в полгода в срок до 20 числа месяца, следующего за отчетным периодом.

Приложение 2.4.1
к примерному положению
о проведении анкетирования

АНКЕТА

анализа удовлетворенности качеством предоставленных медицинских услуг в условиях стационара ГБУЗ РК «СГДКБ»

Удовлетворены ли Вы:

№п/п	ПОКАЗАТЕЛЬ	Удовлетворен	Частично	Не удовлетворен (указать чем)
1	Оснащенностью материально-бытовым оборудованием (пандусы, поручни, лифты, мебель др.)?			
2	Состоянием помещений стационара (потолки, стены, напольное покрытие, окна, проводка, сантехника)			
3	Условиями содержания в стационаре (наличие доступа к туалету, питьевой воде, качеством уборки помещений, качеством постельного белья, освещенность, температурный режим, режим тишины)?			
4	Питанием в стационаре			
5	Пребывания и обслуживанием в приемном отделении			
6	Информационным обеспечением (информационные стенды, сайт)			
7	Отношением медицинского персонала (вежливость, внимательность, ответы на вопросы по лечению)			
8	Действиями медицинского персонала, в случае, если требовалось обезболивание			

9. Сколько времени Вы ожидали предоставления медицинской помощи, в том числе оформление на госпитализацию, в приемном отделении?

До 30 мин От 30 мин до 1 часа Свыше 1 часа

10. Была ли у Вас необходимость приобретения лекарственных препаратов, необходимых для

Да, в Качестве Лучшей Альтернативы	Да, т.к. необходимых лекарственных средств не было наличии	Нет, нужные лекарства предоставлялись бесплатно	Не возникло Необходимости Приема лекарственных средств

лечения, за свои денежные средства?

11. Была ли у Вас необходимость во время пребывания в медицинском учреждении, дополнительного проведения диагностического исследования за свои денежные средства. Если да, указать какого именно. _____

12. Приходилось ли Вам благодарить (деньгами, подарками) медицинский персонал во время пребывания в стационаре?

Да

Нет

13. Кто был инициатором благодарения

Я сам(а)

Медицинский персонал

Мне подсказали

Дата заполнения анкеты « _____ » « _____ » 20 ____ г.

Благодарим Вас за участие в опросе!

АНКЕТА
**анализа удовлетворенности качеством предоставления медицинских услуг
в условиях амбулатории**

1) Срок ожидания приема у врача, к которому Вы записались, составил:

Меньше 5 дней	5 дней	7 дней	8-10 дней	Больше 10 дней

2) Срок ожидания направления на лабораторные исследования составил:

Меньше 5 дней	5 дней	7 дней	8-10 дней	Больше 10 дней

3) Срок ожидания направления на диагностические исследования (МРТ, КТ, др.)
составил, дней

До 15	15	От 16 до 20	От 21 до 30	От 31 до 60	Больше 60

4) Ожидали ли Вы приема в очереди?
Нет Очередь незначительная Очередь до 30 мин Очередь больше 30 мин

5) _____ Удовлетворены ли Вы работой
регистратуры (вежливость персонала, скорость обработки информации)?
Удовлетворен Частично удовлетворен Не удовлетворен

6) _____ Удовлетворены ли Вы условиями ожидания приема (наличие мест для сидения, доступность туалета, доступность питьевой воды, чистота помещения)?

Удовлетворен Частично удовлетворен Не удовлетворен

7) Удовлетворены ли Вы информационным обеспечением (информационные стенды
сайт) в данном учреждении?
Удовлетворен Частично Не удовлетворен не пользовался

8) Удовлетворены ли Вы обслуживанием участкового терапевта (вежливость,
внимательность, предоставление рекомендаций по лечению, разъяснение информации о
состоянии здоровья)?
Удовлетворен Частично Не удовлетворен

9) Удовлетворены ли Вы обслуживанием узкими специалистами (вежливость,
внимательность, предоставление рекомендаций по лечению, разъяснение информации о
состоянии здоровья, предоставление выписки)?
Удовлетворен Частично удовлетворен Не удовлетворен

10) _____ Оплачивали ли Вы из своих личных денежных средств какие-либо медицинские
услуги в данном медицинском учреждении?
Нет, не оплачивал Да, оплачивал, а именно _____

Данные по медицинской организации в целом (предоставляются в МЗ РК)	
<i>Мониторинг оценки качества медицинской помощи</i>	
<i>на основании приказа МЗ РК от 06.11.2015 № 1802 за 201 г.</i>	
<i>в ГБУЗ РК «СГДКБ»</i>	
Всего пролеченных пациентов	
Всего законченных случаев	
Всего проверено медицинских карт г	
% проверенных медицинских карт (от всего пролеченных пациентов)	
Общая сумма баллов (сумма баллов по всем проверенным зав. отделениями мед картам)	
Средний коэффициент качества МП в абс. показателях (общая сумма баллов / всего проверено мед карт /10), округление - два знака после зпт.	
Кол-во случаев с выявленными дефектами (указать число проверенных мед карт по всем отделениям, в которых не набран максимальный балл по соответствующей группе показателей)	
А. Оценка диагностических мероприятий	
Б. Оценка полноты диагноза	
В. Оценка лечебно-профилактических мероприятий	
Г. Преимущество этапов, сроки оказания	
Д. Оформление документации	
Всего выдано листков нетрудоспособности по всем отделениям:	
Оценка порядка выдачи листка нетрудоспособности:	
порядок соблюден, всего, %	
порядок частично соблюден, всего, %	
порядок не соблюден, всего, %	
Основные недостатки в оказании МП (кратко перечислить)	
1.	
2.	
3.	
4.	
Информация о принятых мерах по результату мониторинга:	
Мониторинг подготовлен:	
	<i>ФИО</i>
заместитель главного врача ...	<i>Должность</i>
	<i>Телефон</i>

Основание - Приказ Министерства здравоохранения Республики Крым «Об утверждении порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности в Республике Крым» №928 от 01.07.2015г.

**Сводный отчет по работе с обращениями граждан
в ГБУЗ РК «СГДКБ» за _____ 20__ год**

Всего зафиксировано обращений граждан	
Из них	
Обоснованных	
Личный прием	
Основные темы обращений граждан	
Предпринятые меры реагирования на отдельные обращения граждан	

Отчет составил:

Должность _____ дата _____
 Контактный телефон: _____

Ф. И. О., подпись

Отчет предоставляется в Министерство здравоохранения Республики Крым по итогам полугодия в срок до 20 числа месяца, следующего за отчетным периодом.

Основание - Приказ Министерства здравоохранения Республики Крым «Об утверждении порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности в Республике Крым» № 928 от 01.07.2015г.

**Сводный отчет о результатах анкетирования в ГБУЗ РК
«СГДКБ» за _____ - _____ 20__ года**

Всего подразделений (отделений) в
учреждении: _____

Количество подразделений (отделений), в которых проведено одно анкетирование за
отчетный
период: _____

Количество подразделений (отделений), в которых проведено два анкетирования за
отчетный период: _____

Общее количество респондентов по
стационару: _____

Общее количество респондентов по
амбулатории: _____

Основные жалобы/неудовлетворенность пациентов
стационара: _____

Основные жалобы/неудовлетворенность пациентов амбулатории: _____

Отчет составил(а):

Должность _____ дата _____
Контактный телефон: _____

Ф. И. О., подпись

Отчет предоставляется а Министерство Здравоохранения Республики Крым по итогам
полугодия в срок до 20 числа месяца!, следующего за отчетным периодом.