

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КРЫМ
«РЕСПУБЛИКАНСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ
БОЛЬНИЦА ИМ. Н.А. СЕМАШКО»**

ПРИКАЗ

14.02.2022

г. Симферополь

№ 146

Об утверждении Положения о порядке организации и проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности

Руководствуясь требованиями закона Российской Федерации от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07.06.2019г. №381Н «Об утверждении требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности», приказа Министерства здравоохранения Республики Крым от 15.02.2020г. №373 «Об утверждении плана мероприятий («дорожная карта») по внедрению приказа Минздрава России от 07.06.2019г. №381Н»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

1.1. Положение о порядке организации и проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Республики Крым «Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко» (далее Положение) (Приложение №1).

1.2. Форму журнала учета контроля качества и безопасности медицинской деятельности (Приложение №2).

1.3. Форму Плана проверок по контролю качества и безопасности медицинской деятельности (Приложение №3).

1.4. Форму Отчета по результатам проверок по контролю качества и безопасности медицинской деятельности (Приложение №4).

1.5. Форму Сводного отчета о состоянии качества и безопасности медицинской деятельности (Приложение №5).

1.6. Форму Акта контроля качества медицинской помощи в амбулаторных условиях (Приложение №6).

1.7. Форму Акта контроля качества медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара (Приложение №7).

1.8. Отчет СВК о проведенном входном аудите состояния имеющейся системы ВКК и БМД и план реализации рекомендаций по совершенствованию локально-нормативных документов по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности (Приложение №8).

1.9. График проведения проверок структурных подразделений и отделений в 2020 год. (Приложение №9).

2. Назначить ответственными лицами за проведение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности по своим направлениям согласно приложению №1.

2.1. Начальник управления по клинико-экспертной работе – руководитель Службы ВКК и БМД;

2.2. Заместители главного врача:

- по медицинской части;
- по хирургической помощи;
- по амбулаторно-поликлинической работе;
- по регионально сосудистому центру;
- по безопасности;
- по кадровым вопросам.

2.3. Заведующие структурными подразделениями:

- Кардиологический диспансер;
- Перинатальный центр;
- Диагностический центр;
- Медицинский офтальмологический центр.

2.4. Заведующие отделениями.

2.5. Заведующие отделами:

- ОМС и КЭР;
- ВКК и АМЭД;
- АСУ;
- юридического.

2.6. Врач-эпидемиолог.

2.7. Главная медицинская сестра.

2.8. Заведующая аптекой.

3. Начальнику отдела кадров Казакову Д.О.:

3.1. Внести дополнения в должностные инструкции ответственных лиц за организацию работы по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности (п.2 данного приказа).

3.2. Ознакомить ответственных лиц за организацию работы по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности, врачей Больницы с соответствующими дополнениями в должностные инструкции под роспись.

Срок до 15.03.2020г

4. Руководителю Службы по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности Колисниченко А.И.:

4.1. Организовать ознакомление с Положением всех медицинских работников Больницы под роспись в листе ознакомления (Приложение №14).

Срок до 01.04.2020г.

4.2. Разработать контрольные вопросы (чек-лист) для проведения проверок организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко».

Срок до 15.03.2020г.

4.3. Обеспечить:

- ежеквартальную подготовку и представление на рассмотрение в срок не позднее чем к 15-му числу первого месяца квартала, следующего за отчетным, Отчета по результатам проверок по контролю качества и безопасности медицинской деятельности в соответствии с утвержденной формой;

- подготовку и представление на рассмотрение каждые полгода, а также по итогам года, в срок не позднее чем к 15-му числу первого месяца полугодия и года, следующего за отчетным, Сводного отчета о состоянии качества и безопасности медицинской деятельности в соответствии с утвержденной формой;

- подготовку и представление на утверждение в срок не позднее чем за 10 дней до начала каждого следующего года Плана проверок по контролю качества и безопасности медицинской деятельности в соответствии с утвержденной формой, предусмотрев в указанном Плане проведения проверок не реже 1-го раза в квартал, в определении предмета проверок в соответствии с разделом 3 утвержденного Положения.

5. Руководителю Службой по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности и ответственным лицам Больницы, указанным в п.2 настоящего приказа, организовать работу по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности в соответствии с утвержденным Положением в ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко».

Срок до 01.04.2020г.

6. Контроль за выполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Главный врач

А.И. Остапенко

**Журнал учета контроля качества и безопасности медицинской
деятельности 2020г.**

№ п/п	Дата контроля	ФИО лечащего врача/ наименование СП, отделения	ФИО пациента	Адрес пациента	Пол, возраст	Диагноз (основной, сопутствующий)	Вид контроля (плановый, целевой, при целевом контроле указать основание его проведения в соответствии с Положением – жалоба, др.)
1	2	3	4	5	6	7	8
1							
2							

Сроки лечения	Оценка качества ведения медицинской документации	Соблюдение установленного порядка оказания медицинской помощи	Соблюдение стандарта медицинской помощи клинической рекомендации	Выявленные несоответствия критерии оценки качества медицинской помощи, утвержденным Минздравом РФ
9	10	11	12	13
1				
2				

Несоответствие установленным Показателям, оценка которых выполняется, при осуществлении плановых и целевых (внеплановых) проверок, осуществляемых в рамках внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности	В данной графе указывается предмет проверки, который не указан в остальных графах, но являлся предметом проверки в соответствии с планом проверок (например, соблюдение прав граждан или иное)	Подпись лица, осуществляющего контроль
14	15	16

Примечание: строки соответствующих граф заполняются в произвольной форме лицом, проводившим контроль. Если какие-либо позиции не оценивались, то данные графы не заполняются.

**План проверок
по контролю качества и безопасности медицинской деятельности**

Проверки в 1-м квартале 2020г.

№	Перечень проверяемых вопросов	Срок (проверки не превышает 10 дней)	Ответственные
1	2	3	4
<i>Проверки на 1 этапе контроля</i>			
1	Проверка применения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи	Не реже 1 раза в месяц	Заведующие структурных подразделений и отделений
2	Проверка соответствия оказываемой медицинскими работниками медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи	Не реже 1 раза в месяц	
<i>Проверки на 2-м этапе контроля</i>			
1	Проверка применения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи	Не реже 1 раза в месяц	Заместители главного врача
2	Проверка соответствия оказываемой медицинскими работниками медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи, а также рассмотрение причин несоответствия качества оказываемой медицинской помощи указанным критериям;	Не реже 1 раза в месяц	
3	Проверка результатов мероприятий по повышению качества и безопасности медицинской деятельности на 1-м этапе контроля.	Последняя неделя каждого месяца	
<i>Проверки на 3-м этапе контроля (Врачебная комиссия – далее ВК)</i>			
1	Проверка применения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи	На заседаниях ВК в рамках вопросов, рассматриваемых по плану ВК	Руководитель СВК
2	Проверка соответствия оказываемой медицинскими работниками медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи, а также рассмотрение причин несоответствия качества оказываемой медицинской помощи указанным критериям	На заседаниях ВК в рамках вопросов, рассматриваемых по плану ВК	
3	Проверка результатов мероприятий по повышению качества и безопасности медицинской деятельности на 1-м и 2-м этапах контроля.	1 раз в квартал	

Проверки во 2-м квартале 2020г.

№	Перечень проверяемых вопросов	Срок (проверки не превышает 10 дней)	Ответственные
<i>Проверки на 1 этапе контроля</i>			
1	Проверка соблюдения прав граждан в сфере охраны здоровья при осуществлении медицинской деятельности	Не реже 1 раза в месяц	Заведующие структурных подразделений, отделений и отделов
2	Проверка применения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи	Не реже 1 раза в месяц	
3	Проверка соответствия оказываемой медицинскими работниками медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи	Не реже 1 раза в месяц	
4	Проверка результатов мероприятий по повышению качества и безопасности медицинской деятельности	Последняя неделя каждого месяца	
<i>Проверки на 2-м этапе контроля</i>			
1	Проверка соблюдения прав граждан в сфере охраны здоровья при осуществлении медицинской деятельности	Не реже 1 раза в месяц	Заместители главного врача
2	Проверка применения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи	Не реже 1 раза в месяц	
3	Проверка соответствия оказываемой медицинскими работниками медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи, а также рассмотрение причин несоответствия качества оказываемой медицинской помощи указанным критериям;	Не реже 1 раза в месяц	
4	Проверка результатов мероприятий по повышению качества и безопасности медицинской деятельности на 1-м этапе контроля.	Не реже 1 раза в месяц	
<i>Проверки на 3-м этапе контроля (Врачебная комиссия – далее ВК)</i>			
1	Проверка соблюдения прав граждан в сфере охраны здоровья при осуществлении медицинской деятельности	На заседаниях ВК в рамках вопросов, рассматриваемых по плану ВК	Руководитель СВК
2	Проверка применения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи	На заседаниях ВК в рамках вопросов, рассматриваемых по плану ВК	
3	Проверка соответствия оказываемой медицинскими работниками медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи, а также рассмотрение причин несоответствия качества оказываемой медицинской помощи указанным критериям	На заседаниях ВК в рамках вопросов, рассматриваемых по плану ВК	
4	Проверка результатов мероприятий по повышению качества и безопасности медицинской деятельности на 1-м и 2-м этапах контроля.	1 раз в квартал	

Проверки в 3-м квартале 2020г.

№	Перечень проверяемых вопросов	Срок (проверки не превышает 10 дней)	Ответственные
<i>Проверки на 1 этапе контроля</i>			
1	Проверка применения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи	Не реже 1 раза в месяц	Заведующие структурных подразделений, отделений и отделов
2	Проверка соблюдения порядков проведения медицинских экспертиз, диспансеризации, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований	Не реже 1 раза в месяц	
3	Проверка соответствия оказываемой медицинскими работниками медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи	Не реже 1 раза в месяц	
4	Проверка результатов мероприятий по повышению качества и безопасности медицинской деятельности	Последняя неделя каждого месяца	
<i>Проверки на 2-м этапе контроля</i>			
1	Проверка применения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи	Не реже 1 раза в месяц	Заместители главного врача
2	Проверка соблюдения порядков проведения медицинских экспертиз, диспансеризации, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований	Не реже 1 раза в месяц	
3	Проверка соответствия оказываемой медицинскими работниками медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи, а также рассмотрение причин несоответствия качества оказываемой медицинской помощи указанным критериям;	Не реже 1 раза в месяц	
4	Проверка результатов мероприятий по повышению качества и безопасности медицинской деятельности на 1-м этапе контроля.	Не реже 1 раза в месяц	
<i>Проверки на 3-м этапе контроля (Врачебная комиссия – далее ВК)</i>			
1	Проверка применения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи	На заседаниях ВК в рамках вопросов, рассматриваемых по плану ВК	Руководитель СВК
2	Проверка соблюдения порядков проведения медицинских экспертиз, диспансеризации, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований	На заседаниях ВК в рамках вопросов, рассматриваемых по плану ВК	
3	Проверка соответствия оказываемой медицинскими работниками медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи, а также рассмотрение причин несоответствия качества оказываемой медицинской помощи указанным критериям	На заседаниях ВК в рамках вопросов, рассматриваемых по плану ВК	
4	Проверка результатов мероприятий по повышению качества и безопасности медицинской деятельности на 1-м и 2-м этапах контроля.	Не реже 1 раза в квартал	

Проверки в 4-м квартале 2020г.

№	Перечень проверяемых вопросов	Срок (проверки не превышает 10 дней)	Ответственные
<i>Проверки на 1 этапе контроля</i>			
1	Проверка применения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи	Не реже 1 раза в месяц	Заведующие структурных подразделений, отделений и отделов
2	Проверка соблюдения медицинскими работниками ограничений, применяемых к ним при осуществлении профессиональной деятельности в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;	Не реже 1 раза в месяц	
3	Проверка соответствия оказываемой медицинскими работниками медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи	Не реже 1 раза в месяц	
4	Проверка результатов мероприятий по повышению качества и безопасности медицинской деятельности	Последняя неделя каждого месяца	
<i>Проверки на 2-м этапе контроля</i>			
1	Проверка применения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи	Не реже 1 раза в месяц	Заместители главного врача
2	Проверка соблюдения медицинскими работниками ограничений, применяемых к ним при осуществлении профессиональной деятельности в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;	Не реже 1 раза в месяц	
3	Проверка соответствия оказываемой медицинскими работниками медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи, а также рассмотрение причин несоответствия качества оказываемой медицинской помощи указанным критериям;	Не реже 1 раза в месяц	
4	Проверка результатов мероприятий по повышению качества и безопасности медицинской деятельности на 1-м этапе контроля.	Не реже 1 раза в месяц	
5	Проверка результатов мероприятий по повышению качества и безопасности медицинской деятельности на 1-м этапе контроля.	Не реже 1 раза в месяц	

<i>Проверки на 3-м этапе контроля (Врачебная комиссия – далее ВК)</i>		
1	Проверка применения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи	На заседаниях ВК в рамках вопросов, рассматриваемых по плану ВК
2	Проверка соблюдения порядков проведения медицинских экспертиз, диспансеризации, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований	На заседаниях ВК в рамках вопросов, рассматриваемых по плану ВК
3	Проверка соблюдения медицинскими работниками ограничений, применяемых к ним при осуществлении профессиональной деятельности в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»: рассмотрение состояния этой работы на заседании Врачебной комиссии	1 раз в квартал
4	Проверка соответствия оказываемой медицинскими работниками медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи, а также рассмотрение причин несоответствия качества оказываемой медицинской помощи указанным критериям	На заседаниях ВК в рамках вопросов, рассматриваемых по плану ВК
5	Проверка результатов мероприятий по повышению качества и безопасности медицинской деятельности на 1-м и 2-м этапах контроля.	1 раз в квартал

Руководитель
СВК

Примечание

Предметом проверки по каждому вопросу является или может являться конкретный случай(и) оказания медицинской помощи, те или иные аспекты её организации, медицинская документация, медицинский(ие) работник(и) и/или его(их) действия, бездействие.

**Отчет
по результатам проверок по контролю качества и безопасности
медицинской деятельности
за квартал 2020г.**

Вопросы, по которым проведена проверка	Количество нарушений выявленных на 1-м этапе контроля	Количество нарушений выявленных на 2-м этапе контроля	Количество нарушений выявленных на 3-м этапе контроля
Проверка соблюдения прав граждан в сфере охраны здоровья при осуществлении медицинской деятельности			
Проверка применения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи			
Проверка соблюдения порядков проведения медицинских экспертиз, диспансеризации, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований			
Проверка соблюдения медицинскими работниками ограничений, применяемых к ним при осуществлении профессиональной деятельности в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»			
Оценка выполнения показателей, предусмотренных Положением о порядке организации и проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко», в зависимости от вида медицинской организации, видов, условий и форм оказания медицинской помощи, перечня работ (услуг), указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности			
Проверка соответствия оказываемой медицинскими работниками медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи.			
Проверка результатов мероприятий по повышению качества и безопасности медицинской деятельности			

**Предложения
по выработке мероприятий по устранению выявленных
нарушений и улучшению деятельности медицинской организации и
медицинских работников**

(нужное подчеркнуть, необходимую информацию вписать)

1. Проведение совещания (разбора, конференции) по выявленным нарушениям (указать по какому конкретно вопросу, с кем, где и когда)

2. Подготовка и издание необходимого локального нормативного акта (указать по какому конкретно вопросу, кто должен подготовить и когда)

3. Наложение дисциплинарного(ых) взыскания(ий) в соответствии с трудовым законодательством (указать конкретных лиц и за что)

4. Направить медицинских работников на повышение квалификации (указать конкретных лиц и в связи с чем)

5. Меры морального поощрения и/или материального стимулирования медицинских работников (указать конкретных лиц и за что)

6. Мероприятия по совершенствованию материально-технической базы медицинской организации (указать, что именно необходимо сделать)

7. Иные мероприятия, направленные на совершенствование качества и безопасности медицинской деятельности (указать, что именно необходимо сделать)

**Сводный отчёт
о состоянии качества и безопасности медицинской деятельности
за ___ полугодие/год 20 ___ г.**

Состояние качества и безопасности медицинской деятельности	Количество выявленных нарушений и их динамика («+» или «-» в %) по отношению к предыдущему полугодью/году
Соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья при осуществлении медицинской деятельности	
Применение порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи	
Соблюдение порядков проведения медицинских экспертиз, диспансеризации, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований	
Соблюдение медицинскими работниками ограничений, применяемых к ним при осуществлении профессиональной деятельности в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»	
Соответствие оказываемой медицинскими работниками медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи	
Оценка выполнения показателей, предусмотренных Положением о порядке организации и проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации, в зависимости от вида медицинской организации, видов, условий и форм оказания медицинской помощи, перечня работ (услуг), указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности	

**Информация о проведённых мероприятиях по повышению качества
и безопасности медицинской деятельности**
(нужное подчеркнуть, необходимую информацию вписать)

1. Проведение совещания (разбора, конференции) по выявленным нарушениям (указать по какому конкретно вопросу, с кем, где и когда)

2. Подготовка и издание необходимого локального нормативного акта (указать по какому конкретно вопросу и когда)

3. Наложение дисциплинарного(ых) взыскания(ий) в соответствии с трудовым законодательством (указать конкретных лиц и за что)

4. Направление медицинских работников на повышение квалификации (указать конкретных лиц)

5. Меры морального поощрения и/или материального стимулирования медицинских работников (указать конкретных лиц и принятые меры)

6. Мероприятия по совершенствованию материально-технической базы медицинской организации (указать, что было сделано)

7. Иные мероприятия, направленные на совершенствование качества и безопасности медицинской деятельности (указать, что было сделано)

Акт
контроля качества медицинской помощи в амбулаторных условиях
от « » 2020г.

(контроль проводится на предмет определения соответствия оказанной медицинской помощи, критериям оценки качества медицинской помощи, установленными уполномоченным федеральным органом исполнительной власти)

ФИО пациента _____

Адрес _____

Пол _____

Диагноз (основной, сопутствующий) _____

Сроки оказания медицинской помощи (лечения) _____

ФИО лечащего врача _____

1. Ведение медицинской документации - медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях:

-заполнение всех разделов, предусмотренных амбулаторной картой

(Выполнено или не выполнено, при невыполнении указать выявленные дефекты)

-наличие информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство

(Имеется или не имеется согласие)

2. Первичный осмотр пациента и сроки оказания медицинской помощи:

-оформление результатов первичного осмотра, включая данные анамнеза заболевания, записью в амбулаторной карте;

(Выполнено или не выполнено, при невыполнении указать выявленные дефекты)

3. Установление предварительного диагноза лечащим врачом в ходе первичного приема пациента;

(Выполнено или не выполнено, при невыполнении указать выявленные дефекты)

4.Формирование плана обследования пациента при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза;

(Выполнено или не выполнено, при невыполнении указать выявленные дефекты)

5.Формирование плана лечения при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза, клинических проявлений заболевания, тяжести заболевания или состояния пациента;

(Выполнено или не выполнено, при невыполнении указать выявленные дефекты)

6.Назначение лекарственных препаратов для медицинского применения с учетом инструкций по применению лекарственных препаратов, возраста пациента, пола пациента, тяжести заболевания, наличия осложнений основного заболевания (состояния) и сопутствующих заболеваний;

(Выполнено или не выполнено, при невыполнении указать выявленные дефекты)

7.Установление клинического диагноза на основании данных анамнеза, осмотра, данных лабораторных, инструментальных и иных методов исследования, результатов консультаций врачей-специалистов, предусмотренных стандартами медицинской помощи, а также клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи (далее - клинические рекомендации):

- оформление обоснования клинического диагноза соответствующей записью в амбулаторной карте;

(Выполнено или не выполнено, при невыполнении указать выявленные дефекты)

- установление клинического диагноза в течение 10 дней с момента обращения;

(Выполнено или не выполнено, при невыполнении указать выявленные дефекты)

-проведение при затруднении установления клинического диагноза консилиума врачей

(Выполнено или не выполнено)

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

(Выполнено или не выполнено, при невыполнении указать выявленные дефекты)

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

(Выполнено или не выполнено, при невыполнении указать выявленные дефекты)

10. Назначение и выписывание лекарственных препаратов в соответствии с установленным порядком:

- оформление протокола решения врачебной комиссии медицинской организации (в тех случаях, когда такое решение должно быть оформлено):

(Выполнено или не выполнено, при невыполнении указать выявленные дефекты)

- внесение записи в амбулаторную карту при назначении лекарственных препаратов для медицинского применения и применении медицинских изделий по решению врачебной комиссии медицинской организации

(Выполнено или не выполнено, при невыполнении указать выявленные дефекты)

11. Проведение экспертизы временной нетрудоспособности в установленном порядке

(Выполнено или не выполнено, при невыполнении указать выявленные дефекты)

12. Осуществление диспансерного наблюдения в установленном порядке с соблюдением периодичности обследования и длительности диспансерного наблюдения;

(Выполнено или не выполнено, при невыполнении указать выявленные дефекты)

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

(Выполнено или не выполнено, при невыполнении указать выявленные дефекты)

14. Соблюдение критериев качества по группам заболеваний (состояний) в соответствии с критериями оценки качества медицинской помощи, утверждёнными Приказом МЗ РФ от 10 мая 2017 г. № 203н.

(Выполнено или не выполнено, при невыполнении указать выявленные дефекты)

Должность, ФИО и подпись лица,
осуществляющего контроль качества
медицинской помощи _____

(Выполнено или не выполнено, при невыполнении указать выявленные дефекты)

4.Формирование плана обследования пациента при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза;

(Выполнено или не выполнено, при невыполнении указать выявленные дефекты)

5.Формирование плана лечения при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза, клинических проявлений заболевания, тяжести заболевания или состояния пациента, лабораторных и инструментальных методов исследования (при наличии);

(Выполнено или не выполнено, при невыполнении указать выявленные дефекты)

6.Назначение лекарственных препаратов с учетом инструкций по применению лекарственных препаратов, возраста пациента, пола пациента, тяжести заболевания, наличия осложнений основного заболевания (состояния) и сопутствующих заболеваний;

(Выполнено или не выполнено, при невыполнении указать выявленные дефекты)

7.Указание в плане лечения метода (объема) хирургического вмешательства при заболевании (состоянии) и наличии медицинских показаний, требующих хирургических методов лечения и (или) диагностики;

(Выполнено или не выполнено, при невыполнении указать выявленные дефекты)

8.Установление клинического диагноза на основании данных анамнеза, осмотра, данных лабораторных и инструментальных методов обследования, результатов консультаций врачей-специалистов, предусмотренных стандартами медицинской помощи, а также клинических рекомендаций:

- установление клинического диагноза в течение 72 часов с момента поступления пациента в профильное отделение (дневной стационар) медицинской организации;

(Выполнено или не выполнено, при невыполнении указать выявленные дефекты)

-установление клинического диагноза при поступлении пациента по экстренным показаниям не позднее 24 часов с момента поступления пациента в профильное отделение;

(Выполнено или не выполнено, при невыполнении указать выявленные дефекты)

9.Внесение в стационарную карту в случае особенностей течения заболевания, требующих дополнительных сложных и длительно проводимых методов исследований, соответствующей записи, заверенной подписью заведующего профильным отделением (дневным стационаром):

(Выполнено или не выполнено, при невыполнении указать выявленные дефекты)

-принятие решения о необходимости проведения дополнительных исследований вне данной медицинской организации врачебной комиссией медицинской организации с оформлением протокола и внесением в стационарную карту;

(Выполнено или не выполнено, при невыполнении указать выявленные дефекты)

- принятие при затруднении установления клинического диагноза и (или) выбора метода лечения решения консилиумом врачей с оформлением протокола и внесением в стационарную карту;

(Выполнено или не выполнено, при невыполнении указать выявленные дефекты)

- оформление обоснования клинического диагноза соответствующей записью в стационарной карте, подписанного лечащим врачом и заведующим профильным отделением (дневным стационаром);

(Выполнено или не выполнено, при невыполнении указать выявленные дефекты)

10.Проведение в обязательном порядке осмотра заведующим профильным отделением (дневным стационаром) в течение 48 часов (рабочие дни) с момента поступления пациента в профильное отделение (дневной стационар) медицинской организации, далее по необходимости, но не реже 1 раза в неделю, с внесением в стационарную карту соответствующей записи, подписанной заведующим профильным отделением (дневным стационаром);

(Выполнено или не выполнено, при невыполнении указать выявленные дефекты)

11.Проведение коррекции плана обследования и плана лечения с учетом клинического диагноза, состояния пациента, особенностей течения заболевания, наличия сопутствующих заболеваний, осложнений заболевания и результатов проводимого лечения:

- проведение коррекции плана обследования и плана лечения по результатам осмотра лечащего врача профильного отделения (дневного стационара., осмотра заведующим профильным отделением (дневным стационаре) после установления клинического диагноза;

(Выполнено или не выполнено, при невыполнении указать выявленные дефекты)

- проведение коррекции плана обследования и плана лечения по результатам осмотра лечащего врача профильного отделения (дневного стационара), осмотра заведующим профильным отделением (дневным стационаром) при изменении степени тяжести состояния пациента;

(Выполнено или не выполнено, при невыполнении указать выявленные дефекты)

12. Назначение лекарственных препаратов, не включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения и перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, врачебной комиссией медицинской организации, с оформлением решения протоколом с внесением в стационарную карту;

(Выполнено или не выполнено, при невыполнении указать выявленные дефекты)

13. Осуществление при наличии медицинских показаний перевода пациента в другое профильное отделение внутри медицинской организации с принятием решения о переводе заведующими соответствующими структурным подразделением (из которого переводится пациент и в которое переводится пациент) с внесением соответствующей записи в стационарную карту;

(Выполнено или не выполнено, при невыполнении указать выявленные дефекты)

14. Осуществление при наличии медицинских показаний перевода пациента в другую медицинскую организацию, имеющую оборудование в соответствии со стандартом оснащения и кадры в соответствии с рекомендуемыми штатными нормативами, утвержденными соответствующими порядками оказания медицинской помощи по профилям или группам заболеваний, с принятием решения о переводе врачебной комиссией медицинской организации, из которой переводится пациент (с оформлением протокола и внесением в стационарную карту), и согласованием с руководителем медицинской организации, в которую переводится пациент;

(Выполнено или не выполнено, при невыполнении указать выявленные дефекты)

15. Проведение экспертизы временной нетрудоспособности в установленном порядке

(Выполнено или не выполнено, при невыполнении указать выявленные дефекты)

16. Проведение при летальном исходе патолого-анатомического вскрытия в установленном порядке

(Выполнено или не выполнено, при невыполнении указать выявленные дефекты)

17.Отсутствие расхождения клинического диагноза и патолого-анатомического диагноза;

(Выполнено или не выполнено, при невыполнении указать выявленные дефекты)

18.Оформление по результатам лечения в стационарных условиях и в условиях дневного стационара выписки из стационарной карты с указанием клинического диагноза, данных обследования, результатов проведенного лечения и рекомендаций по дальнейшему лечению, обследованию и наблюдению, подписанной лечащим врачом, заведующим профильным отделением (дневным стационаром) и заверенной печатью медицинской организацией, на которой идентифицируется полное наименование медицинской организации в соответствии с учредительными документами, выданной па руки пациенту (его законному представителю) в день выписки из медицинской организации.

(Выполнено или не выполнено, при невыполнении указать выявленные дефекты)

19.Соблюдение критериев качества по группам заболеваний (состояний) в соответствии с критериями оценки качества медицинской помощи, утверждёнными Приказом МЗ РФ от 10 мая 2017 г. № 203н.

**Должность, ФИО и подпись лица,
осуществляющего контроль качества
медицинской помощи**

О Т Ч Е Т

службы внутреннего контроля и безопасности медицинской деятельности о проведенном выходном аудите существующей системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (приказ ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко» от 23.12.2019г. №1051 «Об организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ РК «Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко»).

Во исполнение приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07.06.2019г. №381Н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» и приказа ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко» от 23.12.2019г. №1051 «Об организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ РК «Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко» проведена следующая работа.

1. Проведено 4 заседания рабочей группы, на которых обсуждались вопросы организации и проведения в ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко» внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (протоколы заседания прилагаются).

2. Изучены методические рекомендации по выполнению приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07.06.2019г. №381Н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» с учетом имеющейся системы контроля качества и необходимости, особенностей работы ГБУЗ РК «Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко», ее подразделений и служб по разделам:

1). Организация и проведение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

2). Соблюдение прав пациента при оказании им медицинской помощи.

3). Соблюдение порядков, стандартов и клинических рекомендаций в организации лечебно-диагностического процесса.

4). Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия в ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко» и ее подразделений.

5). Безопасное использование лекарственных средств и изделий медицинского назначения.

6). Порядок обработки персональных данных.

7). Оказание платных медицинских услуг.

8). Ограничения, налагаемым на медицинских работников.

3. Проведен анализ имеющихся в ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко» локальной нормативной документации по организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, соответствие ее федеральным документам по вышеуказанным разделам.

В ходе анализа выявлено следующее.

В целом имеющаяся система внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности на 01.01.2020г. соответствует требованиям приказа МЗ РФ от 07.06.2019г. №381Н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» на 80%..

Практически по всем разделам приказа у нас имеются локальные нормативные документы.

Однако некоторые из них требуют доработки, детализации, приведения в соответствие с требованиями Федерального законодательства.

По разделу организация внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности необходимо доработать следующие локально-нормативные акты:

1. Разработка контрольных вопросов (чек-листов) для проведения проверок внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко».

2. Порядок создания системы оценки качества, своевременности оказания медицинской помощи, правильности выбора методов диагностики, лечения, реабилитации, профилактики, степени достижения запланированного результата.

3. Внесение дополнений в должностные инструкции ответственных лиц положений о проведении ВКК и БМД (по своим профилям).

4. Положение о применении порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи, клинических рекомендаций.

5. Пакет документов по обеспечению прав пациента.

6. Положение о проведении консультаций пациентов и консилиумов в ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко» врача.

7. Разработка локально-нормативных актов по соблюдению медицинскими работниками ограничений, применяемых при осуществлении профессиональной деятельности.

8. Усовершенствование локально-нормативных актов по обеспечению качества, безопасности и эффективности в сфере обращения медицинских изделий в ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко».

9. Совершенствование локально-нормативных актов по защите персональных данных, обработке персональных данных, положения о службе информационной безопасности.

10. Разработка СОП (стандартные операционные процедуры) по оказанию медицинской помощи в структурных подразделениях и отделениях.

11. Анализ показателей, оценка которых предусмотрена при проведении плановых и целевых (внеплановых) проверок рекомендуемых приказом МЗ РФ от 07.06.2019г. №383Н «Об утверждении Требований к организации и

проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» с учетом особенностей деятельности ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко».

12. Необходимо провести анализ работы ЦВК и врачебных подкомиссий и организовать их работу в соответствии с приказом МЗ РФ от 07.06.2019г. №383Н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности».

**План-график
проведения ВКК и БМД в ГБУЗ РК «Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко»
на 2020 год**

№ п/п	Подразделения и отделения	Предмет проверки	Период проверки	Кол-во дней проверки	Ответственный за проверку
1	2	3	4	5	6
1	СП Диагностический центр	1. Соблюдение прав пациента на получение медицинской помощи.	Март 2020г.	10	Руководитель СВК, заведующие СП, заведующие отделениями
2	СП Кардиологический диспансер	2. Соблюдение порядков, стандартов и клинических рекомендаций.	Апрель 2020г.	10	Руководитель СВК, заведующие СП, заведующие отделениями
3	СП Перинаталный центр	3. Безопасное применение лекарственных средств и изделий медицинского назначения.	Май 2020г.	10	Руководитель СВК, заведующие СП, заведующие отделениями
4	СП Медицинский офтальмологический центр	4. Применение критериев качества оказания медицинской помощи	Июнь 2020г.	5	Руководитель СВК, заведующие СП, заведующие отделениями
5	Консультативная поликлиника	5. Соблюдение санитарно-эпидемиологического режима.	Июль 2020 г.	5	Руководитель СВК, заведующие отделениями
6	Колопроктологическое отделение	6. Соблюдение медицинскими работниками ограничений, налагаемых на медицинских работников.	Август 2020г.	5	Руководитель СВК, заведующие отделениями
7	Нейрохирургическое отделение	7. Соблюдение порядков проведения медицинских экспертиз, диспансеризации, медицинских осмотров.	Сентябрь 2020г.	5	Руководитель СВК, заведующие отделениями
8	Стоматологическое отделение		Октябрь 2020г.	5	Руководитель СВК, заведующие отделениями
9	РСЦ (отделение ОНМК)		Ноябрь 2020г.	10	Руководитель СВК, заведующие отделениями
10	Отделение сосудистой хирургии		Декабрь 2020г.	5	Руководитель СВК, заведующие отделениями