

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Крым
«Керченская городская детская больница»

П Р И К А З

№ 81

от 27.01.2020г.

г. Керчь.

**«Об утверждении порядка организации и проведения
внутреннего контроля качества и безопасности медицинской
деятельности в ГБУЗ РК Керченская ГДБ»**

В соответствии с Федеральным законом РФ от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», Постановления Правительства Российской Федерации от 25.09.2012г. № 970 «Об утверждении Положения о государственном контроле за обращением медицинских изделий», от 15.10.2012г. № 1043 «Об утверждении Положения о федеральном государственном надзоре в сфере обращения лекарственных средств», от 12.11.2012г. № 1152 «Об утверждении Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности», Приказов Министерства здравоохранения РФ от 21.12.2012г. № 1340н «Об утверждении порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности», от 31.10.2013г. № 810 «Об организации работы по формированию независимой системы оценки качества работы государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения», от 09.09.2019г. № 381н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» и в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Крым от 01.07.2015г. № 928 «Об утверждении порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности в Республики Крым»

П Р И К А З Ы В А Ю:

1. Утвердить:

1.1. Состав комиссии по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности:

Председатель комиссии: Гриценко И.В.- зам.главного врача по медицинской части;

Заместитель: Рыбачок О.А.- зам.главного врача по КЭР;

Члены комиссии: Паюк Е.Н – зав.поликлиникой;

Синицкая М.А.- зав.педиатрическим отделением №2;

Бекиров Т.Ш.- врач инфекционист.

1.2. Положение о порядке организации и проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ РК «Керченская ГДБ» (приложение №1)

1.3. План проверок на 2020 год (в плановом порядке) (приложение №2).

2. Врачебной комиссии по контролю качества и безопасности медицинской деятельности:

2.1. обеспечить проведение плановых (согласно утвержденному плану) и

целевых(внеплановых) проверок контроля качества и безопасности медицинской деятельности в соответствии с утвержденным «Положением»

2.2. по результатам проведенных проверок обеспечить составление отчетов, включающих в себя выработку мероприятий по устранению выявленных нарушений и улучшению деятельности больницы и медицинских работников.

2.3. не реже 1 раза в полгода, а также по итогам года формировать сводный отчет, содержащий информацию о состоянии качества и безопасности медицинской деятельности, на основании которого, при необходимости, будут утверждаться корректирующие меры.

2.4. итоги проведенных плановых и внеплановых проверок доводить до сведения медицинских работников на врачебных конференциях и совещаниях.

3. Заместителям главного врача: Гриценко И.В., Рыбачок О.А., провести занятия с врачами больницы по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности.

Срок — до 01.03.2020г.

4. Заместителю главного врача по медицинской части Гриценко И.В., заведующей поликлиникой Паюк Е.Н., заведующей педиатрическим отделением Шмуйлович Г.Р.:

4.1. Обеспечить контроль второго уровня за качеством оказания медицинской помощи в подразделениях больницы.

- постоянно.

4.2. Докладывать о результатах контроля второго уровня на аппаратных совещаниях у главного врача, на заседаниях врачебной комиссии по контролю качества и безопасности медицинской помощи.

- ежемесячно.

5. Заведующим отделениями:

5.1. Обеспечить контроль первого уровня за качеством оказания медицинской помощи в подразделениях больницы.

- постоянно.

5.2. Строго контролировать соблюдение врачами стандартов и клинических протоколов лечебно-диагностического процесса.

- постоянно.

5.3. Обеспечить объективную оценку качества работы врачей в отделениях.

- постоянно.

6. Инспектору ОК Медовник М.В. внести дополнения в должностные инструкции врачей в связи с данным приказом.

6. Секретарю ознакомить с настоящим приказом всех задействованных врачей под роспись.

- до 01.02.2020г.

7. Контроль за исполнением приказа оставляю за собой.



Главный врач

Е.А. Петрова

ПОЛОЖЕНИЕ
О ПОРЯДКЕ ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЯ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА
И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
В ГБУЗ РК «КЕРЧЕНСКАЯ ГДБ»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1 Положение о внутреннем контроле и экспертизе качества и безопасности медицинской деятельности (далее -Положение), разработано с целью:

- создания непрерывной системы комплексной оценки результатов лечебно-диагностического процесса и медицинской деятельности больницы;
- совершенствования системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (далее -ВКК и БМД) в больнице;
- мониторинга дефектов и разработки мероприятий по их устранению и профилактике.

1.2. Положение разработано в соответствии с:

- со ст.90 Федерального закона от 21.11.2011 г.№323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Федеральным законом от 29.11.2010г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (в редакции ФЗ № 16-ФЗ от 14 июня 2011г.);
- Федеральным законом от 12.04.2010г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств»
- Федеральным законом от 02.05.2006г. № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации»;
- Законом Российской Федерации от 07.02.1992г. №2300-1 «О защите прав потребителей»;
- Постановлением правительства РФ от 25.09.2012г. № 970 «Об утверждении «Положения о государственном контроле за обращением медицинских изделий»;
- Постановлением Правительства РФ от 15.10.2012г.№ 1043 «Об утверждении Положения о федеральном государственном надзоре в сфере обращения лекарственных средств»;
- Постановлением Правительства РФ от 30.06.2004г. № 323 «Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения»;
- Постановлением Правительства РФ от 12.11.2012г.№ 1152 «Об утверждении Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности»;
- Приказами Министерства здравоохранения РФ:
- от 21.05.2002г. № 154 «О введении формы учёта клинико-экспертной работы в лечебно-диагностическом учреждении» и методических

рекомендаций № 2002/140 «Учёт, оценка и анализ клинико-экспертной деятельности ЛПУ», утверждённых Минздравом РФ от 20.12.2002г. №2510/224-03-34;

- от 05.05.2012г. №502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации»;
- от 31.10.2013г. № 810н «Об организации работы государственных учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения»; -
- от 10.05.2017г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»
- от 07.06.2019г. №381н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности
- Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Крым»;
- Приказов Министерства здравоохранения Республики Крым:
- от 01.07.2015г. № 928 «Об утверждении порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности в Республике Крым»
- от 28.11.2014г. № 165 «Об организации деятельности врачебных комиссий в медицинских организациях Республики Крым»;

2. Функции и порядок взаимодействия Комиссии, руководителей и уполномоченных работников структурных подразделений больницы, врачебной комиссии больницы в рамках организации и проведения внутреннего контроля.

2.1. Внутренний контроль в ГБУЗ РК «Керченская ГДБ» организуется Председателем комиссии по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности (далее - Председатель) и проводится Комиссией по внутреннему контролю (далее - Комиссия), включающей работников медицинской организации – заместителей главного врача и заведующих структурных подразделений больницы.

2.2. Председателем комиссии является заместитель главного врача по медицинской части.

2.3. **Функции** Комиссии по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности:

- обеспечение и оценка соблюдения прав граждан в сфере охраны здоровья при осуществлении медицинской деятельности;
- обеспечение и оценка применения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи;
- обеспечение и оценка соблюдения порядков проведения медицинских экспертиз, диспансеризации, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований;

- обеспечение и оценка соблюдения медицинскими работниками ограничений, применяемых к указанным лицам при осуществлении профессиональной деятельности;
- обеспечение и оценка соответствия оказываемой медицинскими работниками медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи, а также рассмотрение причин возникновения несоответствия качества оказываемой медицинской помощи указанным критериям;
- оценка результатов мероприятий по повышению качества и безопасности медицинской деятельности;
- оценка качества и безопасности медицинской деятельности медицинской организации, её структурных подразделений путем проведения плановых и целевых (внеплановых) проверок;
- сбор статистических данных, характеризующих качество и безопасность медицинской деятельности медицинской организации, и их анализ;
- учет нежелательных событий при осуществлении медицинской деятельности (фактов и обстоятельств, создающих угрозу причинения или повлекших причинение вреда жизни и здоровью граждан и (или) медицинских работников, а также приведших к удлинению сроков оказания медицинской помощи);
- мониторинг наличия лекарственных препаратов и медицинских изделий в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций;
- анализ информации о побочных действиях, нежелательных реакциях, серьезных нежелательных реакциях, непредвиденных нежелательных реакциях при применении лекарственных препаратов, об индивидуальной непереносимости, отсутствии эффективности лекарственных препаратов, а также об иных фактах и обстоятельствах, представляющих угрозу жизни или здоровью человека при применении лекарственных препаратов и выявленных на всех этапах обращения лекарственных препаратов, сообщаемой медицинской организацией в уполномоченный федеральный орган исполнительной власти;
- анализ информации обо всех случаях выявления побочных действий, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия, о нежелательных реакциях при его применении, об особенностях взаимодействия медицинских изделий между собой, о фактах и об обстоятельствах, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации медицинских изделий, сообщаемой медицинской организацией в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения.

2.4. Центральная врачебная комиссия (далее ЦВК) во главе с заместителем главного врача по клинико-экспертной работе входит в систему экспертизы качества оказания медицинской помощи 3 уровня.

2.5. Председатель Комиссии по ВКК и БМД осуществляет взаимодействие между Комиссией и ЦВК 3 уровня в части вопросов внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

2.6. Председатель Комиссии осуществляет координацию взаимодействия между Рабочими группами плановых(или внеплановых) проверок и ЦВК. Результаты плановых(или внеплановых) проверок, проведенные рабочими группами, могут быть использованы Центральной врачебной комиссии (клинико-экспертной комиссией) при разборе случаев.

3. Цель, задачи и сроки проведения внутреннего контроля.

3.1. Целью ВКК и БМД в больнице является обеспечение прав граждан на получение медицинской помощи необходимого объёма, надлежащего качества в соответствии с утверждёнными порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций, а также соблюдения обязательных требований к обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности, оптимального использования кадровых, материально-технических финансовых ресурсов больницы и применение современных медицинских технологий.

4. Задачи ВКК и БМД:

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

4.2. обеспечение и оценка соблюдения прав граждан в сфере охраны здоровья при осуществлении медицинской деятельности;

4.3. обеспечение и оценка применения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи;

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

4.5. обеспечение и оценка соблюдения медицинскими работниками и руководителями медицинских организаций ограничений, налагаемых на указанных лиц при осуществлении ими профессиональной деятельности(5) в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011г. N323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";

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

4.7. выполнение медицинскими работниками должностных инструкций в части обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности;

4.8. предупреждение нарушений при оказании медицинской помощи, являющихся результатом:

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

4.8.2. невыполнения, несвоевременного или ненадлежащего выполнения необходимых пациенту профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций;

4.8.3. несоблюдения сроков ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановой форме, включая сроки ожидания оказания медицинской помощи в стационарных условиях, проведения отдельных диагностических обследований и консультаций врачей-специалистов;

4.9. принятие мер по пресечению и (или) устранению последствий и причин нарушений, выявленных в рамках государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности, ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности, объемов, сроков и условий оказания медицинской помощи, выявленных в рамках контроля качества медицинской помощи фондами обязательного медицинского страхования и страховыми медицинскими организациями в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании;

4.10. принятие управленческих решений по совершенствованию подходов к осуществлению медицинской деятельности.

5. Сроки проведения внутреннего контроля.

5.1. Внутренний контроль осуществляется путем плановых и целевых (внеплановых) проверок

5.2. Плановые проверки проводятся в соответствии с ежегодным планом, утверждаемым главным врачом, не реже 1 раза в квартал.

5.3. Целевые проверки (аудиты) проводятся по мере необходимости, в следующих случаях:

5.3.1. при наличии отрицательной динамики статистических данных, характеризующих качество и безопасность медицинской деятельности медицинской организации, в том числе установленной в результате проведения плановой проверки;

5.3.2. при поступлении жалоб граждан по вопросам качества и доступности медицинской помощи, а также жалоб по иным вопросам осуществления медицинской деятельности в медицинской организации, содержащим информацию об угрозе причинения и (или) причинении вреда жизни и здоровью граждан;

5.3.3. во всех случаях:
-летальных исходов;

- внутрибольничного инфицирования и осложнений, вызванных медицинским вмешательством.

5.4.Срок проведения плановых и целевых (внеплановых) проверок устанавливается главным врачом либо заместителем главного врача по клинико-экспертной работе в зависимости от предмета проверки и особенностей деятельности медицинской организации, но не должен превышать 10 рабочих дней.

6.Основания для проведения внутреннего контроля.

6.1. Основанием для проведения плановых проверок является утвержденный главным врачом ежегодный план.

6.2. Предмет плановых и целевых (внеплановых) проверок определяется в соответствии с пунктом 2 Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07.06.2019г № 381н «Об утверждении требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности».

Целевые (внеплановые) проверки проводятся:

- при наличии отрицательной динамики статистических данных, характеризующих качество и безопасность медицинской деятельности медицинской организации, в том числе установленной в результате проведения плановой проверки;
- при поступлении жалоб граждан по вопросам качества и доступности медицинской помощи, а также жалоб по иным вопросам осуществления медицинской деятельности в медицинской организации, содержащим информацию об угрозе причинения и (или) причинении вреда жизни и здоровью граждан; во всех случаях:
- летальных исходов;
- внутрибольничного инфицирования и осложнений, вызванных медицинским вмешательством.

Проверки, в зависимости от поставленных задач, включают анализ случаев оказания медицинской помощи, отобранных методом случайной выборки и (или) по тематически однородной совокупности случаев.

Проверка по тематически однородной совокупности случаев проводится в отношении определенной совокупности случаев, отобранных по тематическим признакам.

Выбор тематики для проведения проверки осуществляется на основании результатов анализа статистических данных, характеризующих качество и безопасность медицинской деятельности медицинской организации, ее структурных подразделений.

Анализ случаев оказания медицинской помощи в ходе плановых и целевых (внеплановых) проверок осуществляется для оценки качества и безопасности медицинской деятельности медицинской организации, в том числе для оценки характера, частоты и причин возможных нарушений при оказании медицинской помощи пациенту, приведших к ухудшению состояния здоровья пациента, создавшего риск прогрессирования имеющегося заболевания, создавших риск возникновения нового заболевания, приведших к инвалидизации, к летальному

исходу, а также к неэффективному использованию ресурсов медицинской организации, неудовлетворенности пациента медицинской помощью.

Плановые и целевые (внеплановые) проверки, осуществляемые в рамках внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности предусматривают оценку следующих показателей:

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

преемственность оказания медицинской помощи на всех этапах;

оказание медицинской помощи, в том числе в условиях чрезвычайных ситуаций; маршрутизацию пациентов, включая организацию консультаций, дополнительных методов обследования в иных медицинских организациях;

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

2) обеспечение оказания медицинской помощи в медицинской организации в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций;

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

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

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

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

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

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

7) наличие локальных нормативных актов, регламентирующих работу приемного отделения медицинской организации, в том числе при оказании медицинской помощи

- в экстренной форме (с учетом особенностей деятельности структурных подразделений);
- 8) осуществление сортировки пациентов при поступлении и (или) обращении в зависимости от тяжести состояния и перечня необходимых медицинских вмешательств;
 - 9) обеспечение своевременного оказания медицинской помощи при поступлении и (или) обращении пациента, а также на всех этапах ее оказания;
 - 10) обеспечение экстренного оповещения и (или) сбора медицинских работников, не находящихся на дежурстве (при необходимости);
 - 11) обеспечение возможности вызова медицинских работников к пациентам, в том числе в палаты;
 - 12) обеспечение оказания гражданам медицинской помощи в экстренной форме, включая проведение регулярного обучения (тренингов), наличие в медицинской организации лекарственных препаратов и медицинских изделий для оказания медицинской помощи в экстренной форме;
 - 13) обеспечение возможности круглосуточного проведения лабораторных и инструментальных исследований в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях (в соответствии с порядками оказания медицинской помощи);
 - 14) организация безопасной деятельности клинико-диагностической лаборатории (отделения), наличие системы идентификации образцов и прослеживаемости результатов;
 - 15) обеспечение соблюдения врачебной тайны, в том числе конфиденциальности персональных данных, используемых в медицинских информационных системах медицинских организаций, при осуществлении медицинской деятельности;
 - 16) обеспечение комфортных условий пребывания пациентов в медицинских организациях, включая организацию мест ожидания для пациентов, законных представителей и членов семей пациентов;
 - 17) осуществление мероприятий по организации безопасного применения лекарственных препаратов, в том числе:
 - обеспечение контроля сроков годности лекарственных препаратов;
 - обеспечение контроля условий хранения лекарственных препаратов, требующих особых условий хранения;
 - хранение лекарственных препаратов в специально оборудованных помещениях и (или) зонах для хранения;
 - соблюдение требований к назначению лекарственных препаратов, а также учет рисков при применении лекарственных препаратов (в том числе, аллергологического анамнеза, особенностей взаимодействия и совместимости лекарственных препаратов) с внесением соответствующих сведений в медицинскую документацию);
 - осуществление контроля качества письменных назначений лекарственных препаратов, в том числе использование унифицированных листов назначения;
 - организация лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан, в том числе предоставление сведений о таких гражданах в Федеральный регистр лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, Федеральный регистр лиц,

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

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

- профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (в том числе внутрибольничных инфекций);
- проведение микробиологических исследований (включая случаи подозрения и (или) возникновения внутрибольничных инфекций);
- организация дезинфекции и стерилизации медицинских изделий;
- обеспечение эпидемиологической безопасности среды (включая расчет потребности в дезинфицирующих и антисептических средствах, контроль их наличия в медицинской организации; рациональный выбор дезинфицирующих средств и тактики дезинфекции; обращение с отходами);
- соблюдение технологий проведения инвазивных вмешательств;
- обеспечение условий оказания медицинской помощи пациентам, требующим изоляции (с инфекциями, передающимися воздушно-капельным путем, особо опасными инфекциями), в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, санитарно-гигиеническими требованиями;
- соблюдение правил гигиены медицинскими работниками, наличие оборудованных мест для мытья и обработки рук;
- профилактика инфекций, связанных с осуществлением медицинской деятельности, у медицинских работников (включая использование индивидуальных средств защиты);
- рациональное использование антибактериальных лекарственных препаратов для профилактики и лечения заболеваний и (или) состояний;
- проведение противоэпидемических мероприятий при возникновении случая инфекции;

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

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

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

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

- обучение работников медицинской организации применению, эксплуатации медицинских изделий;

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

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

- проведение мероприятий по снижению риска травматизма и профессиональных заболеваний;

- обеспечение защиты от травмирования элементами медицинских изделий;

- наличие и исправность систем жизнеобеспечения (включая резервное электроснабжение);

- соблюдение внутреннего распорядка медицинской организации;

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

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

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

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

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

25) организация работы регистратуры, включая:

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

- оформление листков временной нетрудоспособности, их учет и регистрация;

- предварительную запись пациентов на прием к врачу;

- прием и регистрацию вызовов на дом;

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

- систематизацию хранения медицинской документации и ее доставки в кабинеты приема врачей-специалистов;
- обеспечение навигационной информации для пациентов с учетом характера расположения помещений;
- взаимодействие регистратуры со структурными подразделениями детской поликлиники;
- коммуникация работников регистратуры с пациентами, в том числе наличие "речевых модулей" на разные типы взаимодействия, порядка действия в случае жалоб пациентов и конфликтных ситуаций;

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

- распределение потоков пациентов, требующих оказания медицинской помощи в плановой, неотложной и экстренной формах;
- направление пациентов в другие медицинские организации;
- маршрутизация пациентов в особых случаях: в период эпидемий гриппа, иных острых респираторных вирусных инфекций и других инфекционных заболеваний;
- порядок записи и отмены записи пациентов на прием при непосредственном обращении в поликлинику, по телефону, через медицинскую информационную систему;
- порядок уведомления пациента об отмене приема по инициативе организации;

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

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

29) организация проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации;

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

31) организация работы дневного стационара в соответствии с порядками оказания медицинской помощи;

32) осуществление мероприятий по обеспечению профессиональной подготовки, переподготовки и повышения квалификации медицинских работников в соответствии с трудовым законодательством Российской Федерации, а также по формированию системы оценки деятельности и развитию кадрового потенциала работников медицинской организации;

33) обеспечение доступа работников медицинской организации к информации, содержащей клинические рекомендации, порядки оказания медицинской помощи,

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

Экспертиза качества оказания медицинской помощи проводится в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ от 10 мая 2017г. №203н "Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи".

Экспертиза в ГБУЗ РК «КЕРЧЕНСКАЯ ГДБ» осуществляется на трёх уровнях:

1 уровень экспертизы- заведующие отделениями (поликлиника, стационар)

2 уровень экспертизы - заместитель главного врача по медицинской части

3 уровень экспертизы - центральная врачебная комиссия.

На первом уровне экспертиза проводится заведующими структурными подразделениями больницы путём оценки случаев оказания медицинской помощи за месяц (выборочно, по тематическому признаку или лечащему врачу).

На втором уровне экспертиза проводится в разрезе структурных подразделений и в целом по больнице путём контроля выборочных случаев оказания медицинской помощи первого уровня, а также путём непосредственной оценки конкретных случаев оказания медицинской помощи.

На третьем уровне ЦВК больницы проводится экспертиза наиболее сложных клинических случаев и конфликтных ситуаций, требующих комиссионного рассмотрения; после чего вырабатывается и принимается решение по дальнейшей тактике ведения пациента; делается вывод о профессиональном, должностном соответствии медицинских работников, необходимости административных взысканий и по другим вопросам.

Экспертиза качества оказания медицинской помощи не может осуществляться ответственными лицами за проведение контроля в случаях, когда медицинская помощь оказывалась самими ответственными лицами за проведение контроля.

7. Права и обязанности лиц, участвующих в организации и проведении внутреннего контроля

7.1. При проведении плановых и целевых (внеплановых) проверок Комиссия имеет право:

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

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

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

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

7.5. организовывать проведение необходимых исследований, экспертиз, анализов и оценок.

7.6. Представлять на утверждение главному врачу:

7.6.1. проекты документов, регулирующих порядок проведения и использования результатов экспертизы КМП;

7.6.2. проекты документов, регулирующих порядок организации и условия оказания медицинской помощи, включая стандарты медицинской помощи;

7.6.3. планы, проекты управленческих решений по улучшению КМП в больнице;

7.6.4. предложения по экономическому стимулированию врачей, структурных подразделений медицинской организации по результатам экспертизы КМП;

8. Ответственность

Комиссия несет ответственность за:

Качественное и своевременное выполнение задач и функций, предусмотренных настоящим Положением.

Объективность и достоверность предоставляемой информации о КМП.

Обоснованность представляемых проектов управленческих решений, рекомендаций, предложений по улучшению КМП.

Рациональное и эффективное использование техники и программного обеспечения экспертизы КМП.

Составление и своевременность представления установленной отчетности.

Сохранность врачебной, служебной и иной охраняемой законом тайны.

9. Порядок регистрации и анализа результатов внутреннего контроля

Комиссией не реже 1 раза в полугодие, а также по итогам года формируется сводный отчет, содержащий информацию о состоянии качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации, на основании которого руководителем медицинской организации при необходимости утверждается перечень корректирующих мер.

По итогам проведенных мероприятий внутреннего контроля осуществляются:

- разработка предложений по устранению и предупреждению нарушений в процессе диагностики и лечения пациентов и их реализация;
- анализ результатов внутреннего контроля в целях их использования для совершенствования подходов к осуществлению медицинской деятельности;
- обеспечение реализации мер, принятых по итогам внутреннего контроля;
- формирование системы оценки деятельности медицинских работников.

**ПЛАН
ПРОВЕРОК (ПЛАНОВЫХ) КОМИССИЕЙ ПО ВНУТРЕННЕМУ
КОНТРОЛЮ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
В ГБУЗ РК «КЕРЧЕНСКАЯ ГДБ»
В 2020 ГОДУ.**

- 1. Педиатрическое отделение №1- с 23.03.2020г. по 31.03.2020г.**
- 2. Педиатрическое отделение №2- с 22.06.2020г. по 30.06.2020г.**
- 3. Поликлиника – с 21.09.2020г по 29.09.2020г.**
- 4. Детское инфекционное отделение – с 14.12.2020г. по 22.12.2020г.**