

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Тюменский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России)

**ПРИКАЗ**

17.06.2022

г. Тюмень

№ 567

Об утверждении Положения  
о внутреннем контроле качества и  
безопасности медицинской деятельности  
в Университетской многопрофильной клинике  
Тюменского государственного медицинского университета

В соответствии со ст. 85, ст. 87, ст. 90 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 №785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности», приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 10.05.2017 №203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи», постановлением Правительства Российской Федерации от 29.06.2021 №1048 «Об утверждении Положения о Федеральном государственном контроле (надзоре) качества и безопасности медицинской деятельности», в целях совершенствования контроля качества медицинской помощи в Университетской многопрофильной клинике,

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить Положение о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности в Университетской многопрофильной клинике Тюменского государственного медицинского университета, согласно приложению №1 к настоящему приказу.

2. Назначить ответственными лицами за организацию и проведение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности заместителя главного врача по медицинской части и заместителя главного врача по клинико-экспертной работе.

3. Назначить ответственными лицами за обеспечение, организацию и проведение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в подразделениях:

- начальника отдела по организационно-методической работе;
- заведующего акушерско-гинекологическим отделением;
- заведующего отделением общетерапевтического профиля;

- заведующего отделением амбулаторной хирургии;
- заведующего диагностическим отделением;
- главную медицинскую сестру.

4. Возложить ответственность за исполнение требований внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности при выполнении трудовых функций персонально на каждого сотрудника Университетской многопрофильной клиники.

5. При выявлении дефектов оказания медицинской помощи:

5.1. разрабатывать мероприятия, направленные на устранение причин возникновения дефектов оказания медицинской помощи и повышения качества, а также эффективности оказываемой медицинской помощи; разрабатывать мероприятия, направленные на недопущение возникновения аналогичных дефектов оказания медицинской помощи в дальнейшем;

5.2. подавать результаты проведенного внутреннего контроля качества на комиссию по оценке интенсивности труда и качеству работы Университетской многопрофильной клиники по итогам месяца.

6. Признать утратившим силу Положение о контроле качества и безопасности медицинской деятельности в Университетской многопрофильной клинике, утвержденное приказом ректора № 24а от 20.01.2021.

7. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на главного врача Университетской многопрофильной клиники.

Приложение №1: Положение о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности в Университетской многопрофильной клинике Тюменского государственного медицинского университета с приложениями всего на 23 л.

И.о. ректора

И.М. Петров

Проект вносит:

Главный врач Университетской  
многопрофильной клиники

\_\_\_\_\_ Д.А. Верясов

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Тюменский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России)**

**ПОЛОЖЕНИЕ  
о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности  
в Университетской многопрофильной клинике  
Тюменского государственного медицинского университета**

**г. Тюмень, 2022 г.**

## **1. Общие положения**

1.1. Настоящее положение о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности в Университетской многопрофильной клинике Тюменского государственного медицинского университета (далее – «Положение») устанавливает порядок организации и проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (далее – «внутренний контроль») в Университетской многопрофильной клинике.

1.2. Настоящее Положение разработано в соответствии с:

- Федеральным законом от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

- Постановлением Правительства Российской Федерации от 01.06.2021 №852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)»;

- Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 05.05.2012 №502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации»;

- Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»;

- Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.08.2013 №529н «Об утверждении номенклатуры медицинских организаций»

- Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16.05.2017 №226н «Об утверждении порядка осуществления экспертизы качества медицинской помощи, за исключением медицинской помощи, оказываемой в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании»;

- Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.12.2014 №834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению»;

- Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 №785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности».

- Постановлением Правительства Российской Федерации от 29.06.2021 №1048 «Об утверждении Положения о Федеральном государственном контроле (надзоре) качества и безопасности медицинской деятельности»,

- Постановлением Правительства Российской Федерации от 29.06.2021 №1049 «О Федеральном государственном контроле (надзоре) в сфере обращения лекарственных средств».

## **2. Основные понятия.**

2.1. **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 (статья 2 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

**2.2. Медицинская помощь** – это комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг (ст.2 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»), и является базовой основой медицинской деятельности в медицинской организации.

**2.3. Качество медицинской помощи (КМП)** – совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата (ст.2 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

Характеристика качества зависит от средств и условий обеспечения медицинского учреждения, региональных особенностей, медикаментозного обеспечения, наличия оборудования, финансов, уровня подготовки и обеспеченности врачебных кадров.

**2.4. Контроль качества медицинской помощи** – это методы и виды деятельности оперативного характера, используемые для оценки выполнения требований к качеству, его измерению и мониторингу.

**2.5. Система контроля качества медицинской помощи** - это совокупность взаимосвязанных структурных элементов и функциональных механизмов контроля, обеспечивающая получение необходимой информации в целях разработки и принятия управленческих решений, направленных на улучшение качества медицинской помощи, на обеспечение законных интересов граждан в получении медицинской помощи надлежащего качества. Система контроля качества подразумевает объективную оценку качества и повышение эффективности медицинской помощи населению.

**2.6. Управление качеством медицинской помощи** – совокупность мер организационного, экономического, правового, научного и медицинского характера, направленных на обеспечение правильного выполнения медицинских технологий, снижение риска ухудшения состояния пациентов и неблагоприятного социального прогноза вследствие медицинской помощи, оптимизацию расходования ресурсов медицинского учреждения. **Управление качеством** – это непрерывный процесс воздействия на оказание медицинской помощи с целью обеспечения качества путём последовательной реализации управленческих функций.

**2.7. В основе методов контроля КМП** лежат многофакторный анализ технологического процесса оказания медицинской помощи и концепции технологических стандартов качества медицинской помощи по профилю, утвержденных приказами Министерства здравоохранения РФ, которые соответствуют гарантированному объему медицинской помощи.

**2.8. Система управления КМП** включает:

- организация и проведение мероприятий по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности;

- осуществление контрольной оценки качества проведения лечебно-диагностического процесса и его результатов, оценки безопасности оказания медицинской помощи и предоставления медицинских услуг;
- осуществление экспертной оценки качества оказания медицинской помощи;
- планирование конечных результатов;
- статистическую обработку и анализ полученной информации;
- выявление дефектов технологии лечебно-диагностического процесса и их предупреждение;
- разработку и принятие управленческих решений, направленных на улучшение качества медицинской помощи;
- подготовку предложений по улучшению качества медицинской помощи для органов управления здравоохранением.

#### **2.9. Задачами управления качеством медицинской помощью являются:**

- разработка и реализация мер по повышению качества медицинской помощи в Учреждении;
- создание условий для обеспечения безопасности медицинской деятельности, в том числе для пациентов и персонала;
- внедрение стандартизации процессов медицинской деятельности для выявления и предотвращения рисков, создающих угрозу жизни и здоровью граждан, и минимизации последствий их наступления;
- обучение специалистов Учреждения вопросам внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинских организациях;
- рациональное использование материально-технических, кадровых, информационных, финансовых ресурсов;
- обеспечение соблюдения обязательных требований при осуществлении деятельности в сфере охраны здоровья.

**2.10. Объектом управления КМП** является вся система оказания медицинской помощи в учреждении со всеми ее составляющими: кадрами, материально-техническим и лекарственным обеспечением, порядком финансирования, нормативно-правовым и информационным обеспечением, медицинскими и организационными технологиями и т.д.

### **3. Цели, задачи и объект внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.**

**3.1. Целью** внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности является обеспечение прав граждан на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций (статья 37 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»), а также соблюдение обязательных требований к обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности в УМК ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ МЗ РФ.

#### **3.2. Задачами** внутреннего контроля являются:

**3.2.1.** создание условий для обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности, включая разработку и реализацию мер по повышению качества медицинской помощи в УМК ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ МЗ РФ.

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

3.2.3. выполнение медицинскими работниками трудовых функций в части обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности;

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

3.2.5. обеспечение соблюдения сотрудниками обязательных требований при осуществлении медицинской деятельности, в том числе рациональное использование материально-технических, кадровых, информационных, финансовых и иных ресурсов;

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

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

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

3.2.9. обеспечение и оценка соблюдения медицинскими работниками и руководителями структурных подразделений ограничений, налагаемых на указанных лиц при осуществлении ими профессиональной деятельности в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»;

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

- 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;

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

- несоблюдения сроков ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановой форме, включая сроки ожидания оказания медицинской помощи в дневном стационаре, проведения диагностических обследований и консультаций врачей-специалистов;

3.2.11. проведение контроля качества медицинской помощи, оказанной конкретным пациентам;

3.2.12. определение показателей качества деятельности учреждения;

3.2.13. создание системы оценки деятельности медицинских работников, участвующих в оказании медицинской помощи;



3.2.14. выявление дефектов в организации лечебно-диагностического процесса, факторов, повлекших за собой снижение качества оказания медицинской помощи, и установление причин их возникновения;

3.2.15. регистрация результатов проведенного контроля качества и безопасности медицинской деятельности;

3.2.16. оценка выводов о качестве и безопасности медицинской деятельности, сделанных на нижестоящих уровнях внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности;

3.2.17. выбор оптимальных управленческих решений и проведение мероприятий, направленных на предупреждение возникновения дефектов в организации и оказании медицинской помощи, повышение эффективности использования ресурсов медицинской организации;

3.2.18. оценка оптимальности использования кадровых и материально-технических ресурсов учреждения здравоохранения;

3.2.19. оценка организационных технологий оказания медицинской помощи;

3.2.20. изучение удовлетворенности граждан оказанной медицинской помощью;

3.2.21. подготовка предложений для руководителя учреждения, направленных на устранение причин возникновения дефектов медицинской помощи, повышение качества и эффективности оказываемой медицинской помощи;

3.2.22. 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;

3.2.23. принятие руководителем учреждения (или должностным лицом, ответственным за организацию внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности) управленческих решений, направленных на устранение причин возникновения дефектов оказания медицинской помощи, повышение качества и эффективности оказываемой медицинской помощи, совершенствование организационных технологий оказания медицинской помощи;

3.2.24. планирование мероприятий, направленных на устранение причин возникновения дефектов оказания медицинской помощи, повышение качества и эффективности оказываемой медицинской помощи, совершенствование организационных технологий оказания медицинской помощи;

3.2.25. осуществление контроля реализации принятых управленческих решений или выполнения плана мероприятий по устранению выявленных нарушений.

3.2.26. принятие управленческих решений по совершенствованию подходов к осуществлению медицинской деятельности;

3.2.27. мониторинг наличия лекарственных препаратов и медицинских изделий;

3.2.28. мониторинг по безопасному применению медицинских изделий и лекарственных препаратов.

**3.3.Объектом** внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности являются:

- медицинская помощь, представляющая собой комплекс профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг;

- условия труда медицинских работников;

- применение и эксплуатация медицинского оборудования, медицинских изделий и их утилизация (уничтожение);

- соблюдение ограничений, установленных для медицинских (фармацевтических) работников.

#### **4. Полномочия, обязанности и ответственность лиц, участвующих в организации и проведении внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.**

4.1. К полномочиям учреждения в области управления качеством и безопасностью медицинской деятельности относятся:

4.1.1. разработка системы управления качеством медицинской помощи в учреждении с целью повышения эффективности внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности;

4.1.2. принятие руководителем учреждения локальных актов, регулирующих деятельность лиц по контролю и оценке качества и безопасности медицинской деятельности, в соответствии с законодательством РФ, нормативными документами Министерства здравоохранения РФ;

4.1.3. определение организации и порядка управления качеством медицинской помощи и проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в учреждении;

4.1.4. определение порядка проведения экспертной работы в рамках управления качеством медицинской помощи и проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в учреждении;

4.1.5. установление перечня случаев, когда контроль медицинской помощи проводится в обязательном порядке;

4.1.6. организация и проведение в рамках осуществления внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности экспертизы качества медицинской помощи пациентам;

4.1.7. анализ показателей качества медицинской помощи и анализ влияния внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности на повышение эффективности деятельности учреждения;

4.1.8. осуществление контроля за соблюдением требований по применению и эксплуатации медицинского оборудования, медицинских изделий и их утилизация (уничтожение);

4.1.9. обеспечение в соответствие с нормативными требованиями безопасных условий труда медицинских работников;

4.1.10. осуществление контроля реализации ответственными лицами принятых управленческих решений или выполнения плана мероприятий по устранению выявленных нарушений;

4.1.11. иные полномочия, предусмотренные законодательством Российской Федерации и законодательством Тюменской области.

4.2. Внутренний контроль качества осуществляется **уполномоченными по качеству и безопасности медицинской деятельности** - ответственные за организацию и проведение внутреннего контроля качества назначаются главным врачом УМК ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ МЗ РФ:

- заместитель главного врача;
- главная медицинская сестра;
- руководители структурных подразделений (отделений);
- старшая медицинская сестра;
- врачебная комиссия и подкомиссии.

В зависимости от поставленных задач по решению главного врача внутренний контроль организуется и проводится Комиссией по внутреннему контролю, включающей сотрудников УМК ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ МЗ РФ, и (или) уполномоченным лицом. Организация и проведение внутреннего контроля осуществляется с учетом видов работ (услуг), указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности.

Главный врач для осуществления мероприятий внутреннего контроля может привлекать научные и иные организации, ученых и специалистов.

4.3. В целях организации и проведения внутреннего контроля в УМК ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ МЗ РФ:

4.3.1. разработано Положение о порядке организации и проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, регламентирующее:

- функции и порядок взаимодействия руководителей и (или) уполномоченных работников структурных подразделений учреждения, врачебной комиссии в рамках организации и проведения внутреннего контроля;
- цель, задачи, объемы, условия и сроки проведения внутреннего контроля;
- случаи, обязательные для проведения внутреннего контроля;
- полномочия, обязанности и ответственность лиц, участвующих в организации и проведении внутреннего контроля;
- порядок использования результатов внутреннего контроля в целях управления качеством и безопасностью медицинской деятельности.
- порядок регистрации и анализа результатов внутреннего контроля;
- планирование мероприятий по проведению контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

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

4.3.3. В учреждении обеспечивается регулярное информирование врачей, среднего медицинского персонала и иных сотрудников УМК ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ МЗ РФ о состоянии качества и безопасности медицинской деятельности и мерах, принимаемых для их улучшения.

## **5. Принципы управления контролем качества и осуществления внутреннего контролем качества и безопасности медицинской деятельности.**

5.1. Обеспечение соблюдения обязательных нормативных требований при осуществлении деятельности учреждения в сфере охраны здоровья.

5.2. Обеспечение безопасности медицинской деятельности, в том числе для пациентов и персонала.

5.3. Стандартизация процессов медицинской деятельности в учреждении для выявления и предотвращения рисков, создающих угрозу жизни и здоровью граждан, и минимизации последствий их наступления.

5.4. Обязательность проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в случаях, установленных федеральными законами и нормативными правовыми актами федеральных органов государственной власти, а также нормативными правовыми актами Правительства Тюменской области.

5.5. Независимость исполнителей внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности от лиц, заинтересованных в результатах контроля качества медицинской помощи.

5.6. Обязательность выполнения ответственными лицами принятых управленческих решений или выполнения плана мероприятий как по проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, так и по устранению выявленных нарушений.

## **6. Организация управления качеством медицинской помощи и порядок проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.**

### **6.1. Общие положения.**

6.1.1. Внутренний контроль качества медицинской помощи (КМП) - это организованное системное оценивание лечебно-диагностического процесса, направленное на выявление состояния его структуры, процесса и результата с помощью различных видов контроля (по форме и времени), на различных уровнях (в зависимости от исполнителей его осуществления, а также в отдельных и совокупности случаев оказания медицинской помощи) и направленное на предупреждение и своевременную коррекцию отклонений от установленных правовых и технических норм.

6.1.2. Система контроля качества медицинской помощи подразумевает объективную оценку качества и безопасности медицинской помощи и повышение эффективности медицинской помощи пациентам.

6.1.3. Обеспечение качества представляет собой деятельность учреждения, планируемую и систематически осуществляемую в рамках системы управления качеством при условии выполнения участниками этой деятельности планируемых требований к качеству; является главной задачей учреждения при осуществлении медицинской деятельности.

6.1.4. Управление качеством медицинской помощи включает мероприятия по проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

6.1.5. Организация управления качеством медицинской помощи и порядок организации и проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности устанавливается руководителем учреждения с учетом специфики деятельности, структуры, штатного расписания.

6.1.6. Мероприятия по управлению контролем качества и безопасности медицинской деятельности должны быть включены в планы работы учреждения.

6.1.7. Система внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности включает следующие мероприятия:

- обеспечение и оценку соблюдения прав граждан в сфере охраны здоровья при осуществлении медицинской деятельности;

- обеспечение и оценку соблюдения порядков проведения медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований;

- обеспечение и оценку соблюдения медицинскими работниками, руководителями отделений ограничений, применяемых к указанным лицам при осуществлении профессиональной деятельности в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

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

- оценку состояния и использования кадровых и материально-технических ресурсов учреждения;

- обеспечение и оценку применения порядков оказания медицинской помощи, федеральных стандартов, протоколов и клинических рекомендаций (утв. Минздравом РФ) при оказании медицинской помощи;

- экспертизу процесса оказания медицинской помощи конкретным пациентам, согласно критериям оценки качества медицинской помощи (утв. приказом Минздрава России от 10.05.2017 № 203н);

- изучение удовлетворенности пациентов системой здравоохранения (проведение анкетирования, маркетинговых исследований);

- анализ обращений граждан вследствие взаимодействия с системой здравоохранения;

- расчет, анализ, мониторинг показателей, характеризующих качество и эффективность медицинской помощи (согласно методическим рекомендациям - критерии оценки эффективности деятельности медицинского персонала);

- выявление и обоснование дефектов, врачебных ошибок и других факторов, оказавших негативное действие и повлекших за собой снижение качества и эффективности медицинской помощи;

- оценку качества и безопасности медицинской деятельности учреждения в целом, его структурных подразделений путем проведения плановых и целевых (внеплановых) проверок;

- учет и выявление 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 действующими 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;

- выявление и анализ информации обо всех случаях выявления побочных действий, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия, о нежелательных реакциях при его применении, об особенностях взаимодействия медицинских изделий между собой, о фактах и об обстоятельствах, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации медицинских изделий, сообщаемой медицинской организацией в уполномоченный Правительством Российской Федерации федеральный орган исполнительной власти;

- подготовку рекомендаций, направленных на предупреждение врачебных ошибок и дефектов в работе и способствующих повышению качества и эффективности медицинской помощи;

- организацию и проведение методической работы по использованию нормативных документов, регулирующих работу по качеству оказания медицинской помощи;

- выбор наиболее рациональных управленческих решений и проведение оперативных корректирующих действий;

- оценку результатов мероприятий по повышению качества и безопасности медицинской деятельности;

- контроль за реализацией управленческих решений.

6.1.8. Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется уполномоченными сотрудниками, назначенными приказами руководителя учреждения ответственными за проведение внутреннего контроля качества медицинской помощи (далее по тексту - Ответственные за проведение контроля).

6.1.9. Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности не может проводиться Ответственными за проведение контроля в случаях, когда медицинская помощь оказывалась самими Ответственными за проведение контроля.

6.1.10. Ответственные за проведение внутреннего контроля несут ответственность за объективность оценки качества оказанной медицинской помощи при проведении внутреннего контроля качества в соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации и должностными обязанностями.

6.1.11. Для участия в проведении внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности могут привлекаться главные внештатные специалисты (других медицинских организаций, НИИ, ВУЗов и т.д.).

6.1.12. Ответственность за организацию и проведение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности несет руководитель учреждения здравоохранения.

6.1.13. Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется посредством плановых, внеплановых внутренних проверок медицинской организации и мониторинга показателей качества и безопасности медицинской деятельности, в том числе риск ориентированного подхода путем прогнозирования и учета неблагоприятных событий, возникающих в процессе осуществления медицинской деятельности.

6.1.14. Проверки проводятся путем оценки структурных подразделений и/или Учреждения в целом по направлениям деятельности группой собственных и (или) привлеченных экспертов/специалистов для анализа осуществляемой деятельности на соответствие установленным критериям и определения текущего состояния качества и безопасности медицинской деятельности с последующими разработкой и проведением корректирующих мероприятий (при необходимости) для обеспечения рационального использования имеющихся ресурсов, стандартизации процессов медицинской деятельности, безопасности медицинской деятельности, в том числе для пациентов и персонала, а также повышения качества медицинской помощи.

6.1.15. Плановые проверки в медицинской организации осуществляются в соответствии с ежегодным планом, утвержденным главным врачом УМК, не реже 1 раза в квартал.

6.1.16. Целевые (внеплановые) проверки проводятся по решению руководителя медицинской организации:

- при наличии отрицательной динамики показателей качества и безопасности медицинской деятельности, 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 и внутрибольничного инфицирования, и осложнений, вызванных медицинским вмешательством.

6.1.18. Проверки включают анализ случаев оказания медицинской помощи, отобранных методом случайной выборки и (или) по тематически однородной совокупности случаев.

6.1.19. Проверка по тематически однородной совокупности случаев проводится в отношении определенной совокупности случаев, отобранных по тематическим признакам. Выбор тематики для проведения проверки осуществляется на основании показателей деятельности учреждения, его структурных подразделений.

6.1.20. 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 в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций, 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.

6.1.21. Срок проведения плановых и целевых (внеплановых) проверок устанавливается главным врачом либо уполномоченным им заместителем или заведующим сектором экспертизы и контроля качества медицинской помощи в зависимости от предмета проверки и особенностей деятельности медицинской организации, но не должен превышать 10 рабочих дней.

6.1.22. При проведении плановых и целевых (внеплановых) проверок Комиссия и (или) Уполномоченное лицо имеют право:

- осуществлять получение, сбор и анализ сведений о деятельности структурных подразделений учреждения;

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

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

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

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

6.1.23. При проведении проверки структурных подразделений Учреждения члены комиссии, используя соответствующие источники информации, оценивает соответствие структурных подразделений Учреждения установленным требованиям (критериям).

6.1.24. В ходе плановых и целевых (внеплановых) проверок для оценки качества и безопасности медицинской деятельности используются группы показателей, утвержденные приложениями к настоящему приказу.

6.1.25. Результаты работы по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности учитываются при оценке деятельности структурных подразделений и их руководителей.

## **6.2. Основные направления контроля для обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности. Уровни контроля качества.**

6.2.1. Качество и безопасность медицинской деятельности в учреждении определяются состоянием показателей следующих направлений деятельности учреждения (разделы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности):

- Управление персоналом. Медицинские кадры. Компетентность и компетенции.

- Организация профилактической работы. Формирование здорового образа жизни среди населения.

- Организация работы регистратуры.



- Идентификация личности пациента.
- Организация экстренной и неотложной помощи в поликлинике.
- Стационарзамещающие технологии (организация работы дневного стационара).
- Приемственность оказания медицинской помощи. Передача ответственности за пациента.
- Эпидемиологическая безопасность (профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП)).
- Лекарственная безопасность. Фармаконадзор.
- Контроль качества и безопасности обращения медицинских изделий.
- Безопасность среды в медицинской организации. Профилактика падений.
- Хирургическая безопасность. Профилактика рисков, связанных с оперативными вмешательствами.
- Организация оказания медицинской помощи на основании данных доказательной медицины. Соответствие клиническим рекомендациям (протоколам лечения).
- Клиентоориентированность.
- Организация работы в клиничко-диагностической лаборатории.

6.2.2. Управление контролем КМП в учреждении направлено на организацию и обеспечение контроля по вышеперечисленным направлениям деятельности учреждения с целью объективной оценки качества и безопасности медицинской помощи и обеспечения соблюдения обязательных требований при осуществлении деятельности учреждения в сфере охраны здоровья.

6.2.3. Уровни контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

- 0 уровень - самоконтроль сотрудников (врачей, медицинских сестер и др. сотрудников);
- 1 уровень - ответственные за осуществление 1 уровня контроля качества (заведующие отделениями, старшая медицинская сестра);
- 2 уровень - ответственные за осуществление 2 уровня контроля качества (зам. главного врача, главная медицинская сестра);
- 3 уровень - ответственные за осуществление 3 уровня контроля качества (Врачебная комиссия и подкомиссия).

### **6.3. Ответственность и полномочия в системе управления качеством медицинской помощи и внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.**

6.3.1. Ответственность, полномочия и взаимодействие сотрудников учреждения определяются с целью внедрения и поддержания в рабочем состоянии результативной системы управления качеством медицинской помощи посредством следующих документов: положений о подразделениях, должностных инструкций и функциональных обязанностей, локальных документов, которые документированы и доведены до сведения сотрудников, настоящим Положением.

6.3.2. Ответственные сотрудники за организацию системы управления качеством медицинской помощи назначается приказом главного врача учреждения.

6.3.3. **Самоконтроль** сотрудников (врачей, медицинских сестер и др. сотрудников).

- Самоконтроль осуществляется врачом, медицинской сестрой при анализе медицинской документации, объективном осмотре, выполнении медицинских манипуляций, выполнении своих трудовых функций с целью исключения дефектов, наличие которых способствует снижению качества медицинских услуг; в ходе самоконтроля при необходимости своевременно проводят корректировку лечебных мероприятий. Самоконтроль осуществляется в текущем режиме.

- Сотрудники УМК ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ МЗ РФ обязаны постоянно повышать свою квалификацию в соответствии с действующим законодательством.

- Сотрудники должны руководствоваться в своей работе действующими нормативными документами ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ МЗ РФ.

6.3.4. Ответственные за осуществление **1 уровня контроля качества** (заведующие отделениями, старшая медицинская сестра):

- являются непосредственными руководителями сотрудников, находящихся в их подчинении в соответствии с исполняемыми обязанностями;

- в вопросах, относящихся к системе контроля качества, подчиняется непосредственному вышестоящему руководству;

- в своей деятельности руководствуются настоящим Положением, распоряжениями вышестоящего руководства, локальными нормативными актами и другими нормативными документами ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ МЗ РФ.

6.3.4.1. Ответственные за осуществление 1 уровня контроля качества (заведующие отделениями, старшая медицинская сестра) **обязаны:**

- организовать работу в порученном структурном подразделении/отделении, направленную на улучшение качества и обеспечение безопасности медицинской деятельности в Учреждении;

- участвовать в разработке документов системы контроля качества;

- организовать и контролировать ознакомление сотрудников отделения с основными принципами контроля качества и основной документацией системы внутреннего контроля;

- вести учет документов системы контроля качества, поступающих в подразделение, в соответствии с профилем и областью применения;

- проводить первичный инструктаж вновь принятых сотрудников, в том числе и по вопросам политики качества и безопасности медицинской помощи, принятой в Учреждении;

- постоянно контролировать наличие актуальной документации контроля качества у сотрудника в соответствии с должностью на рабочих местах непосредственных исполнителей;

- участвовать в подготовке подразделения к внутренним и внешним аудитам (проверкам);

- доводить до сведения сотрудников подразделения результаты аудитов;

- организовывать устранение несоответствий в отделении, в сроки, в соответствии с планом корректирующих мероприятий;

- заведующие отделениями обязаны проводить экспертизу качества медицинской помощи пациентам в соответствие с Положением об организации экспертной работы в учреждении;

- старшая медицинская сестра обязана проводить экспертизу качества и безопасности предоставления средним медицинским персоналом медицинских услуг пациентам в соответствие, алгоритмами, инструкциями и др. документами.

6.3.4.2. Ответственные за осуществление 1 уровня контроля качества (заведующие отделениями, старшая медицинская сестра) имеют **право**:

- запрашивать информацию о деятельности в области качества в соответствующих отделениях УМК ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ МЗ РФ.

- вносить предложения по устранению и предупреждению нарушений в процессе диагностики и лечения пациентов;

- знакомиться с приказами главного врача и утвержденными документами, регламентирующими деятельность в области системы контроля качества и другими нормативными актами УМК ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ МЗ РФ;

- контролировать деятельность в порученном ему структурном подразделении/отделении в области системы контроля качества и представлять свои предложения по улучшению системы контроля качества.

6.3.4.3. Ответственные за осуществление 1 уровня контроля качества (заведующие отделениями, старшая медицинская сестра) в рамках исполнения своих должностных обязанностей **взаимодействуют**:

- с сотрудниками подразделения;

- с ответственными за осуществление 2 уровня контроля качества.

6.3.4.4. Ответственные за осуществление 1 уровня контроля качества (заведующие отделениями, старшая медицинская сестра) **несут персональную ответственность** за:

- возложенные на них обязанности в области качества и безопасности медицинской деятельности;

- достоверность предоставляемой информации;

- своевременность выявления несоответствий в деятельности подразделения;

- своевременное выполнение приказов и распоряжений в области качества и безопасности медицинской деятельности;

- исполнение плана корректирующих мероприятий, направленного на улучшение качества и безопасности медицинской деятельности в подразделении в рамках своих компетенций.

6.3.4.5. Ответственные за осуществление **2 уровня контроля качества** (заместитель главного врача и главная медицинская сестра):

- подчиняется непосредственному вышестоящему руководству;

- ответственным за осуществление 2 уровня контроля качества подчиняются подконтрольные ему ответственные за осуществление 1 уровня контроля качества (заведующие отделениями, старшая медицинская сестра);

- в своей деятельности руководствуются настоящим положением, распоряжениями вышестоящего руководства, локальными нормативными актами и другими нормативными документами ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ МЗ РФ.

6.3.5.1. Ответственные за осуществление 2 уровня контроля качества (заместитель главного врача и главная медицинская сестра) **обязаны**:

- организовать работу службы, подразделений или группы по разделам внутреннего контроля качества, с целью улучшения качества и обеспечения безопасности медицинской деятельности в УМК;

- вносить предложения по устранению и предупреждению нарушений в процессе диагностики и лечения пациентов;

- осуществлять организационно-методическое руководство, координацию и контроль деятельности структурных подразделений по вопросам качества и безопасности медицинской деятельности;
- участвовать в разработке документов управления качеством;
- участвовать в подготовке подразделений (службы) к внешним аудитам (проверкам);
- доводить до сведения сотрудников службы/подразделений результаты аудитов;
- принимать участие в разработке плана корректирующих и предупреждающих мероприятий по улучшению качества и безопасности медицинской деятельности с руководителями подразделений согласно профильности своих должностных обязанностей;
- контролировать исполнение мероприятий, направленных на улучшение качества и безопасности медицинской деятельности в подразделениях (службе) в соответствии с разработанными планами.

6.3.5.2. Ответственные за осуществление 2 уровня контроля качества (заместитель главного врача и главная медицинская сестра) **имеют право:**

- запрашивать информацию о деятельности в области качества в соответствующих подразделениях УМК ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ МЗ РФ;
- знакомиться с приказами главного врача и утвержденными документами, регламентирующими деятельность в области качества и другими нормативными актами УМК ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ МЗ РФ;
- контролировать деятельность службы (подразделений) в области качества и представлять главному врачу и руководителю сектора экспертизы и контроля качества медицинской помощи свои предложения по улучшению системы управления качеством;
- совершенствовать и формировать систему оценки деятельности медицинских работников.

6.3.5.3. Ответственные за осуществление 2 уровня контроля качества (заместитель главного врача и главная медицинская сестра) взаимодействует:

- с ответственными за осуществление 1 уровня контроля качества УМК ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ МЗ РФ;
- с сотрудниками подразделений;

6.3.5.4. Ответственные за осуществление 2 уровня контроля качества (заместитель главного врача и главная медицинская сестра) **несут персональную ответственность** за:

- возложенные на них обязанности в области качества и безопасности медицинской деятельности;
- достоверность предоставляемой информации;
- своевременность выявления несоответствий в деятельности службы/подразделений;
- своевременное выполнение приказов и распоряжений в области качества и безопасности медицинской деятельности;

6.3.6. Ответственные за осуществление 3 уровня контроля качества (Врачебная комиссия и подкомиссия):

- состав врачебной комиссии, врачебной подкомиссии УМК ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ МЗ РФ определяются и утверждаются приказами главного врача учреждения;

- руководители врачебной комиссии и подкомиссии подчиняются непосредственно главному врачу;

- в своей деятельности врачебная комиссия учреждения руководствуется действующим законодательством, нормативно-правовыми актами, организационно-распорядительными документами самой организации и настоящим положением.

**6.3.6.1. Функции и задачи врачебной комиссии** учреждения определяются приказом МЗ и СР РФ от 05.05.2012 № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации» (в ред. приказа Минздрава России от 02.12.2013 N 886н).

- осуществляет организационно-методическое руководство и информационно-аналитическое обеспечение системы управления качеством медицинской помощи (КМП);

- осуществляет разработку, планирование и проведение мероприятий по повышению КМП, обеспечению ее соответствия современному уровню развития медицинской науки и требованиям нормативно-правовых документов;

- осуществляет разработку и совершенствование локальной нормативно-правовой базы по экспертизе и управлению КМП;

- формирование и сопровождение базы данных о КМП в учреждении, анализ и обобщение информации о состоянии КМП в структурных подразделениях по разным профилям заболеваний;

- организация экспертизы КМП в соответствии с действующими правилами, требованиями стандартов и иных нормативных актов, условиями договоров на оказание медицинской помощи;

- анализ жалоб и претензий по вопросам КМП пациентов и других заинтересованных сторон (фонда ОМС, СМО, общественных организаций по защите прав пациентов и т.д.), изучение причин низкого качества медицинских услуг, нарушений требований стандартов и иных нормативно-правовых актов, разработка предложений по устранению недостатков;

- формирование ежегодного плана - графика внутренних аудитов, формирование комиссий для проведения внутренних аудитов;

- организация и обеспечение проведения внутренних/внешних аудитов;

- совершенствование системы мотивации и повышения ответственности работников с учетом результатов их деятельности в области КМП;

- участие в формировании критериев эффективности деятельности подразделений и сотрудников, в мониторинге их выполнения;

- подготовка аналитических отчетов и экспертных заключений по результатам экспертизы КМП;

- координация и реализация планов корректирующих мероприятий, разработанных по итогам проведения внутренних/внешних аудитов;

- формирует не реже 1 раза в полугодие, а также по итогам года сводный отчет, содержащий информацию о состоянии качества и безопасности медицинской деятельности, на основании которого утверждается перечень корректирующих мер.

- организация и контроль обучения разработанным внутриучрежденческим документам всех заинтересованных сотрудников, организация и контроль самообучения медицинских работников по вопросам качества медицинской помощи и безопасности медицинской деятельности;

- проведение работы с пациентами/сотрудниками по вопросам управления качеством и безопасностью медицинской деятельности: опрос, анкетирование, анализ полученной от пациентов информации, выявление проблемных моментов;

- информирование врачей, среднего медицинского персонала и других сотрудников медицинской организации о состоянии качества и безопасности медицинской деятельности и мерах, принимаемых для улучшения на заседаниях врачебной комиссии, конференциях, совещаниях врачей, среднего медицинского персонала и других заинтересованных сотрудников учреждения;

- разработка предложений по устранению и предупреждению нарушений в процессе диагностики и лечения пациентов;

- подготовка рекомендаций, разработка предложений, проектов управленческих решений по улучшению КМП на основе применения современных методов и принципов менеджмента качества.

**6.3.6.2. Права врачебной комиссии** учреждения определяются приказом МЗ и СР РФ от 05.05.2012 № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации» (в ред. приказа Минздрава России от 02.12.2013 N 886н).

**6.3.7. Главный врач**, в рамках системы управления качеством медицинской помощи обладает следующими полномочиями:

- утверждает документы системы управления качеством и другие внутренние документы;

- обеспечивает понимание и неуклонное проведение политики в области качества на всех уровнях УМК;

- назначает в каждом подразделении Учреждения уполномоченного по качеству;

- принимает решения о проведении анализа системы управления качеством со стороны руководства и утверждает мероприятия по устранению несоответствий, выявленных при проведении анализа;

- организует реализацию процесса разработки, внедрения и повышения результативности системы управления качеством;

- утверждает годовой план развития системы управления качеством, как часть плана общего плана Учреждения;

- утверждает годовой план проведения внутренних аудитов;

- утверждает план проведения корректирующих действий по выявленным несоответствиям.

#### **6.4. Документация, показатели в системе управления качеством и безопасностью медицинской деятельности.**

**6.4.1.** По каждому из основных направлений контроля качества медицинской помощи определяются показатели (объединённые в группы), которые являются одновременно и целевыми ориентирами для повседневной работы Учреждения, и критериями для их оценки.

6.4.2. По каждому из разделов определяются основные группы показателей (требования соответствия), комплексная оценка которых дает объективную информацию о состоянии качества и безопасности медицинской деятельности работы Учреждения.

6.4.3. Каждая группа показателей включает в себя показатели медицинской деятельности, которые характеризуют ее качество и безопасность и фиксируются разработанными документами.

6.4.4. Номенклатура показателей внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности УМК ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ МЗ РФ включает следующие виды:

- Акт/ Чек-лист/ Журнал/ Извещение/ Отчет/ Протокол
- Инструкция Анкета/ Тест
- Должностные инструкции
- Календарный план-графика/ Мониторинг/ План/План-график Перечень/

Реестр/

- Справочник Положение/Порядок /Приказ/ Программа и др.

6.4.5. Для внедрения внутреннего контроля и управления качеством должны быть разработаны и поддерживаться в актуальном состоянии несколько типов документов Учреждения:

ДИ - должностная инструкция - документ, регламентирующий производственные полномочия и обязанности работника;

РА - рабочий алгоритм – это организованная последовательность действий, для достижения результата, четкий перечень действий персонала в конкретной ситуации (например, при оказании первичной помощи при шоке, остром коронарном синдроме и т.д.);

АП - анкета пациента - методическое средство для получения первичной социологической и социально-психологической информации, оформляемое в виде набора вопросов, логически связанных с задачей исследования удовлетворенности информированности пациентов (законных представителей);

ТС - тест для сотрудников - методическое средство для получения первичной информации, оформляемое в виде набора вопросов, логически связанных с задачей исследования информированности сотрудников/определения уровня теоретических знаний. Тест должен быть закрытой формы: возможность выбора правильного варианта из предложенных/ возможность выбора ответа «да» или «нет»/ возможность выбора одной из предложенных «логических цепочек»;

ЧЛ - чек-лист - это специальный перечень вопросов и требований для каждого проверяемого параметра, перечень пошаговых последовательных действий, которые необходимо выполнить, чтобы получить определенный результат: оценить соответствие требованиям методом прямого наблюдения/соблюдения последовательности действий;

## **6.5. Порядок регистрации результатов внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.**

6.5.1. Лицо, ответственное за проведение проверки, проводит заседание по результатам проверки экспертами/специалистами для обсуждения результатов проверки членами группы, контролирует составление отчета экспертами/специалистами о проведении проверки.

6.5.2. К отчету прилагаются протоколы или заключения по результатам проведенных исследований, экспертиз, анализов, оценок и иные связанные с результатами проверки документы или их копии.

6.5.3. В отчете о проведении проверки указываются только выявленные несоответствия и следующие замечания:

1) категория заключений:

- несоответствие (Н), невыполнение требований, проведение корректирующих мероприятий является необходимым;

- наблюдение (Нб), потенциальное несоответствие или место, где возможны улучшения и рекомендуется проведение предупреждающих действий, согласно доступным ресурсам.

2) категория действия:

- корректирующее действие (К), комплекс мероприятий, нацеленных на устранение причины несоответствия и предупреждение повторения неблагоприятного события;

- предупреждающее действие (П), комплекс мероприятий, нацеленных на уменьшение вероятности наступления несоответствия, или на улучшение показателей деятельности;

- коррекция (Кк), необходимо проведение мероприятий нацеленных на устранение последствий несоответствий (но без воздействия на их причины).

6.5.4. Ответственные за осуществление 3 уровня контроля качества в течение не более 10 рабочих дней, с даты проведения проверки, предоставляет сводный отчет по подразделению руководителю учреждения. Результаты внутреннего контроля доводятся до сведения сотрудников на планерках/конференциях/собраниях.

## **6.6. Направления и формы корректирующих мероприятий по итогам проверок.**

По результатам контрольных проверок, проведенных в рамках внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, проводятся следующие корректирующими мероприятиями:

6.6.1. разработка мероприятий по развитию учреждения, либо его отдельных подразделений, служб, направленных на улучшение показателей качества и безопасности медицинской деятельности;

6.6.2. планирование и проведение обучающих мероприятий в отношении сотрудников, клинических разборов, конференций, совещаний по вопросам качества и безопасности медицинской деятельности;

6.6.3. разработка необходимой документации, в том числе приказов, распоряжений руководителя Учреждения, инструкций.

6.6.4. применение мер административного воздействия к сотрудникам, допускающих нарушения обязательных требований действующего законодательства, создающих угрозу жизни и здоровью граждан, в соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации;

6.6.5. применение мер дополнительного стимулирования и поощрения сотрудников, показавших высокие результаты в ходе реализации мероприятий по улучшению показателей качества и безопасности медицинской деятельности.



6.6.6. разработка и реализация комплекса иных мер для повышения результативности системы управления качеством на усмотрение руководителя учреждения.

**Экспертная оценка медицинской помощи в амбулаторных условиях**

(по медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях № \_\_\_\_\_)

Отделение (кабинет) \_\_\_\_\_ заведующий \_\_\_\_\_ леч.врач \_\_\_\_\_

Ф.И.О., дата рождения \_\_\_\_\_

Обращение: плановое, экстренное. Поступил \_\_\_\_\_ Выписан \_\_\_\_\_ Исход \_\_\_\_\_

Диагноз \_\_\_\_\_

Подлежит экспертному контролю: обязательному; методом случайной выборки

**Критерии качества оказания медицинской помощи**

<b>Раздел 1</b>	<b>Ведение медицинской документации:</b>	
	заполнение всех разделов, предусмотренных амбулаторной картой	
	наличие информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство	
<b>Раздел 2</b>	<b>Первичный осмотр пациента и сроки оказания медицинской помощи (оформление результатов первичного осмотра)</b>	
	наличие жалоб	
	наличие анамнеза заболевания	
	наличие данных объективного обследования	
<b>Раздел 3</b>	<b>Установление предварительного диагноза лечащим врачом в ходе первичного приема пациента</b>	
<b>Раздел 4</b>	<b>Формирование плана обследования пациента при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза</b>	
<b>Раздел 5</b>	<b>Формирование плана лечения при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза, клинических проявлений заболевания, тяжести заболевания или состояния пациента</b>	
<b>Раздел 6</b>	<b>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</b>	
<b>Раздел 7</b>	<b>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</b>	
	оформление обоснования клинического диагноза соответствующей записью в амбулаторной карте	
	установление клинического диагноза в течение 10 дней с момента обращения	
	проведение консилиума врачей (при затруднении установления клинического диагноза) с внесением соответствующей записи в амбулаторную карту с подписью заведующего отделением	
<b>Раздел 8</b>	<b>Наличие соответствующей записи в амбулаторную карту при наличии заболевания (состояния), требующего оказания медицинской помощи в стационарных условиях:</b>	
	наличие указания перечня рекомендуемых лабораторных и инструментальных методов исследований	
	оформление направления с указанием клинического диагноза	
<b>Раздел 9</b>	<b>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</b>	
<b>Раздел 10</b>	<b>Проведение экспертизы временной нетрудоспособности в установленном порядке</b>	
	Не решён вопрос трудоспособности при наличии признаков её утраты	
	Листок нетрудоспособности выдан необоснованно	
	Листок нетрудоспособности продлён не в срок	
	Не соблюдаются средние сроки временной нетрудоспособности	
	Несоответствие сроков продления в листке нетрудоспособности с записью в медицинской карте амбулаторного больного, нет записи о продлении листка нетрудоспособности	
	Несвоевременное представление на ВК	

**Последствия дефектов:**

**Предложения:**

Заместитель главного врача \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровать)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Заведующий отделением \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровать)

**Экспертная оценка медицинской помощи в условиях дневного стационара  
(по медицинской карте стационарного больного № \_\_\_\_\_,  
карте больного дневного стационара поликлиники (стационара на дому),  
стационара дневного пребывания в больнице № \_\_\_\_\_)**

Отделение \_\_\_\_\_ заведующий \_\_\_\_\_ леч.врач \_\_\_\_\_

Ф.И.О. возраст больного \_\_\_\_\_

Поступление: плановое, экстренное.

Поступил \_\_\_\_\_ Выписан \_\_\_\_\_ Исход \_\_\_\_\_

Диагноз \_\_\_\_\_

Подлежит экспертному контролю: обязательному; методом случайной выборки

<b>Раздел 1</b>	<b>Ведение медицинской документации № _____:</b>	
	заполнение всех разделов, предусмотренных первичной медицинской документацией	
	наличие информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство	
	наличие направления от врача на лечение в дневном стационаре	
<b>Раздел 2</b>	<b>Первичный осмотр пациента и сроки оказания медицинской помощи в дневном стационаре</b>	
	жалобы пациента (правильно изложены, соответствующие диагнозу)	
	наличие анамнеза жизни и заболевания	
	наличие данных объективного обследования	
<b>Раздел 3</b>	<b>Постановка и обоснование диагноза</b>	
	соответствие записям анамнеза и результатов обследования	
<b>Раздел 4</b>	<b>Формирование плана обследования пациента при первичном осмотре с учетом диагноза, с учетом диагноза, стандартов и клинических рекомендаций по оказанию медицинской помощи</b>	
<b>Раздел 5</b>	<b>Формирование плана лечения с учетом диагноза, клинических проявлений заболевания, тяжести заболевания или состояния пациента, лабораторных и инструментальных методов исследования (при наличии)</b>	
	рекомендации по диете, режиму труда и отдыха	
	длительность курса лечения, указания дозировки препаратов	
	назначение лекарственных препаратов с учетом сопутствующих заболеваний	
<b>Раздел 6</b>	<b>Проведение осмотра заведующим дневным стационаром при поступлении или в течение 48 часов с момента поступления пациента на лечение в дневной стационар, далее по необходимости</b>	
<b>Раздел 7</b>	<b>Проведение экспертизы временной нетрудоспособности в установленном порядке,</b>	
	обоснованность выдачи листка нетрудоспособности	
	соблюдение средних сроков временной нетрудоспособности	
	соответствие сроков продления в листке нетрудоспособности с записями в медицинской карте	
	продление листка нетрудоспособности в срок, своевременное представление на ВК	
	рекомендации после лечения в дневном стационаре	
<b>Раздел 8</b>	<b>Качество оформление медицинской карты</b>	
<b>Раздел 9</b>	Оформление по результатам лечения 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 организации, на которой идентифицируется полное наименование медицинской организации в соответствии с учредительными документами, выданной на руки пациенту (его законному представителю) в день выписки из медицинской организации	
	<b>Последствия дефектов</b>	
	нет вредных последствий для пациента	

**Предложения**

" " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Заведующий отделением \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись) (расшифровать)

**Сводный отчет внутреннего контроля качества и безопасности медицинской помощи  
по картам Экспертной оценки  
за 20 года**

№ п/п	Уровень экспертизы	Количество использованных стандартов		Кол-во проверенных карт (историй болезни)	Карты без замечаний		Дефекты диагностических мероприятий		Дефекты лечебных мероприятий		Дефекты организационных мероприятий				
		федеральных	региональных		абс.	%	абс.	%	абс.	%	Экспертиза трудоспособности		Качество оформления документации		
											абс.	%	абс.	%	
1.	1-й уровень (заведующие отделениями)														
2.	2-й уровень (заместитель главного врача)														
3.	3-й уровень (врачебная комиссия)														

Секретарь ВК \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись) (расшифровка)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Заместитель главного врача \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись) (расшифровка)

