

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПЕРМСКОГО КРАЯ
«Клиническая медико-санитарная часть № 1»**

ПРИКАЗ

1 апреля 2022 г.

№ 41

**«Об организации и проведении
внутреннего контроля качества
и безопасности медицинской
деятельности в ГБУЗ «КМСЧ № 1»**

Во исполнение:

- Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации»,
- Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (в ред. от 24.02.2021),
- приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об организации работ по независимой оценке качества условий оказания услуг медицинскими организациями» от 14.05.2018 № 221,
- приказа Министерства здравоохранения и социального и социального развития Российской Федерации от 05.05.2012 № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации»,
- приказа Минздрава России от 31.07.2020 № 785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности»,
- приказа Минздрава России от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»,
- приказа Минздрава России от 09.11.2017 № 9438 «Об утверждении форм проверочных листов (список контрольных вопросов), используемых федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и ее территориальными органами при проведении плановых проверок при осуществлении федерального государственного надзора в сфере обращения лекарственных средств»,
- приказа Минздрава России от 20.12.2017 № 10450 «Об утверждении форм проверочных листов (список контрольных вопросов), используемых федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и ее

территориальными органами при проведении плановых проверок при осуществлении государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности»,

- Постановления Правительства РФ от 29.06.2021 №1048 «Об утверждении Положения о федеральном государственном контроле (надзоре) качества и безопасности медицинской деятельности»,

- информационного письма Министерства здравоохранения Пермского края от 17.10.2019 г. №СЭД-1-05-1070,

других нормативных документов, регламентирующих проведение контроля качества и безопасности медицинской деятельности и в целях организации и проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ «КМСЧ № 1»,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Создать в ГБУЗ «КМСЧ № 1» Службу внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности с 01.04.2022 (без образования структурного подразделения).

2. Утвердить:

2.1. Состав Службы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ «КМСЧ № 1»:

- Ответственный за организацию и общее руководство внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ «КМСЧ № 1» - заместитель главного врача по медицинской части Лянгазов М.П.;

- Ведущий аудитор — ответственный за осуществление внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ «КМСЧ № 1» по всем направлениям - начальник отдела контроля медицинской помощи Земскова Е.А.;

- Аудиторы в части компетенций, согласно должностным инструкциям и периодическим локальным актам о проведении аудитов, заместители главного врача, заведующие структурными подразделениями, специалисты.

- Юрист — Заровняева Т.В.

2.2. Положение о Службе внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ «КМСЧ № 1» (Приложение 1);

2.3. Положение об организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ «КМСЧ № 1» (Приложение 2).

2.4. Форму «Карта самоконтроля врача» (Приложение 3).

2.5. Форму «Информация о пациенте», чек-лист для сбора обязательной информации (Приложение 4).

2.6. Форму «Анализ качества медицинской помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией COVID-19», чек-лист для специалистов службы внутреннего контроля качества (Приложение 5).

2.7. План внутренних аудитов в подразделениях ГБУЗ «КМСЧ № 1» на 2022 год (Приложение 6).

2.8. График проведения внутренних аудитов в подразделениях ГБУЗ «КМСЧ № 1» на 2022 год (Приложение 7).

3. Ответственному за организацию и общее руководство внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ «КМСЧ № 1» заместителю главного врача по медицинской части Лянгазову М.П.:

3.1. Провести подготовительные мероприятия по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ «КМСЧ № 1» в срок до 01.04.2022 включительно;

3.2. Сформировать и утвердить главным врачом ГБУЗ «КМСЧ № 1» в срок до 01.04.2022 года включительно план работы Службы внутреннего контроля качества

и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ «КМСЧ № 1» на 2022 год.

3.3. Информировать структурные подразделения ГБУЗ «КМСЧ № 1» в срок до 10.04.2022 включительно о мероприятиях, связанных с организацией внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ «КМСЧ № 1» в соответствии с настоящим Приказом;

4. Заведующим отделениями, руководителям структурными подразделениями, главной медицинской сестре, менеджеру, специалисту по охране труда, специалисту по гражданской обороне, начальнику административно-хозяйственной службы, эпидемиологу, заведующей аптекой, заведующей лабораторией, начальнику отдела информационных технологий, клиническому фармакологу:

- обеспечить в подведомственном структурном подразделении проведение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. По результатам контроля незамедлительно принимать меры по устранению нарушений требований к обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности, установленных законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан, в пределах полномочий. Информацию о принятых мерах доводить до сведения заместителя главного врача по медицинской части Лянгазова М.П. Оказывать всестороннее содействие деятельности Службы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности ГБУЗ «КМСЧ № 1» и членам комиссии (состав комиссии утверждается отдельным приказом не позднее чем за 10 дней до начала каждой проверки).

5. Настоящий приказ вступает в силу с момента подписания.

6. Приказ ГБУЗ «КМСЧ № 1» от 22.11.2019 г. № 134 «Об обеспечении качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ «КМСЧ № 1», приказ ГБУЗ «КМСЧ № 1» от 18.01.2021 г. № 2-5 «Об организации и проведении внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ «КМСЧ № 1», », приказ ГБУЗ «КМСЧ № 1» от 30.06.2021 г. № 39-1 «Об организации и проведении внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ «КМСЧ № 1» признать утратившими силу.

7. Секретарю Трапезниковой Ю.Г.:

7.1. Обеспечить размещение отсканированного варианта настоящего приказа на официальном сайте ГБУЗ «КМСЧ № 1»;

7.2. подготовить и передать копии настоящего приказа начальнику отдела по работе с персональными данными Мехоношиной М.А.

8. Начальнику отдела по работе с персональными данными Мехоношиной М.А. организовать:

8.1. Ознакомление под роспись заместителей главного врача, заведующих отделениями, руководителей структурных подразделений, главную и старших медицинских сестер, менеджера, специалиста по охране труда, специалиста по гражданской обороне, начальника административно-хозяйственной службы, эпидемиолога;

8.2. Сбор листов ознакомления работников из структурных подразделений в ГБУЗ «КМСЧ № 1»;

8.3. При приеме на работу на должности заведующего отделением, врача личное ознакомление работников с настоящим приказом под роспись;

9. Контроль над исполнением настоящего приказа оставляю за собой

Главный врач



Д.В. Михайленко

**«Об организации и проведении
внутреннего
контроля качества и безопасности
медицинской деятельности в ГБУЗ
«КМСЧ № 1»**

**Положение
о Службе внутреннего контроля качества и безопасности медицинской
деятельности в ГБУЗ «КМСЧ № 1»**

1. Общие положения

1.1. Настоящее положение определяет назначение, цели, задачи, функции, права, ответственность и основы деятельности службы качества медицинской помощи в ГБУЗ «КМСЧ № 1» (далее – Служба ВКК).

1.2. Служба ВКК является функциональным подразделением ГБУЗ «КМСЧ № 1», деятельность которого направлена на повышение качества медицинской помощи, и подчиняется непосредственно главному врачу ГБУЗ «КМСЧ № 1».

1.3. В своей деятельности Служба ВКК руководствуется действующим законодательством, нормативно-правовыми актами и методическими материалами по экспертизе и управлению ВКК, организационно-распорядительными документами ГБУЗ «КМСЧ № 1» и настоящим положением.

1.4. Служба ВКК осуществляет организационно-методическое руководство и информационно-аналитическое обеспечение системы управления качеством в ГБУЗ «КМСЧ № 1», планирование и организацию экспертизы внутреннего контроля качества, разработку предложений по повышению качества медицинской помощи на основе применения современных методов и принципов менеджмента качества.

1.5. Деятельность Службы ВКК осуществляется на основе текущего и перспективного планирования, сочетания единоначалия в решении вопросов служебной деятельности и коллегиальности при их обсуждении, персональной ответственности работников за надлежащее исполнение возложенных на них должностных обязанностей и отдельных поручений руководителя Службы ВКК.

1.6. Состав Службы ВКК ГБУЗ «КМСЧ № 1» утвержден внутренним локальным актом за подписью главного врача. Рабочая группа, функционально исполняющая обязанности по проведению аудита внутреннего контроля качества, формируется в определенные плановой и целевой проверками сроки.

Информация предоставляется в письменном и электронном виде в строго установленные сроки, указанные в локальном акте.

Последовательность действий рабочей группы в рамках аудита внутреннего контроля качества:

- Выход ответственных в подразделения с планом проверки и чек-листом. Длительность проверки может осуществляться до 3 рабочих дней. Ответственный вправе привлечь к совместной работе сотрудников из подведомственных подразделений (до трех человек).

- Результаты проверки фиксируются на бумажном и электронном носителях и передаются ведущему аудитору — ответственному за осуществление внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ «КМСЧ № 1» по всем направлениям - начальнику отдела организации контроля медицинской помощи Земсковой Е.А.;

- Ведущий аудитор обрабатывает полученную информацию, анализирует, выносит свои предложения и передает информацию заместителю главного врача по медицинской части Лянгазову М.П. Длительность обработки информации ведущим аудитором не должна превышать 2 рабочих дня;

- Заместитель главного врача по медицинской части или лицо, замещающее в его отсутствие, составляет единый информационно-аналитический отчет и передает его главному врачу для вынесения управленческих решений и формирования дорожной карты.

В рамках работ по проведению внутреннего контроля, на период проверок, состав Службы ВКК увеличивается на требуемое количество единиц из числа работников ГБУЗ «КМСЧ № 1» и утверждается приказом главного врача ГБУЗ «КМСЧ № 1».

1.7. Квалификационные требования, функциональные обязанности, права, ответственность руководителя и других работников Службы ВКК регламентируются должностными инструкциями, утверждаемыми главным врачом ГБУЗ «КМСЧ № 1».

2. Основные задачи Службы ВКК

Основными задачами Службы ВКК являются:

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

2.2. Обеспечение и оценка соблюдения прав граждан в сфере охраны здоровья при осуществлении медицинской деятельности;

2.3. Обеспечение и оценка применения порядков оказания медицинской помощи, правил проведения лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных видов диагностических исследований, положений об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, стандартов медицинской помощи;

2.4. Обеспечение и оценка соблюдения порядков проведения медицинских экспертиз, медицинских осмотров;

2.5. Обеспечение и оценка соблюдения медицинскими работниками и руководителями медицинских организаций ограничений, налагаемых на указанных лиц при осуществлении ими профессиональной деятельности в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ;

2.6. 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;

2.7. 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 диагностических и лечебных 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 стационарных условиях, проведения отдельных диагностических обследований и консультаций врачей-специалистов;

2.8. Принятие мер по пресечению и (или) устранению последствий и причин нарушений, выявленных в рамках федерального 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;

2.9. Формирование предложений для принятия управленческих решений по совершенствованию подходов к осуществлению медицинской деятельности.

3. Основные функции Службы ВКК

Функции Службы ВКК:

3.1. Оценка качества и безопасности медицинской деятельности медицинской организации, ее структурных подразделений путем проведения плановых и целевых (внеплановых) проверок;

3.2. Сбор статистических данных, характеризующих качество и безопасность медицинской деятельности медицинской организации, и их анализ;

3.3. 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);

3.4. Мониторинг наличия лекарственных препаратов и медицинских изделий с учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций;

3.5. 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;

3.6. Анализ информации обо всех случаях выявления побочных действий, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия, о нежелательных реакциях при его применении, об особенностях взаимодействия медицинских изделий между собой, о фактах и об обстоятельствах, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации медицинских изделий, сообщаемой медицинской организацией в установленном уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти порядке;

3.7. Мониторинг наличия у медицинских работников документов об образовании и сертификата специалиста либо свидетельства об аккредитации специалиста.

4. Права

Работники, являющиеся членами Службы ВКК, имеют право:

4.1. получать поступающие в организацию документы и иные информационные материалы по своему профилю деятельности для ознакомления, систематизированного учета и использования в работе;

4.2. запрашивать и получать от руководителей организации и ее структурных подразделений информацию, необходимую для выполнения возложенных на него задач и функций;

4.3. осуществлять в пределах своей компетенции проверку и координацию деятельности структурных подразделений организации по вопросам обеспечения и контроля качества медицинской помощи, о результатах проверок докладывать руководству организации;

4.4. вносить руководству организации предложения по совершенствованию форм и методов работы организации в области качества, включая:

- проекты правовых актов и инструктивных документов, регулирующих порядок проведения и использования результатов экспертизы качества медицинской помощи в медицинском учреждении;

- проекты правовых актов и инструктивных документов, регулирующих порядок организации и условия оказания медицинской помощи, включая стандарты медицинской помощи;
- программы, планы, проекты управленческих решений по улучшению качества медицинской помощи в медицинском учреждении;
- предложения по корректировке мер, направленных на улучшение качества медицинской помощи, по результатам оперативного контроля с использованием индикаторов качества медицинской помощи;
- проекты решений по мерам, направленным на восстановление нарушенных прав граждан в связи с ненадлежащим качеством медицинской помощи;
- предложения по совершенствованию работы Службы ВКК;
- предложения по материальному и моральному стимулированию врачей, иных сотрудников, структурных подразделений учреждения по результатам экспертизы качества медицинской помощи;
- инициировать проведение экспертизы качества медицинской помощи по отдельным случаям и тематических экспертиз качества медицинской помощи, а также мета экспертизы качества медицинской помощи;
- осуществлять оперативный контроль качества медицинской помощи по индикаторам качества медицинской помощи для оценки эффективности работ по улучшению качества медицинской помощи;
- участвовать в подборе и расстановке кадров по своему профилю деятельности;
- вносить предложения руководству организации по повышению квалификации, поощрению и наложению взысканий на работников Службы ВКК и других структурных подразделений учреждения по своему профилю деятельности;
- проводить совещания, конференции по вопросам качества медицинской помощи;
- участвовать в совещаниях и иных мероприятиях при рассмотрении вопросов качества медицинской помощи.

5. Ответственность

5.1. В рамках деятельности Служба ВКК подчиняется непосредственно главному врачу в независимости от рутинной подчиненности.

5.2. В рамках работ по проведению внутреннего контроля члены Службы ВКК подчиняются непосредственно руководителю Службы ВКК, в независимости от рутинной подчиненности.

5.3. На время функционирования Службы ВКК до 10% рабочего времени члены Службы ВКК могут использовать для выполнения задач по менеджменту рисков (разбор, анализ, стратегическое планирование).

5.4. Руководитель Службы должен предоставлять главному врачу периодические отчеты, не реже одного раза в квартал, а также информацию о деятельности Службы ВКК.

	подразделений о текущем состоянии процессов
Проведение разборов жалоб граждан по вопросам оказания медицинской помощи	Составление отчетов о результатах проверки
Разработка мероприятий по устранению и предупреждению нарушений в процессах диагностики и лечения	Разработка и утверждение у главного врача плана корректирующих мероприятий

Приложение к приказу № 2

01.04.22 № 48

**«Об организации и проведении
внутреннего качества
и безопасности медицинской
деятельности в ГБУЗ «КМСЧ № 1»**

**Положение
об организации внутреннего контроля качества
и безопасности медицинской деятельности
в ГБУЗ «КМСЧ № 1»**

1. Общие положения

1.1. Положение о порядке организации и проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ «КМСЧ № 1» устанавливает цели, задачи и сроки проведения внутреннего контроля и безопасности медицинской деятельности (далее по тексту – внутренний контроль), основания для проведения внутреннего контроля, функции, права и обязанности, порядок взаимодействия лиц, участвующих в организации и проведении внутреннего контроля, порядок регистрации и анализа результатов внутреннего контроля, порядок использования результатов внутреннего контроля в целях управления качеством и безопасностью медицинской деятельности.

1.2. Целью внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ «КМСЧ № 1» является обеспечение прав граждан на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, правилами проведения лабораторных, инструментальных и иных видов диагностических исследований, положениями об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядками проведения медицинских экспертиз с учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций, а также соблюдения обязательных требований к обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности.

1.3. Задачами внутреннего контроля являются:

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

1.3.2. Обеспечение и оценка соблюдения прав граждан в сфере охраны здоровья при осуществлении медицинской деятельности;

1.3.3. Изучение удовлетворенности граждан оказанной медицинской помощью;

1.3.4. Обеспечение и оценка применения в структурных подразделениях медицинской организации порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи;

1.3.5. Обеспечение и оценка соблюдения медицинскими работниками и руководителями медицинских организаций 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 Российской Федерации»;

1.3.6. 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;

1.3.7. Выполнение медицинскими работниками должностных инструкций в части обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности;

1.3.8. 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 диагностических, лечебных 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 стационарных условиях, проведения отдельных диагностических обследований и консультаций врачей-специалистов;

1.3.9. 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;

1.3.10. Принятие управленческих решений по совершенствованию подходов к осуществлению медицинской деятельности или с целью контроля над исполнением ранее принятых управленческих решений.

1.4. Объектом внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности является медицинская деятельность ГБУЗ «КМСЧ № 1».

1.5. Общее руководство организацией внутреннего контроля в ГБУЗ «КМСЧ № 1» осуществляет главный врач ГБУЗ «КМСЧ № 1».

1.6. Ответственным за организацию внутреннего контроля в ГБУЗ «КМСЧ № 1» является заместитель главного врача по медицинской части.

1.7. Организационно-методическое руководство и информационно-аналитическое обеспечение системы управления качеством в ГБУЗ «КМСЧ № 1», планирование и организацию экспертизы внутреннего контроля качества, разработку предложений по повышению качества медицинской помощи на основе применения современных методов и принципов менеджмента качества осуществляет Служба ВКК ГБУЗ «КМСЧ № 1», функциональным руководителем которой является заместитель главного врача по медицинской части.

1.8. По решению главного врача в ГБУЗ «КМСЧ № 1» разрабатываются локальные акты в рамках внутреннего контроля (стандартные операционные процедуры, алгоритмы действий работников организации, регламенты, правила и др.) 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.

1.9. По решению главного врача для осуществления мероприятий внутреннего контроля могут привлекаться медицинские и немедицинские работники ГБУЗ «КМСЧ № 1».

2. Организация проведения мероприятий, осуществляемых в рамках внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности

2.1. Внутренний контроль включает следующие мероприятия:

2.1.1. Оценку качества и безопасности медицинской деятельности медицинской организации, ее структурных подразделений путем проведения плановых и целевых (внеплановых) проверок;

2.1.2. Сбор статистических данных, характеризующих качество и безопасность медицинской деятельности медицинской организации, и их анализ;

2.1.3. 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);

2.1.4. Мониторинг наличия лекарственных препаратов и медицинских изделий в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций;

2.1.5. 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;

2.1.6. Анализ информации обо всех случаях выявления побочных действий, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия, о нежелательных реакциях при его применении, об особенностях взаимодействия медицинских изделий между собой, о фактах и об обстоятельствах, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации медицинских изделий, сообщаемой медицинской организацией в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения;

2.1.7. Мониторинг наличия у медицинских работников документов об образовании и сертификата специалиста либо свидетельства об аккредитации.

2.2. Уровни внутреннего контроля качества медицинской деятельности:

- самоконтроль проводится лечащим врачом;

- первый уровень контроля качества проводится заведующим структурным подразделением;

- второй уровень контроля качества проводит руководитель по соответствующему разделу деятельности (заместитель главного врача по медицинской части, заместители главного врача по терапии и хирургии, начальники отделов по КК по КЭР, главная медицинская сестра;)

- третий уровень внутреннего контроля проводится службой ВКК;

2.3. Плановые проверки проводятся в соответствии с ежегодным планом, утверждаемым главным врачом ГБУЗ «КМСЧ № 1», не реже 1 раза в квартал.

Предмет плановых и целевых (внеплановых) проверок определяется в соответствии с пунктом 1.3 настоящего Положения.

2.4. 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.

Срок проведения плановых и целевых (внеплановых) проверок устанавливается ответственным за организацию внутреннего контроля в ГБУЗ

«КМСЧ № 1» (заместителем главного врача по медицинской части) в зависимости от предмета проверки и особенностей деятельности медицинской организации, но не должен превышать 10 рабочих дней.

2.5. Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ «КМСЧ № 1» организуется и проводится Службой ВКК в ГБУЗ «КМСЧ № 1» (Положение о Службе Внутреннего контроля качества).

Деятельность Службы регламентируется Положением о Службе ВКК ГБУЗ «КМСЧ № 1».

2.6. На всех этапах контроля качества и безопасности медицинской деятельности оценка качества медицинской помощи осуществляется в соответствии порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи и критериями оценки качества оказания медицинской помощи, утверждёнными уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, а также в соответствии с утвержденными локальными нормативными актами в ГБУЗ «КМСЧ № 1», алгоритмами (картами) оценки качества оказания медицинской помощи.

2.7. На всех этапах внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности выполняется внутренний контроль качества ведения и оформления первичной медицинской документации в соответствии с положением о системе внутреннего контроля качества ведения и оформления первичной медицинской документации в ГБУЗ «КМСЧ № 1».

Врачи – специалисты, ответственные за экспертизу временной нетрудоспособности и контроля качества, выполняют внутренний контроль качества ведения и оформления первичной медицинской документации в пределах своей компетенции в соответствии с локальными нормативными актами, регламентирующими деятельность выполнения данной процедуры, и должностными обязанностями.

2.8. На всех этапах контроля качества и безопасности медицинской деятельности используются чек-листы на основе проверочных листов (списков контрольных вопросов), утвержденных приказами Росздравнадзора России, а также предложений (практических рекомендаций) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ «КМСЧ № 1», разработанных ФГБУ «ЦМИКЭЭ» Росздравнадзора и иных нормативных документов.

2.9. Организация проверки Службой ВКК:

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

2.9.2. Для проведения проверки используются источники информации:

- медицинская документация (медицинская карта стационарного больного);
- результаты анализа жалоб и обращений граждан;
- результаты анкетирования и устных опросов (интервьюирования) по заранее составленной форме пациентов;
- прямое наблюдение за процессами медицинской деятельности.

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

2.9.4. Выбор тематики для проведения проверки осуществляется на основании результатов анализа статистических данных, характеризующих качество и безопасность медицинской деятельности МО и ее структурных подразделений по чек листам созданных на основе проверочных листов (список контрольных вопросов), используемых федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и ее территориальными органами при проведении плановых проверок.

2.9.5. Анализ случаев оказания медицинской помощи в ходе плановых и целевых (внеплановых) проверок осуществляется для оценки качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ «КМСЧ № 1», 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 ГБУЗ «КМСЧ № 1», неудовлетворенности пациента медицинской помощью.

2.9.6. Плановые и целевые (внеплановые) проверки, осуществляемые в рамках внутреннего контроля, предусматривают оценку следующих показателей:

1) Наличие в ГБУЗ «КМСЧ № 1» 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 ГБУЗ «КМСЧ № 1» в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, правилами проведения лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных видов диагностических исследований, положениями об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядками проведения медицинских экспертиз, с учетом стандартов медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций;

3) Обеспечение взаимодействия ГБУЗ «КМСЧ № 1» 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;

4) Соблюдение безопасных условий при транспортировке пациента (в пределах ГБУЗ «КМСЧ № 1» и (или) переводе в другую медицинскую организацию);

5) Обеспечение преемственности оказания медицинской помощи на всех этапах (в том числе при переводе пациента, выписке из ГБУЗ «КМСЧ № 1», 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 ГБУЗ «КМСЧ № 1», 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, 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 ГБУЗ «КМСЧ № 1» (в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, правилами проведения лабораторных, инструментальных и иных видов диагностических исследований);

14) Организация безопасной деятельности клинико-диагностической лаборатории, наличие системы идентификации образцов и прослеживаемости результатов;

15) Обеспечение соблюдения врачебной тайны, в том числе конфиденциальности персональных данных, используемых в медицинских информационных системах ГБУЗ «КМСЧ № 1», при осуществлении медицинской деятельности;

16) соблюдение прав пациентов при оказании медицинской помощи, в том числе, включая организацию мест ожидания в приемном отделении 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;

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 ГБУЗ «КМСЧ № 1» 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 согласно технической и (или) эксплуатационной документации, в соответствии с которой осуществляются производство,

- изготовление, хранение, транспортировка, монтаж, наладка, применение, эксплуатация, в том числе техническое обслуживание, а также ремонт, утилизация или уничтожение медицинского изделия;

- обучение работников ГБУЗ «КМСЧ № 1» применению, эксплуатации медицинских изделий;

22) осуществление мероприятий при хирургических вмешательствах (подготовка пациента к оперативному вмешательству, ведение пациента в периоперационном периоде, в палате пробуждения и послеоперационном периоде, при проведении перевязок) и профилактика рисков, связанных с ними, в том числе на основе клинических рекомендаций;

23) контроль за трахеостомическими и эндотрахеальными трубками;

24) осуществление мероприятий по облегчению боли, связанной с заболеванием, состоянием и (или) медицинским вмешательством, методами и лекарственными препаратами, в том числе наркотическими лекарственными препаратами и психотропными лекарственными препаратами;

25) осуществление мероприятий по обращению донорской крови и (или) ее компонентов в ГБУЗ «КМСЧ № 1», в том числе:

- анализ случаев реакций и осложнений, возникших в связи с трансфузией (переливанием) донорской крови и (или) ее компонентов;

- предупреждение развития реакций и осложнений, возникающих в связи с трансфузией (переливанием) донорской крови и (или) ее компонентов;

26) осуществление мероприятий по организации безопасной среды для пациентов и работников ГБУЗ «КМСЧ № 1», 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 в ГБУЗ «КМСЧ № 1»;

- 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 ГБУЗ «КМСЧ № 1»;
- сбор и анализ информации обо всех случаях нарушения безопасности среды (включая падения пациентов) в ГБУЗ «КМСЧ № 1»;

27) осуществление мероприятий по обеспечению ухода при оказании медицинской помощи, в том числе:

- оценка риска возникновения пролежней;
- проведение мероприятий по профилактике и лечению пролежней;
- анализ информации о случаях пролежней;
- осуществление ухода за дренажами и стомами;
- кормление пациентов, включая зондовое питание;

28) организация мероприятий по профилактике неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни соответствующими структурными подразделениями ГБУЗ «КМСЧ № 1», в том числе информирование пациентов о методах профилактики неинфекционных заболеваний, основах здорового образа жизни;

29) организация мероприятий по раннему выявлению онкологических заболеваний, в том числе:

- создание условий для раннего выявления онкологических заболеваний;
- проведение обучения медицинских работников по вопросам раннего выявления онкологических заболеваний;
- мониторинг своевременности установления диагноза онкологического заболевания, анализ эффективности деятельности по раннему выявлению, лечению онкологических заболеваний;

30) обеспечение функционирования медицинской информационной системы ГБУЗ «КМСЧ № 1», 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;

31) проведение информирования граждан в доступной форме, в том числе с использованием сети Интернет, об осуществляемой медицинской деятельности и о медицинских работниках ГБУЗ «КМСЧ № 1», об уровне их образования и об их квалификации;

32) осуществление мероприятий по обеспечению профессиональной подготовки, переподготовки и повышения квалификации медицинских работников ГБУЗ «КМСЧ № 1» в соответствии с трудовым законодательством Российской Федерации;

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;

34) осуществление коммуникационных связей с гражданами, являющимися доверенными лицами пациентов, а именно: предоставление информации о состоянии здоровья, сообщение о факте смерти пациента или по причине иных обстоятельств, а также с сотрудниками справочно-информационного отдела.

(осуществлять коммуникационные связи уполномочены лечащие врачи, врачи анестезиологи-реаниматологи, заведующие отделениями, дежурные врачи, заместитель главного врача по терапии, заместитель главного врача хирургии, заместитель главного врача по медицинской части).

3. Порядок регистрации, оформления и анализа результатов проведения мероприятий внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности

3.1. По результатам плановых и целевых (внеплановых) проверок Руководителем Службы ВКК составляется отчет, включающий в том числе выработку мероприятий по устранению выявленных нарушений и улучшению деятельности ГБУЗ «КМСЧ № 1» и медицинских работников.

3.2. 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.

3.3. Руководителем Службы ВКК не реже 1 раза в полугодие, а также по итогам года формируется сводный отчет, содержащий информацию о состоянии качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ «КМСЧ № 1», на основании которого главным врачом ГБУЗ «КМСЧ № 1» при необходимости утверждается перечень корректирующих мер.

3.4. Результаты работы Службы ВКК, итоги аудитов, решения, перечни мероприятий, корректирующих действий, результаты мониторингов, решения, планы, отчеты, докладные, представления и прочие информационные материалы, являющиеся разработками или результатами работы Службы ВКК, являются:

- доступными для ознакомления работниками ГБУЗ «КМСЧ № 1»;
- основанием для принятия управленческих решений со стороны руководства ГБУЗ «КМСЧ № 1»;
- основанием для организаций мероприятий по устранению выявленных нарушений и улучшению деятельности ГБУЗ «КМСЧ № 1» и работников ГБУЗ «КМСЧ № 1»;

3.5. Информация, о принятых управленческих решениях доводится до сведения работников «КМСЧ № 1» путем проведения совещаний, конференций, в том числе клинико-анатомических, клинических разборов и иных организационных мероприятий, ознакомления с локальными актами.

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

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

- образовательные мероприятия - проведение клинических разборов, патологоанатомических конференций, научно-практических конференций, предложения по направлению медицинских работников на повышение квалификации (в том числе, внеплановое) и др.;

- дисциплинарные меры - применение дисциплинарной ответственности в соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации и должностными инструкциями работников;

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

- мероприятия по развитию кадрового потенциала и иные мероприятия, необходимые для совершенствования оказания качественной и безопасной медицинской помощи в медицинской организации;

- экономические мероприятия: реализация Положения по оценке показателей эффективности деятельности работников филиала ГБУЗ «КМСЧ № 1» (Критерии качества медицинской помощи);

- мероприятия по совершенствованию укомплектованности медицинскими работниками.

Приложение к приказу № 3

09.09.22 № *48*

«Об организации и проведении внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ «КМСЧ № 1»

Карта самоконтроля врача

Анализ качества медицинской помощи пациентам с коронавирусной инфекцией
COVID-19 (U07.1, U07.2 по МКБ-10)

№ истории болезни: _____ Фамилия И.О. пациента _____

Возраст: _____

№	Характеристика	Отметка о выполнении		
		Врач	Зав. отд	Эксперт
1	Обращение за медицинской помощью произошло своевременно (в течение первых трех дней от начала заболевания)			
2	Медицинское наблюдение в амбулаторных условиях осуществлялось в полном объеме (первичный осмотр в день обращения, динамическое наблюдение, пульсоксиметрия, забор материалов для исследований)			
3	Выбор этиотропной терапии в амбулаторных условиях соответствовал актуальным временным методическим рекомендациям			
4	Этиотропная терапия на амбулаторном этапе назначена своевременно (не позднее 5-го дня от начала заболевания)			
5	Лабораторное подтверждение диагноза выполнено в течение 48 часов			
6	Выполнена КТ органов грудной клетки своевременно (не позднее 48 часов при отсутствии улучшения в течение 3 дней на амбулаторном этапе; в течение 24 часов – при госпитализации)			
7	Выполнена рентгенография органов грудной клетки своевременно (не позднее 48 часов при отсутствии улучшения в течение 3 дней на амбулаторном этапе; в течение 24 часов – при госпитализации)			

8	Госпитализация осуществлена своевременно (в день выявления ухудшения состояния)			
9	Назначение этиотропной терапии в стационарных условиях соответствовало актуальным временным методическим рекомендациям			
10	Назначение системной противовоспалительной терапии соответствовало актуальным временным методическим рекомендациям			
11	Назначение антикоагулянтной терапии соответствовало актуальным временным методическим рекомендациям			
12	Антибактериальная терапия соответствовала актуальным клиническим рекомендациям (оценивается необходимость, своевременность, рациональность выбора)			
13	Общая лабораторная диагностика соответствовала актуальным временным методическим рекомендациям			
14	Частота мониторинга лабораторных показателей соответствовала актуальным временным методическим рекомендациям			
15	Для беременных: дополнительные методы диагностики соответствовали актуальным временным методическим рекомендациям			
16	Перевод в ОРИТ осуществлен своевременно (незамедлительно при выявлении показаний)			
17	Перевод на ИВЛ осуществлен своевременно (незамедлительно при выявлении показаний)			
18	Канал поступления в ОРИТ:			
	Из приемного отделения/по линии СМП, минуя приемное отделение			
	Перевод из отделения (из другого стационара)			
	Повторное поступление (рецидивное)			
19	Выбор метода респираторной поддержки соответствовал актуальным временным методическим рекомендациям:			
	оксигенотерапия			
	неинвазивная ИВЛ			
	инвазивная ИВЛ			
	ЭКМО	---	---	---
	Прон-позиция			

20	Приняты дополнительные мероприятия, в том числе не учтенные в актуальных временных методических рекомендациях (в том числе по сопутствующей патологии)			
21	Продолжительность пребывания в отделении реанимации:			
	до 1 суток			
	до 3 суток			
	до 7 суток			
	до 14 суток			
	15 суток и дольше			
22	Вскрытие проведено (в случае летального исхода)			
23	Клинический (клинико-анатомический) разбор проведен			
24	Расхождение диагноза (указать группу)			
25	Возраст пациента старше 65 лет (учтены возрастные особенности при назначениях и пр)			
26	Сопутствующие заболевания: 2 и более			
27	Пациент консультирован с ФДКЦ			
28	Осложнения (указать какие)			
Заключение эксперта				

Направление на МСЭ: показано (✓) (×), оформлено (✓) (×).

Заключительный диагноз (основное заболевание): указан (✓), не указан (×).

Осложнения основного заболевания: указаны (✓), не указаны (×).

Сопутствующий диагноз: указан (✓), не указан (×).

Примечания

Пункт 2. Оценивается организация оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях:

- 2. своевременность первичного осмотра лечащим врачом после обращения за медицинской помощью (в день обращения);*
- 3. динамическое наблюдение, включая применение дистанционных технологий;*
- 4. своевременность проведения контрольных лабораторных исследований.*

Пункт 3. Включая временные методические рекомендации «Лекарственной терапии острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) в амбулаторной практике в период эпидемии COVID-19».

Пункты 6, 7. Оценивается в том числе и наличие показаний к проведению КТ, рентгенографии ОГК.

Пункт 10. Оценивается в том числе своевременность назначения противовоспалительной терапии и выбора режима в зависимости от степени тяжести течения заболевания.

Пункт 11. Оценивается в том числе своевременность перехода с профилактических на лечебные дозировки антикоагулянтной терапии.

Пункт 12. Оценивается лабораторный минимум, выполненный пациенту, который позволяет провести оценку степени тяжести течения заболевания и косвенных признаков «цитокинового шторма».

Пункт 15. Для беременных оценивается проведение КТГ, УЗИ, УЗИДГ.

Пункт 17. Оценивается определение степени тяжести пациента на догоспитальном этапе.

Пункт 19. Оценивается в том числе длительность оксигенотерапии, длительность нахождения в prone-позиции в течение суток (за исключением беременных).

Пункт 20. Оценивается своевременность вызова консультантов по поводу коморбидных состояний, проведение оперативных вмешательств при наступлении острых состояний и т. д.

Пункт 22. В случае, когда вскрытие не проводилось, указать причину.

Пункт 26. Оцениваются коморбидные состояния из группы риска, которые могли повлиять на течение заболевания.

01.04.22 № 4

**«Об организации и проведении внутреннего
контроля качества и безопасности
медицинской
деятельности в ГБУЗ «КМСЧ № 1»**

Анамнез

Информация о пациенте

(чек-лист для сбора обязательной информации)

Заполняется в момент поступления в приемное отделение, вносится информация, которая есть у пациента на момент поступления, до начала всех исследований и назначений !!!

№	Критерий	Данные (если у пациента при поступлении какой-либо информации нет, ставить прочерк)
1	ФИО	
2	ПОЛ	
3	ВОЗРАСТ	
4	Привит/не привит	
5	Коморбидность (сопутствующие заболевания)	
6	Длительность с начала заболевания (какой день заболевания с момента появления первых признаков)	
7	Откуда поступил в Учреждение	
8	Наличие ПЦР при поступлении (есть/нет)	
9	Результат ПЦР при поступлении (+/-)	
10	Какое лечение получал до поступления (чем лечился, что принимал)	
11	Длительность лечения к моменту поступления (количество дней)	
12	КТ-1-2-3-4 (при себе имеется результат)	
13	Рентген (при себе имеется результат)	
14	Сатурация	

15	Из приемного отделения отправлен сразу в ОРИТ (ИВЛ)	
16	Прочее	

Вниманию сотрудника, заполняющему чек-лист!

Информацию заполнять достоверно, данные учитываются при выборе тактики лечения. Чек-лист должен находиться в истории болезни!

Заполнил чек лист (ФИО) _____ Подпись _____ Дата _____

Приложение к приказу № 5

01.04.22 № 41

**«Об организации и проведении внутреннего
контроля качества и безопасности
медицинской
деятельности в ГБУЗ «КМСЧ № 1»**

Чек- лист

**Анализ качества медицинской помощи пациентам с новой коронавирусной
инфекцией COVID-19
(U07.1, U07.2 по МКБ-10)
(нужное подчеркнуть)**

№ истории болезни:

Возраст:

№	Характеристика	Отметка о выполнении		
		Врач	Зав. отд	Эксперт
1.	Сбор информации о пациенте:			
1.1	Анамнез заболевания (подробно):			
	Жалобы			
	Обращение за медицинской помощью:			
	- в течение первых трех дней от начала заболевания			
	- после трех дней от начала заболевания			
	Дата начала заболевания/появление первых симптомов			
	Выбор терапии и своевременность ее назначения в амбулаторных условиях соответствовали актуальным временным методическим рекомендациям			
	Данные о взятии мазка на амбулаторном этапе на COVID-19 (дата взятия, результаты исследования)			
	Выполнена КТ или рентгенография органов грудной клетки своевременно (в течение 24 часов – при госпитализации)			
1.2	Эпид.анамнез:			
	возвращение из зарубежной поездки за 14 дней до появления симптомов			
	наличие тесных контактов за последние 14 дней с лицами, подозрительными на инфицирование COVID-19			

	или с лицами, у которых лабораторно подтвержден COVID-19			
	Данные о прививках COVID-19, гриппа, пневмококка (дата, название вакцины)			
1.3	Анамнез жизни:			
	Перенесенные заболевания			
	Травмы, операции			
	Гемотрансфузии в анамнезе			
	Аллергологический анамнез			
	Проведен сбор информации о ХНИЗ			
	Проведен сбор лекарственного анамнеза по ХНИЗ			
1.4	Экспертный анамнез.			
1.5	Госпитализация осуществлена своевременно (до пяти дней от ухудшения состояния)			
	Госпитализация осуществлена несвоевременно (после пятого дня от ухудшения состояния)			
2.	При физикальном обследовании проведены: оценка видимых слизистых оболочек верхних дыхательных путей; аускультация и перкуссия легких; пальпация лимфатических узлов; исследование органов брюшной полости с определением размеров печени и селезенки; термометрия; оценка уровня сознания; измерение частоты сердечных сокращений, артериального давления, частоты дыхательных движений; пульсоксиметрия с измерением SpO2			
	Использование шкалы NEWS для оценки степени тяжести пациента			
3.	Лабораторная диагностика на этапе приемного отделения:			
	Проведена этиологическая диагностика COVID-19 (мазок)			
	Проведена лучевая диагностика (рентгенография или КТ органов грудной клетки)			
	Проведена ЭКГ в стандартных отведениях			
	ОАК при среднетяжелом течении (не позднее 12 часов после поступления)			
	ОАК при тяжелом течении (не позднее 3 часов после поступления)			

	ОАМ			
	Б/х: мочевина, креатинин, электролиты (К, Na, Cl), глюкоза, АСТ, АЛТ, билирубин, альбумин, лактатдегидрогеназа			
	Лактат			
	Тропонин			
	Ферритин			
	СРБ (не позднее 24 часов от поступления)			
	Д-димер			
	Прокальцитонин			
	NT-proBNP			
	ИЛ-6			
	Коагулограмма (АЧТВ, ПТВ, МНО, фибриноген)			
	RW			
	Кровь на ВИЧ			
	HBs-Ag, анти-HCV			
4.	Установление и обоснование диагноза:			
	Клинический диагноз коронавирусной инфекции установлен, обоснован, соответствует обследованию			
	Степень тяжести коронавирусной инфекции установлена, обоснована, соответствует обследованию			
5.	Оформление медицинской документации:			
	установление предварительного диагноза врачом приемного отделения или врачом отделения анестезиологии-реанимации медицинской организации не позднее 2 часов с момента поступления пациента в медицинскую организацию			
	установление клинического диагноза при поступлении пациента по экстренным показаниям не позднее 24 часов с момента поступления пациента в профильное отделение;			
	проведение в обязательном порядке осмотра заведующим профильным отделением в течение 48 часов (рабочие дни) с момента поступления			
	далее осмотр заведующим профильным отделением по необходимости, но не реже 1 раз в неделю, с внесением			

	в стационарную карту соответствующей записи, подписанной заведующим профильным отделением			
	проведение коррекции плана обследования и плана лечения по результатам осмотра лечащего врача профильного отделения, осмотра заведующим профильным отделением после установления клинического диагноза;			
	проведение коррекции плана обследования и плана лечения по результатам осмотра лечащего врача профильного отделения, осмотра заведующим профильным отделением при изменении степени тяжести состояния пациента;			
	перевод пациента в другое профильное отделение внутри медицинской организации или другую медицинскую организацию с внесением соответствующей записи в стационарную карту;			
	оформление 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 и заверенной печатью медицинской организации;			
	Оформление добровольного информированного согласия на этиотропное лечение			
	Оформление добровольного согласия на патогенетическое лечение			
	Оформление этапного эпикриза на ВК для назначения препаратов off-label с вынесением решения врачебной комиссии			
	Оформление эпикриза и ВК по листку нетрудоспособности			
6.	Частота мониторинга лабораторных показателей (среднетяжелое течение):			
	Клинический анализ крови x 1 раз в 2-3 дня			
	Биохимические исследования (обязательный список*) x 1 раз в 2-3 дня * Перечень обязательных биохимических исследований: мочевина, креатинин, глюкоза, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, билирубин, лактатдегидрогеназа			

	СРБ не реже 2 раз в неделю			
	прокальцитонин по показаниям			
	ферритин по показаниям			
	ИЛ-6 по показаниям при доступности			
7.	Частота мониторинга лабораторных показателей (тяжелое течение) ОРИТ:			
	Клинический анализ крови не позднее 3 часов после поступления, ежедневно и по показаниям			
	Биохимические исследования (обязательные список*) ежедневно и по показаниям * Перечень обязательных биохимических исследований: мочевина, креатинин, глюкоза, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, билирубин, лактатдегидрогеназа			
	Электролиты ежедневно и по показаниям			
	Альбумин ежедневно и по показаниям			
	Лактат ежедневно и по показаниям			
	Контроль гемостаза: D-димер при поступлении в ОРИТ, далее по показаниям.			
	Коагулограмма (АЧТВ, протромбиновое время, фибриноген) при поступлении, далее по показаниям, но не реже 1 раза в 2-3 дня			
	СРБ не реже 1 раза в 2 дня			
	Прокальцитонин по показаниям при подозрении на бактериальную инфекцию и сепсис			
	Ферритин при поступлении и в динамике по показаниям			
	Тропонин при поступлении и в динамике по показаниям			
	ИЛ-6, NT-proBNP/BNP, Т- и В-лимфоциты при доступности			
8.	Канал поступления в ОРИТ:			
	Из приемного отделения/по линии СМП, минуя приемное отделение			
	Перевод из отделения (из другого стационара)			
	Повторное поступление (рецидивное)			
	Перевод в ОРИТ осуществлен своевременно (незамедлительно при выявлении показаний)			

	Перевод на ИВЛ осуществлен своевременно (незамедлительно при выявлении показаний)			
9.	Продолжительность пребывания в ОРИТ:			
	до 1 суток			
	до 3 суток			
	до 7 суток			
	до 14 суток			
	15 суток и дольше			
10.	Выбор метода респираторной поддержки соответствовал актуальным временным методическим рекомендациям:			
	оксигенотерапия			
	Неинвазивная ИВЛ			
	Инвазивная ИВЛ			
	прон-позиция			
11	Лечение:			
	Назначение этиотропной терапии в стационарных условиях соответствовало актуальным временным методическим рекомендациям. (не позднее 7-8 дня от начала заболевания)			
	Назначение антикоагулянтной терапии соответствовало актуальным временным методическим рекомендациям:			
	Применение антикоагулянтов в профилактической или промежуточной дозе (при отсутствии признаков тромбоза глубоких вен или ТЭЛА).			
	Применение антикоагулянтов в лечебной дозе (при наличии признаков тромбоза глубоких вен или ТЭЛА).			
	Антибактериальная терапия соответствовала актуальным клиническим рекомендациям (повышение ПКТ более 0,5 нг/мл, появление гнойной мокроты, лейкоцитоз $>12 \times 10^9/\text{л}$ (при отсутствии предшествующего применения глюкокортикоидов), повышение числа палочкоядерных нейтрофилов более 10%)			
	Назначение системной противовоспалительной терапии (ГКС) соответствовало актуальным временным методическим рекомендациям			

	Назначение специфических иммуносупрессоров соответствовало актуальным временным методическим рекомендациям:			
	Барицитиниб, тофацитиниб, нетакимаб, олокизумаб, левилимаб Вирусная пневмония КТ-1 + 2 и более признака: SpO2 97%, без одышки, Т тела 37,5-37,9С в течение 3-5 суток, СРБ 3-6 норм (15-30 мг/л), лейкоциты-3,5-4,0, лимфоциты 1,5-2,0.			
	Олокизумаб, левилимаб, сарилумаб, тоцилизумаб Вирусная пневмония КТ 1-2 + 2 и более признака: SpO2 94-97%, одышка при физич.нагрузке, Т тела выше 38°С в течение 3-5 суток, СРБ 6-9 норм (30-45 мг/л), лейкоциты 3,0-3,5, лимфоциты 1,0-1,5.			
	Тоцилизумаб, сарилумаб,левилимаб, канакинумаб, анакинра, олокизумаб Вирусная пневмония КТ 1-4 + 2 и более признака: SpO2 менее 93%, одышка в покое, либо прогрессирующая в течение первых 2-3 дней, Т тела выше 38°С в течение 2-3 суток, СРБ >9 норм (>45 мг/л) или рост в 3 раза на 3-5 день заболевания, лейкоциты менее 3.0, лимфоциты менее 1.0, ферритин более 2 норм (муж>500 нг/мл, жен>400нг/мл) на 3-5 день заболевания, ИЛ-6 более 40 пк/мл.			
12.	Приняты доп. мероприятия, в том числе не учтенные в актуальных временных методических рекомендациях (в том числе по сопутствующей патологии)			
13.	Вскрытие произведено (в случае летального исхода)			
14.	Клинический (клинико-анатомический) разбор проведен			
15.	Расхождение диагноза (указать группу, либо «нет»)			
16.	Возраст пациента старше 65 лет (учтены возрастные особенности при назначениях и пр.)			
17.	Сопутствующие заболевания: 2 и более			
18.	Пациент консультирован с РДКЦ			

Приложение к приказу № 6

№ _____

«Об организации и проведении внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ «КМСЧ № 1»

ПЛАН

Внутренних аудитов в подразделениях ГБУЗ «КМСЧ №1» на 2022 год

№	Проверяемый показатель	Наличие внутренней нормативной документации (приказы, акты, служебные записки) Указать номер локального документа (наличие локальных актов, алгоритмов, СОПов по каждому пункту обязательно!)	Ответственный за качество исполнения проверяемого показателя ФИО, должность	ФИО, должность аудитора	Дата проверки	Замечания, отметки, пояснения по проверяемому показателю (аудитор указывает на наличие-отсутствие требуемой документации, недостатки, вносит пожелания и рекомендации для формирования плана мероприятий)
1	Наличие в ГБУЗ «КМСЧ № 1» 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:					
	-преемственность оказания медицинской помощи на всех этапах;	Точное, полное и аккуратное ведение медицинской документации медработниками	Заместители главного врача, заведующие отделениями		1 раз в квартал	
	-оказание медицинской помощи, в том числе в условиях	Наличие алгоритмов действий в МО в условиях чрезвычайных ситуаций.	Заместители главного врача, заведующие отделениями		1 раз в квартал	

	чрезвычайных ситуаций;					
	-маршрутизация пациентов, включая организацию консультаций, дополнительных методов обследования в иных медицинских организациях;	<p>Проверить наличие региональных приказов о маршрутизации пациентов</p> <p>Проверить наличие локальных приказов о маршрутизации пациентов</p>	Заместители главного врача, заведующие отделениями		1 раз в квартал	
	-перевод пациента в другие медицинские организации, включая перечень медицинских показаний и медицинские организации для перевода	<p>Наличие алгоритмов перевода пациентов, включая показания для перевода</p> <p>Проверить наличие приказов главного врача о порядке перевода пациентов в другие МО</p> <p>Проверить наличие алгоритмов перевода внутри МО, выписки и перевода в другую МО, передачи клинической ответственности за пациента при переводе, включая: Госпитализация/перевод в и из АРО/ОРИТ/ПИТ Перевод в клинические отделения Выписка из МО Перевод в другую МО</p>	Заместители главного врача, заведующие отделениями		1 раз в квартал	
2	Обеспечение оказания медицинской помощи в ГБУЗ «КМСЧ № 1» в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, правилами проведения лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных видов диагностических исследований, положениями об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядками проведения медицинских экспертиз, с учетом стандартов медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций	<p>Проверить наличие клинических рекомендаций (протоколов лечения) в МО в полном объеме (все опубликованные, включая за последний полный месяц, предшествующий аудиту) в соответствии со всеми видами оказываемой медицинской помощи в МО (в наличии должны иметься в каждом подразделении)</p> <p>Наличие системы обновления информации о клинических рекомендациях (протоколов лечения), в соответствии с профилем оказываемой помощи Наличие</p>	Заместители главного врача, заведующие отделениями		1 раз в квартал	

		системы регулярного информирования персонала об изменениях в клинических рекомендациях Наличие и соответствие алгоритмов МО клиническим рекомендациям				
3	Обеспечение взаимодействия ГБУЗ «КМСЧ № 1» 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	Наличие и исполнение алгоритма передачи информации о проведенном лечении в другую МО (поликлинику, отделение реабилитации и др.)	Заместители главного врача, заведующие отделениями		1 раз в квартал	
4	Соблюдение безопасных условий при транспортировке пациента (в пределах ГБУЗ «КМСЧ № 1»	Наличие алгоритмов транспортировки разных категорий пациентов, включая показания для перевода на каталке, кресле, пешком в сопровождении медицинского работника	Заведующие отделениями		1 раз в квартал	
5	Обеспечение преемственности оказания медицинской помощи на всех этапах (в том числе при переводе пациента, выписке из ГБУЗ «КМСЧ № 1», передаче дежурства и иных обстоятельствах) с соблюдением требований к ведению медицинской документации	Наличие и исполнение алгоритма передачи клинической ответственности за пациента при переводе, передаче дежурства. Наличие стандартных форм выписного/переводного эпикриза.	Заместители главного врача, заведующие отделениями		1 раз в квартал	
6	Обеспечение получения информированного добровольного согласия гражданина	Наличие форм : информированного добровольного согласия гражданина	Заместители главного врача, заведующие отделениями		1 раз в квартал	

	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	или его законного представителя на медицинское вмешательство информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на госпитализацию информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на использование персональных данных отказ от госпитализации				
7	Наличие локальных нормативных актов, регламентирующих работу приемного отделения ГБУЗ «КМСЧ № 1», в том числе при оказании медицинской помощи в экстренной форме (с учетом особенностей деятельности структурных подразделений)	Наличие приказов главного врача по организации работы приемного отделения и оказания экстренной помощи в МО Наличие Положения по приемному отделению	Заведующий приемным отделением		1 раз в квартал	
8	Осуществление сортировки пациентов при поступлении и (или) обращении в зависимости от тяжести состояния и перечня необходимых медицинских вмешательств	Наличие и исполнение алгоритма сортировки пациентов при поступлении/обращении в МО	Заведующий приемным отделением		1 раз в квартал	
9	Обеспечение своевременного оказания медицинской помощи при поступлении и (или) обращении пациента, а также на всех этапах ее оказания	Алгоритм. Информирование пациентов о причинах задержки оказания помощи (например, осмотра врача) Наличие и соблюдение временных нормативов при поступлении в стационар (этапов госпитализации), в соответствии с алгоритмами МО	Заведующие отделениями		1 раз в квартал	
10	Обеспечение экстренного оповещения и (или) сбора медицинских работников, не находящихся на дежурстве.	Наличие алгоритмов оповещения руководителей/сотрудников, не находящихся на дежурстве.	Главный врач, заместители главного врача, заведующие отделениями		1 раз в квартал	

	дежурстве (при необходимости)					
11	Обеспечение возможности вызова медицинских работников к пациентам, в том числе в палаты	Наличие действующей системы вызова персонала ("тревожная" кнопка) во всех помещениях МО, включая места общего пользования.	Начальник административно-хозяйственной службы		1 раз в квартал	
12	Обеспечение оказания гражданам медицинской помощи в экстренной форме, наличие в медицинской организации лекарственных препаратов и медицинских изделий для оказания медицинской помощи в экстренной форме	Проверить наличие алгоритмов МО во всех подразделениях МО по следующим нозологиям: -СЛР -Анафилактический шок -Первичная помощь при шоке	Заведующие отделениями		1 раз в квартал	
13	Обеспечение возможности круглосуточного проведения лабораторных и инструментальных исследований в ГБУЗ «КМСЧ № 1» (в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, правилами проведения лабораторных, инструментальных и иных видов диагностических исследований)	Проверить: -Наличие микробиологической лаборатории в МО - Наличие договора со сторонней микробиологической лабораторией, при отсутствии собственной - Доступность микробиологических исследований 24/7/365 Наличие алгоритмов МО, описывающих показания и процедуру забора материала для микробиологического исследования	Заведующая лабораторией		1 раз в квартал	
14	Организация безопасной деятельности клиничко-диагностической лаборатории, наличие системы идентификации образцов и прослеживаемости результатов	Наличие и исполнение алгоритма идентификации личности пациента в процессе лабораторной и инструментальной диагностики	Заведующая лабораторией		1 раз в квартал	
15	Обеспечение соблюдения врачебной тайны, в том числе конфиденциальность и персональных данных, используемых в медицинских информационных системах ГБУЗ «КМСЧ № 1», при осуществлении	Оценить: - соблюдение принципов конфиденциальности и прав пациентов и др. -размещение пациентов с учетом приватности, соблюдение конфиденциальности и при приеме, осмотре,	Заведующие отделениями		1 раз в квартал	

	медицинской деятельности	консультировании родственников/законных представителей и т.д.				
16	Соблюдение прав пациентов при оказании медицинской помощи, в том числе, включая организацию мест ожидания в приемном отделении для пациентов, законных представителей и членов семей пациентов	Оценить организацию мест ожидания для родственников/сопровождающих пациентов	Начальник административно-хозяйственной службы		1 раз в квартал	
17	Осуществление мероприятий по организации безопасного применения лекарственных препаратов, в том числе	<p>Проверить наличие приказов главного по вопросам лекарственной безопасности</p> <p>Организация работы по обеспечению лекарственной безопасности в МО:</p> <p>(основные направления, ответственные за направления и по подразделениям).</p> <p>-Закупка ЛС</p> <p>-Контроль качества ЛС, производимых в МО (если применимо)</p> <p>-Информационная система наличия ЛП в МО</p> <p>-Контроль утилизации ЛС с истекшим сроком годности</p> <p>-Хранение ЛП в аптеке МО/в подразделениях МО</p> <p>-Система обеспечения ЛП, в том числе в ночные часы и выходные и праздничные дни</p> <p>-Организация и контроль за безопасным и эффективным применением лекарственных препаратов</p> <p>-Система регистрации и сбора информации о серьезных и непредвиденных нежелательных реакциях в МО и передачи сведений о них в Росздравнадзор/ответственные</p> <p>Проверить наличие перечня ЛП (базы</p>	Клинический фармаколог, заведующая аптекой		1 раз в квартал	

		данных), имеющихся в МО				
	- обеспечение контроля сроков годности лекарственных препаратов;	-Наличие системы учета ЛП -Случайная выборка для проверки на срок годности	заведующая аптекой		1 раз в квартал	
	- обеспечение контроля условий хранения лекарственных препаратов, требующих особых условий хранения;	- Хранение ЛП по группам (фармакологическим, способам применения) -Доступность ЛП (в соответствии с профилем отделения) 7/24/365 Хранение ЛП в недоступных для пациентов и посетителей местах	заведующая аптекой		1 раз в квартал	
	-хранение лекарственных препаратов в специально оборудованных помещениях и (или) зонах для хранения;	Наличие списка ЛП, требующих особых условий хранения (в соответствии с требованиями производителей лекарственных средств) Наличие исправного оборудования для хранения ЛП во всех подразделениях МО;	заведующая аптекой		1 раз в квартал	
	-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);	Наличие в МО утвержденного порядка (включая ответственных) сбора и направления в АИС Росздравнадзора и/или территориальные органы Росздравнадзора сведений о выявленных нежелательных реакциях Наличие алгоритма взаимодействия МО с территориальным органам Росздравнадзора, включая знание контактных данных ответственных специалистов по фармаконадзору Наличие стандартных извещений о нежелательной реакции (в электронной форме или на бумажном носителе) Проверить не менее 10 ИБ в разных подразделениях МО на предмет наличия	Клинический фармаколог		1 раз в квартал	

		<p>данных о факторах риска и их учета при назначении препаратов, включая</p> <ul style="list-style-type: none"> -Аллергия -Возраст -Сопутствующие заболевания/ЛП, принимаемые в момент поступления -Масса тела пациента -Беременность (если применимо) -Заболевания печени -Заболевания почек -Психические заболевания -Курение, алкоголь, прием наркотических и других психотропных веществ 				
	<p>- осуществление контроля качества письменных назначений лекарственных препаратов, в том числе использование унифицированных листов назначения;</p>	<p>Проверить наличие стандартных листов назначений, проверить не менее 10 ИБ в разных подразделениях МО</p> <p>Оценить качество заполнения листов назначений, включая аккуратность заполнения (назначения написаны разборчиво/печатными буквами), использование стандартизированных сокращений, включая наличие наименования ЛС, доза, кратность, путь введения, время</p>	Клинический фармаколог, заведующие отделениями		1 раз в квартал	
18	<p>Осуществление мероприятий по обеспечению эпидемиологической безопасности, в том числе:</p>					
	<p>-профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (в том числе внутрибольничных инфекций);</p>	<p>Проверить наличие приказов главного врача по вопросам эпидбезопасности (профилактики ИСМП)</p> <p>Проверить наличие программы обеспечения эпидемиологической безопасности в МО</p>	Эпидемиолог		1 раз в квартал	
	<p>-проведение микробиологических исследований (включая случаи подозрения и (или) возникновения внутрибольничных инфекций);</p>	<p>- Проверить наличие микробиологической лаборатории в МО</p> <p>-Наличие договора со сторонней микробиологической лабораторией, при</p>	Эпидемиолог		1 раз в квартал	

		<p>отсутствии собственной</p> <p>-Доступность микробиологических исследований 24/7/365</p> <p>- наличие алгоритмов МО, описывающих показания и процедуру забора материала для микробиологического исследования</p> <p>- оценить своевременность получения результатов (норматив - 72 - 96 часов, в зависимости от вида возбудителя и исследуемого материала)</p>				
	<p>-организация дезинфекции и стерилизации медицинских изделий;</p>	<p>- Проверить наличие ЦСО и соответствие СанПиН 2.1.3.2630-10 (включая наличие трех зон: грязной, чистой и стерильной)</p> <p>-Проверить наличие паровых форвакуумных стерилизаторов</p> <p>-Проверить наличие техники для стерилизации эндоскопического оборудования</p> <p>-Проверить организацию обработки эндоскопического оборудования в соответствии с СанПиНом П 3.1.326315 (если применимо)</p> <p>-Проверить порядок обеспечения организации стерильными материалами в случае отсутствия ЦСО (алгоритм)</p>	Эпидемиолог, главная медсестра		1 раз в квартал	
	<p>-обеспечение эпидемиологической безопасности среды (включая расчет потребности в дезинфицирующих и антисептических средствах, контроль их наличия в медицинской организации;</p>	<p>- Проверить наличие приказов главного врача по вопросам эпидбезопасности (профилактики ИСМП)</p> <p>-Проверить наличие программы по обеспечению</p>	Эпидемиолог, главная медсестра		1 раз в квартал	

	рациональный выбор дезинфицирующих средств и тактики дезинфекции; обращение с отходами);	эпидемиологической безопасности в МО				
	-соблюдение технологий проведения инвазивных вмешательств;	<p>Проверить наличие СОПов:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Катетеризация периферических сосудов -Катетеризация центральных сосудов -Катетеризация мочевого пузыря -ИВЛ -Бесконтактные перевязки -Внутримышечные и внутривенные инъекции -Инфузии и гемотрансфузии <p>Оценить соответствие СОПов федеральным клиническим рекомендациям/протоколам/стандартам, регулярность обновления</p>	Главная медсестра		1 раз в квартал	
	- 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;	<p>-Проверить наличие изолятора/ов в соответствии с п. 3.12 СанПиН 2.1.3.2630-10,</p> <p>- проверить исправность оборудования для поддержания отрицательного давления внутри палаты</p> <p>- проверить наличие боксированных палат в соответствии с профилем отделения</p> <p>- наличие алгоритма изоляции пациентов в случае отсутствия или нехватки изоляторов</p> <p>-проверить наличие индивидуальных средств защиты в достаточном (расчетном) количестве во всех подразделениях МО</p> <p>-проверить наличие алгоритмов использования индивидуальных средств защиты при уходе за пациентами, требующими изоляции</p>	Эпидемиолог, главная медсестра		1 раз в квартал	

	- соблюдение правил гигиены медицинскими работниками, наличие оборудованных мест для мытья и обработки рук;	Проверить наличие полностью оборудованных мест для мытья рук: - Отдельная раковина - Кран с локтевым смесителем - Горячая вода - Схема мытья рук - Жидкое мыло - Антисептик - Одноразовые полотенца - Ведро с крышкой с ножным механизмом открывания - наличие дополнительных дозаторов с антисептиком;	Эпидемиолог		1 раз в квартал	
	-профилактика инфекций, связанных с осуществлением медицинской деятельности, у медицинских работников (включая использование индивидуальных средств защиты);	Проверить наличие алгоритмов АБ-профилактики и терапии в соответствии с профилем отделения, соответствие клиническим рекомендациям Минздрава России	Эпидемиолог		1 раз в квартал	
	-рациональное использование антибактериальных лекарственных препаратов для профилактики и лечения заболеваний и (или) состояний;	Проверить наличие АБ в алгоритмах в соответствующих подразделениях МО, в расчетных количествах	Эпидемиолог		1 раз в квартал	
	-проведение противоэпидемических мероприятий при возникновении случая инфекции;	Проверить наличие алгоритмов по использованию индивидуальных средств защиты, включая: - Перчатки (стерильные и нестерильные) - Средства защиты лица и глаз - Маски - Респираторы - Халаты и фартуки - Униформа и обувь -Проверить наличие локальных актов по обеспечению противоэпидемических мер при отдельных эпидемических ситуациях (возникновение случая кишечных инфекций, инфекций дыхательных путей, особо опасных инфекций, ИСМП др.)	Эпидемиолог		1 раз в квартал	
19	Проведение мониторинга	-Оценить сроки выписки из	Заведующие отделениями,		1 раз в квартал	

	длительности пребывания пациента в ГБУЗ «КМСЧ № 1» в стационарных условиях	стационара, проверить не менее 10 ИБ и их соответствие минимальной длительности пребывания в соответствии с алгоритмами МО/стандартами	заместители главного врача по профилю			
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	- Проверить не менее 10 ИБ пациентов, поступивших в плановом порядке на предмет отсутствия дополнительных (или дублирования) исследований при плановой госпитализации и 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	Заведующие отделениями		1 раз в квартал	
21	Осуществление мероприятий по безопасному применению медицинских изделий, в том числе:	Проверить наличие приказов МО по темам: - Организация работы в сфере контроля качества и безопасности обращения МИ: направления деятельности, ответственные лица - Закупка МИ - Хранение МИ - Учет МИ - Эксплуатация МИ - Соблюдение метрологических требований, норм и правил для МИ, требующих периодических проверок - Техническое обслуживание медицинской техники - Приемка МИ - Упаковка и маркировка МИ - Система сбора информации и регистрации	менеджер		1 раз в квартал	

		побочных действий, нежелательных реакций при применении МИ				
	-применение медицинских изделий согласно технической и (или) эксплуатационной документации, в соответствии с которой осуществляются производство,	<p>- Наличие системы обучения персонала при поступлении нового оборудования</p> <p>- Наличие инструкций по эксплуатации медицинского оборудования в подразделениях (в местах использования)</p> <p>-Наличие в МО ответственных за сбор и направление извещений в АИС Росздравнадзора и/или территориальные органы Росздравнадзора извещений о выявленных нежелательных реакциях</p> <p>-Наличие алгоритма взаимодействия МО с территориальными органами Росздравнадзора</p> <p>Наличие стандартных извещений (в электронной форме или на бумажном носителе)</p>	менеджер		1 раз в квартал	
	-изготовление, хранение, транспортировка, монтаж, наладка, применение, эксплуатация, в том числе техническое обслуживание, а также ремонт, утилизация или уничтожение медицинского изделия;	<p>- Проверить наличие исправного оборудования для хранения МИ во всех подразделениях МО (например, холодильники, кондиционеры)</p> <p>- Проверить наличие исправных приборов фиксации показателей условий хранения во всех подразделениях МО (термометры, психрометры, гигрометры и т.д.)</p> <p>-Наличие порядка контроля условий хранения МИ в соответствии с рекомендациями производителя, проверить наличие журналов для фиксации контрольных</p>	Главная медсестра, менеджер		1 раз в квартал	

		<p>параметров, регулярность заполнения во всех подразделениях МО</p> <p>- Проверить наличие плана-графика обслуживания медицинского оборудования/актов выполненных работ</p> <p>-Проверить наличие журнала технического обслуживания, оценить соответствие сроков рекомендуемым</p> <p>-Проверить наличие плана-графика метрологического обслуживания</p> <p>-Проверить наличие журнала поверок, оценить соответствие сроков рекомендуемым</p>				
	<p>- обучение работников ГБУЗ «КМСЧ № 1» применению, эксплуатации медицинских изделий</p>	<p>- Проверить наличие информационных материалов по вопросам безопасного использования МИ</p> <p>- Проверить наличие журнала инструктажа об обучении и допуске к работе с МИ</p>	Главная медсестра		1 раз в квартал	
22	<p>Осуществление мероприятий при хирургических вмешательствах (подготовка пациента к оперативному вмешательству, ведение пациента в периоперационном периоде, в палате пробуждения и послеоперационном периоде, при проведении перевязок) и профилактика рисков, связанных с ними, в том числе на основе клинических рекомендаций)</p>	<p>Проверить наличие приказов главного врача/темы:</p> <p>- Организация системы хирургической безопасности, включая положение об ответственных и комиссии</p> <p>- Порядок разработки и обновления клинических алгоритмов МО, СОПов, включая положение о мультидисциплинарной рабочей группой</p> <p>- Порядок учета и регистрации периоперационных осложнений</p> <p>- Организация посещений пациентов и привлечение родственников к уходу за тяжелобольными</p> <p>- Обеспечение профилактики</p>	Заместитель главного врача по хирургии		1 раз в квартал	

		<p>рисков, связанных с оперативными вмешательствами</p> <p>Наличие и исполнение алгоритмов ведения пациента непосредственно до начала операции, включая алгоритмы седации, АБ-профилактики и др.</p> <p>Наличие и исполнение алгоритма ведения пациентов в послеоперационном периоде</p> <p>Наличие и использование хирургического чек-листа</p> <p>Наличие и исполнение алгоритма оценки технической готовности оборудования к операции</p> <p>Наличие и исполнение алгоритма оценки операции сразу после ее окончания</p>				
23	Контроль за трахеостомическими и эндотрахеальными трубками	<p>Наличие и использование чек-листа</p> <p>Наличие и исполнение алгоритма ведения пациента до перевода в послеоперационное отделение/АРО/ОРИТ/ПИТ</p> <p>Наличие и исполнение алгоритма ведения пациентов в послеоперационном периоде</p>	Заведующий ОАРИТ, заместитель главного врача по хирургии		1 раз в квартал	
24	Осуществление мероприятий по облегчению боли, связанной с заболеванием, состоянием и (или) медицинским вмешательством, методами и лекарственными препаратами, в том числе наркотическими лекарственными препаратами и	Проверить наличие алгоритма по адекватному обезболиванию (введение наркотических анальгетиков при сохранении ангинозного приступа после использования короткодействующих нитратов), формы, схемы, показания, ответственный.	Клинический фармаколог		1 раз в квартал	

	психотропными лекарственными препаратами					
25	Осуществление мероприятий по обращению донорской крови и (или) ее компонентов в ГБУЗ «КМСЧ № 1», в том числе:		Врач-трансфузиолог		1 раз в квартал	
	- анализ случаев реакций и осложнений, возникших в связи с трансфузией (переливанием) донорской крови и (или) ее компонентов;	Наличие приказов главного врача: «Организация службы трансфузиологии в МО» «Система регистрации случаев реакций и осложнений, возникших в связи с трансфузией донорской крови и (или) ее компонентов»	Врач-трансфузиолог		1 раз в квартал	
	- предупреждение развития реакций и осложнений, возникающих в связи с трансфузией (переливанием) донорской крови и (или) ее компонентов;	Алгоритмы клинического использования донорской крови и (или) ее компонентов	Врач-трансфузиолог		1 раз в квартал	
26	Осуществление мероприятий по организации безопасной среды для пациентов и работников ГБУЗ «КМСЧ № 1», в том числе:	Проверить наличие приказов главного врача по вопросам организации безопасной среды Проверить наличие отчетов о результатах аудитов/регулярность проведения Наличие планов по устранению дефектов /ответственные/срок и	Начальник административно-хозяйственной службы, главная медсестра, начальник отдела по работе с персональными данными, специалист по охране труда, специалист по гражданской обороне,		1 раз в квартал	
	-создание рациональной планировки структурных подразделений медицинской организации (включая их размещение друг относительно друга, планировку помещений входной группы и приемного отделения, планировку внутри структурных подразделений);	Оценить рациональность, безопасность, эргономичность планировки МО: - Размещение отделений относительно друг друга - Планировка приемного отделения - Планировка внутри подразделений - Планировка помещений для посетителей	Начальник административно-хозяйственной службы		1 раз в квартал	

		приемного отделения				
	<i>-проведение мероприятий по снижению риска травматизма и профессиональных заболеваний;</i>	<p>-Оценить безопасность полового покрытия, включая места с повышенной влажностью</p> <p>- Оценить качество влажной уборки с точки зрения отсутствия луж, наличия знаков "скользкий пол"</p> <p>-Проверить наличие и исправность кроватей</p> <p>- Проверить наличие информационных материалов по вопросам профилактики падений, например, постеров, памяток, брошюр</p> <p>- Проверить наличие системы регистрации и сбора информации о случаях падений, проверить наличие журнала, отчетов по результатам разбора случаев, принятых решениях</p>	Начальник административно-хозяйственной службы, Главная медсестра, специалист по охране труда		1 раз в квартал	
	<i>- обеспечение защиты от травмирования элементами медицинских изделий;</i>	<p>Безопасная планировка палат (с учетом риска падений):</p> <p>- Двери в прямой видимости от кровати</p> <p>- Двери, открывающиеся наружу</p> <p>- Минимально необходимое количество мебели (в исправном состоянии, устойчивая)</p> <p>- Поручни, перила в душевых и ваннных комнатах, туалетах</p>	Начальник административно-хозяйственной службы, главная медсестра, специалист по охране труда		1 раз в квартал	
	<i>- наличие и исправность систем жизнеобеспечения (включая резервное электроснабжение);</i>	Проверить безопасность, исправность систем жизнеобеспечения, включая: Электричество Система водоснабжения Система вентиляции Система освещения Половое покрытие, состояние стен, потолков	Начальник административно-хозяйственной службы		1 раз в квартал	

		Организация мест общего пользования Доступность и безопасность среды в МО для лиц с ограниченными возможностями Наличие лифта с резервным электроснабжением (для МО с двумя и более этажами)				
	-соблюдение внутреннего распорядка в ГБУЗ «КМСЧ № 1»;		начальник отдела по работе с персональными данными		1 раз в квартал	
	- 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);	-Проверить наличие договора с охранной организацией или органами МВД об оказании услуг по охране территории и помещений МО -Проверить наличие работников охраны на соответствующих постах ИЛИ наличие "тревожной кнопки" -Оценить знания работниками охраны инструкций МО -Оценить систему доступа посторонних (как сотрудников, так и пациентов, и посетителей) в подразделения МО, проверить наличие списка определенных администрацией помещений с ограниченным доступом и предупреждающих табличек на дверях -Проверить наличие и исправность пропускной системы, в том числе электронной - Проверить наличие алгоритма действий при опасных ситуациях (нападении на медицинских работников, угрозах со стороны пациентов или посетителей, угрозе суицида и т.п.).	специалист по охране труда, специалист по гражданской обороне		1 раз в квартал	
	-соблюдение мероприятий по обеспечению безопасности при угрозе возникновения чрезвычайных ситуаций;	Наличие региональных порядков маршрутизации потоков пациентов в условиях чрезвычайных ситуаций, при крупных техногенных катастрофах,	специалист по гражданской обороне		1 раз в квартал	

		<p>природных бедствиях и т.д.</p> <p>Наличие алгоритмов действий в МО в условиях чрезвычайных ситуаций</p> <p>Наличие обновленных локальных актов</p>				
	<p>-обеспечение беспрепятственного подъезда транспорта для медицинской эвакуации на территорию ГБУЗ «КМСЧ № 1»;</p>	<p>Проверить наличие свободного доступа спецтранспорта на территорию МО, к приемным отделениям</p> <p>Проверить наличие парковки для автомобилей сотрудников, пациентов и посетителей</p>	Начальник административно-хозяйственной службы		1 раз в квартал	
	<p>- сбор и анализ информации обо всех случаях нарушения безопасности среды (включая падения пациентов) в ГБУЗ «КМСЧ № 1»;</p>	<p>Проверить наличие алгоритма оценки риска падений пациентов, проверить наличие алгоритма во всех подразделениях МО</p> <p>Проверить наличие системы идентификации пациентов с высоким риском падений в МО, проверить наличие специальных отметок на медицинской документации, табличек на кроватях, браслетов и т.п.</p>	специалист по охране труда, главная медсестра		1 раз в квартал	
27	<p>Осуществление мероприятий по обеспечению ухода при оказании медицинской помощи, в том числе:</p>					
	<p>- оценка риска возникновения пролежней;</p>	<p>- Проверить наличие алгоритма оценки риска пролежней, профилактики и лечения</p> <p>- Оценить знания алгоритма персоналом, опросить не менее 5 сотрудников из разных подразделений на предмет знания алгоритма, включая систему оценки риска пролежней</p>	Главная медсестра		1 раз в квартал	
	<p>-проведение мероприятий по</p>	<p>-Проверить наличие информационных материалов по</p>	Главная медсестра		1 раз в квартал	

	профилактике и лечению пролежней;	вопросам профилактики пролежней, например, постеров, памяток, брошюр, инструкций -Наличие противопролежневых матрасов, подушек, кругов и т.д.				
	- анализ информации о случаях пролежней;	Оценить систему регистрации и сбора информации о случаях пролежней, проверить наличие журнала, отчетов по результатам разбора случаев, принятых решениях	Главная медсестра		1 раз в квартал	
	- осуществление ухода за дренажами и стомами;	Проверить наличие алгоритма по уходу за дренажами и стомами	Главная медсестра		1 раз в квартал	
	- кормление пациентов, включая зондовое питание;	Проверить наличие алгоритма по кормлению пациентов, включая зондовое питание	Главная медсестра		1 раз в квартал	
28	Организация мероприятий по профилактике неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни соответствующими структурными подразделениями ГБУЗ «КМСЧ № 1», в том числе информирование пациентов о методах профилактики неинфекционных заболеваний, основах здорового образа жизни	Проверить наличие информационных материалов во всех подразделениях МО, включая темы: -Гигиена рук -Профилактика гемоконтактных инфекций -Профилактика инфекций, передающихся воздушно-капельным путем -Профилактика особо опасных инфекций -Другие (указать какие)	Эпидемиолог		1 раз в квартал	
29	Организация мероприятий по раннему выявлению онкологических заболеваний, в том числе: - создание условий для раннего выявления онкологических заболеваний;	Периодические медицинские осмотры	Начальник отдела по работе с персональными данными		1 раз в квартал	
30	Обеспечение функционирования медицинской информационной системы ГБУЗ «КМСЧ № 1», включая информационное взаимодействие с государственными информационными системами в сфере здравоохранения	Проверить наличие приказов главного врача по вопросам: Информационная безопасность. Обработка и хранение персональных данных Система охраны МО	Начальник административно-хозяйственной службы, начальник отдела информационных технологий		1 раз в квартал	

	субъектов Российской Федерации и единой государственной информационной системой в сфере здравоохранения, размещение в них сведений в соответствии с законодательством Российской Федерации	Наличие журнала по выявленным отклонениям с мероприятиями по их устранению				
31	Проведение информирования граждан в доступной форме, в том числе с использованием сети Интернет, об осуществляемой медицинской деятельности и о медицинских работниках ГБУЗ «КМСЧ № 1», об уровне их образования и об их квалификации	Проверить наличие информации в открытых источниках (сайт, соц.сети)	Начальник отдела информационных технологий		1 раз в квартал	
32	Осуществление мероприятий по обеспечению профессиональной подготовки, переподготовки и повышения квалификации медицинских работников ГБУЗ «КМСЧ № 1» в соответствии с трудовым законодательством Российской Федерации	Проверить наличие приказов: - Организация системы обучения персонала	Начальник отдела по работе с персональными данными		1 раз в квартал	
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	Наличие приказов об обучении сотрудников на портале НМФО	Заместитель главного врача по медицинской части, начальник отдела по работе с персональными данными		1 раз в квартал	
34	Осуществление коммуникационных связей с гражданами, являющимися	1.Информирование пациентов и их родственников о состоянии, диагнозе,	Заведующие отделениями		1 раз в квартал	

	<p>доверенными лицами пациентов, а именно:</p> <p>предоставление информации о состоянии здоровья, сообщение о факте смерти пациента или по причине иных обстоятельств, а также с сотрудниками справочно-информационного отдела.</p> <p>(осуществлять коммуникационные связи уполномочены лечащие врачи, врачи анестезиологи-реаниматологи, заведующие отделениями, дежурные врачи, заместитель главного врача по терапии, заместитель главного врача хирургии, заместитель главного врача по медицинской части).</p>	<p>методах диагностики, терапии, реабилитации</p> <p>2.Наличие системы обратной связи с пациентами</p> <p>3.Наличие жалоб на исполнение пункта со стороны родственников, пациентов, докладных, служебных записок сотрудников кол-центра.</p>				
--	--	--	--	--	--	--

Приложение к приказу № 7

№ _____

**«Об организации и проведении
внутреннего контроля качества
и безопасности медицинской
деятельности в ГБУЗ «КМСЧ № 1»**

**График проведения внутренних аудитов в подразделениях
ГБУЗ «КМСЧ № 1» на 2022 год**

Плановый аудит	Сроки проведения	Ответственный за организацию и проведение
1	12.04.2022-25.04.2022	начальник отдела контроля медицинской помощи Земскова Е.А. (или лицо, замещающее по приказу главного врача)
2	01.06.2022-15.06.2022	начальник отдела контроля медицинской помощи Земскова Е.А. (или лицо, замещающее по приказу главного врача)
3	01.09.2022-14.09.2022	начальник отдела контроля медицинской помощи Земскова Е.А. (или лицо, замещающее по приказу главного врача)
4	16.01.2023-27.01.2023	начальник отдела контроля медицинской помощи Земскова Е.А. (или лицо, замещающее по приказу главного врача)