# Приложение

к приказу Минздрава РБ

от «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 г. № \_\_\_\_\_

# АЛГОРИТМ

# внедрения в медицинских организациях Республики Башкортостан

#  системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности

# 1. Настоящий Алгоритм внедрения системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (далее – Алгоритм) предназначен для обеспечения единообразия и систематизации организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (далее – внутренний контроль) в медицинских организациях Республики Башкортостан (далее – МО РБ).

 2. Алгоритм разработан в соответствии:

- со статьей 90 Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011№ 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

- с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07.06.2019 № 381н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» (далее – приказ Минздрава России от 07.06.2019 № 381н, Требования);

- приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5 мая 2012 №502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации»;

- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 мая 2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»;

- приказом Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения от 20 декабря 2017 № 10450 «Об утверждении форм проверочных листов (списков 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»;

- предложениями (Практическими рекомендациями) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в стационаре, 2015г. Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центр мониторинга и клинико-экономической экспертизы» Росздравнадзора,

- предложениями (практическими рекомендациями) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (поликлинике), 2017г. Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центр мониторинга и клинико-экономической экспертизы» Росздравнадзора;

- предложениями (практическими рекомендациями) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности медицинской лаборатории, 2018г. Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центр мониторинга и клинико-экономической экспертизы» Росздравнадзора,

Алгоритм учитывает принципы интегрированных систем менеджмента качества: ГОСТ Р ИСО 9001-2015, соответствия требованиям системы добровольной сертификации медицинских организаций «Качество и безопасность медицинской деятельности» Росздравнадзора и других СМК.

3. Результатом организации системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности является положительная динамика и достижение показателей и критериев качества, установленных действующими законодательными актами.

 По состоянию на 01.01.2020 основные показатели качества и безопасности медицинской деятельности содержат нормативные документы, указанные в приложении № 1 к настоящему Алгоритму.

4. Порядок действий/мероприятий по организации внутреннего контроля:

 Все медицинские организации (далее – МО) обязаны иметь службу качества, данные требования регламентированы приказом Минздрава России от 07.06.2019 № 381н.

 За качество и безопасность медицинской деятельности отвечает руководитель МО, задача которого  – создать рабочую систему внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации.

 Как создать организовать действующую систему внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (далее – внутренний контроль), службу внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (далее – служба качества) в медицинской организации:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №/№п/п | Действия/мероприятия по организации внутреннего контроля в МО РБ | Срок действий/ мероприятий | Примечание |
| 1. |  **Создание службы качества**: определение структуры и численности службы качества |  |  |
| 1.1. |  в МО организуйте службу качества (отдел качества).  | 2 недели/до 07.02.2020г. |  Структура и численность службы качества зависит от количества сотрудников в МО.  Если штат МО больше 300 человек, создайте отдельную службу качества в структуре которой не меньше 4-6 специалистов по качеству. Например, при численности в МО 1000 сотрудников служба качества может состоять из 5 человек, включая руководителя. В МО руководитель службы качества – специалист, не меньше пяти лет отработавший в медицине. У него есть сертификат по организации здравоохранения. Такой уровень подготовки нужен, так как руководитель службы должен уметь координировать работу подразделений, оценивать результаты контроля, планировать внедрение улучшений. Структура отдела качества. – ведущий специалист по качеству (проводит проверки, аудиты и обучает персонал, как правильно внедрять практические рекомендации Росздравнадзора и систему менеджмента качества (далее – СМК); - специалист по качеству (проводит экспертизу качества, выявляет нарушения при оказании медпомощи, оценивает своевременно ли оказали медпомощь, верно ли выбрали методы профилактики, диагностики, лечения и реабилитации); - психолог (оценивает удовлетворенность потребителей, проводит телефонные опросы и анкетирование по качеству работы, обучает персонал использовать речевые модули и предотвращать конфликты); - юрисконсульт (работает с обращениями пациентов и их родственников; - менеджер по качеству (технический работник, оператор) |
| 1.2. |  Издайте приказ о создании службы по внутреннему контролю – службы качества  | 2 недели/до 07.02.2020г. |  Образец приказа приведен в приложении № 2 к Алгоритму организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в соответствии с приказом Минздрава России от 07.06.2019 № 381н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» (далее - Алгоритм) в медицинских организациях Республики Башкортостан.В приказе указывают кто отвечает за руководство службой качества и является одновременно уполномоченным по качеству и безопасности медицинской деятельности в МО (далее – уполномоченный по качеству), с внесением дополнений в основные должностные инструкции |
| 1.3. |  **Утвердите положение о работе службы качества**  | 2 недели/до 07.02.2020г. |  Образец положения приведен в приложении № 3 к настоящему Алгоритму |
| 1.4. |  **Разработайте и утвердите должностные инструкции специалистов службы качества,** а также дополнения в основные должностные инструкции | 2 недели/до 07.02.2020г. |  Образец должностной инструкции приведен в приложении № 4 к настоящему Алгоритму |
| 2. |  Утвердите приказом по медицинской организации **создание системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности**, в том числе:  | 2 недели/ до 07.02.2020г. |  Образец приказа приведен в приложении 5 к настоящему Алгоритму |
| 2.1. | назначьте в приказе (п. 2) ответственного за организацию внутреннего контроля  |  |  Ответственный за организацию внутреннего контроля – руководитель МО |
| 2.2. | назначьте в приказе (п. 2) уполномоченное лицо по качеству и безопасности медицинской деятельности (далее – уполномоченный по качеству) в МО, в подразделениях, в том числе:  |  |  Уполномоченное лицо по качеству и безопасности медицинской деятельности в МО – заместитель руководителя или руководитель Службы качества (начальник отдела качества), ответственные за качество в подразделениях МО – руководители подразделений |
| 2.2.1. | разработайте и утвердите должностную инструкцию уполномоченного по качеству (дополнения в основную должностную инструкцию) и ответственных за качество в подразделениях |  |  |
| 2.3. | **утвердите в приказе (п. 2) положение** о порядке организации и поведения внутреннего контроля |  |  Положение о порядке организации и поведения внутреннего контроля, должно регламентировать согласно п. 7 Требований, утвержденных приказом Минздрава России от 07.06.2019 № 381н (далее – Требования):- функции и порядок взаимодействия Совета по качеству, службы качества и (или) Уполномоченного лица по качеству, руководителей и (или) уполномоченных работников структурных подразделений медицинской организации, врачебной комиссии медицинской организации в рамках организации и проведения внутреннего контроля;- цель, задачи и сроки проведения внутреннего контроля;- основания для проведения внутреннего контроля;- права и обязанности 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 |
| 2.3.1. |  утвердите отдельным приложением к Положению о порядке организации и поведения внутреннего контроля **Положение об организации внутреннего контроля качества медицинской помощи**  |  |  Положение об организации контроля качества медицинской помощи, экспертиза качества медицинской помощи с учетом ее организации на трех уровнях: лечащий врач – (0 уровень, уровень самоконтроля), заведующие подразделениями (1 уровень), заместители главного врача (2 уровень), Врачебная комиссия (3 уровень). Образец положения об организации внутреннего контроля качества медицинской помощи приведен в приложении № 6 к настоящему Алгоритму. |
| 2.4. |  утвердите в приказе состав Совета по качеству и безопасности медицинской деятельности (далее – **Совет по качеству**).  |  |  Совет по качеству (образец приказа в приложении № 7 к настоящему Алгоритму): **председатель** – руководитель медицинской организации (ответственный за организацию внутреннего контроля); **заместитель председателя** – руководитель Службы по качеству (уполномоченное лицо по качеству и безопасности медицинской деятельности,  **члены** - сотрудники организации (заместители главного врача по разным направлениям, заведующие подразделениями, главная медсестра, другие специалисты: эпидемиолог, экономист, юрист, хозяйственная служба). Председатель [Совета](https://vip.1glv.ru/#/document/118/70293/) по качеству - главный врач, поскольку Совет по качеству решает вопросы не только организации медицинской деятельности, но и обеспечения МО ресурсами. Совет собирается ежемесячно. Проводится анализ деятельности МО за прошедший период. Решение Совета оформляется протоколом. Анализ СМК со стороны руководства проводится ежеквартально. План работы Совета можно утверждать поквартально или раз в год, с последующим внесением изменений при необходимости. |
| 2.5. | утвердите **Схему организации внутреннего контроля в конкретной организации**  |  |  Схема организации внутреннего контроля является индивидуальной для каждой организации (образец примерной схемы приведен в приложении № 8 к настоящему Алгоритму), которая формируется в соответствии с приказом Минздрава России от 07.06.2019 № 381н):руководитель –  Совет по качеству –  служба по качеству –  взаимодействие с Врачебной комиссии в рамках контроля качества и экспертизы медицинской помощи (в соответствии с приказами Минздрава России №№ 502н, 203н, Федерального ФОМС №36н).  |
| 3. |  Составьте реестр процессов и процедур по всем направлениям внутреннего контроля (далее – Реестр), для этого: | 1,5 месяца/до 13.03.2020г |  |
| 3.1. |  изучите, какие **направления по внутреннему контролю соответствуют вашей медицинской организации** в соответствии с деятельностью, заявленной в лицензии вашей медицинской организации.   |  |  Ориентируйтесь на «Предложения (практические рекомендации) по организации внутреннего контроля качества  и безопасности  медицинской деятельности в медицинской организации (стационаре/ поликлинике/ лаборатории) ФГБУ «Центр мониторинга и клинико-экономической экспертизы» Росздравнадзора» |
| 3.2. |  **Разработайте таблицу соотношения 38 критериев качества** **с процессами и процедурами вашей организации** по приказу Минздрава России от 07.06.2019 № 381н  и «Практическими рекомендациями» Росздравнадзора  |  |  Распишите в таблице для каждого подразделения организации какие из 38 критериев качества (пункт 17 приказа Минздрава России от 07.06.2019 № 381н)  применимы. Помните, что пункты Минздрава России от 07.06.2019 № 381н, в частности, пункт 17, который содержит 38 подпунктов по критериям внутреннего контроля, которые напрямую связаны с «Предложениями (практическими рекомендациями) по организации внутреннего контроля качества  и безопасности  медицинской деятельности в медицинской организации (стационаре/ поликлинике/ лаборатории) ФГБУ «Центр мониторинга и клинико-экономической экспертизы» Росздравнадзора»  |
| 3.3. |  Назначьте ответственных по направлениям внутреннего контроля в приказе по организации (руководителей процессов) |  |  Назначают основной и дублирующий состав по всем разделам и процессам по каждому направлению |
| 3.4. | Утвердите приказом по организации состав группы аудиторов, Положение об аудите, проведите обучение аудиторов. | 2,5 месяца/до 30.03.2020г. |  Обучение аудиторов проведите в соответствии с ГОСТ Р ИСО 19011 |
| 4. |  Разработайте и утвердите приказом по медицинской организации План-график проведения плановых проверок (аудитов) по подразделениям в соответствии с направлениями  | 2,5 месяца/до 30.03.2020г |  Программа проверок (аудитов) утверждается на весь год. На каждую проверку разрабатывается план проверки (аудита), издается отдельный приказ по утверждению состава группы аудиторов, графика аудита, критериев аудита и аудитируемых подразделений (с учетом 38 критериев качества приказа 381н)  |
| 5.  |  Организуйте проведение целевых (внеплановых) проверок с изданием приказов о проведении проверок | В течение года |  Проведение целевых (внеплановых) проверок в следующих случаях, согласно п. 11 Требований: - 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 (с привлечением Врачебной комиссии (ВК)), 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. Внутренний контроль не заменяет функции ВК по разбору данных случаев. |
| 6. |  Обеспечьте ежемесячное формирование отчетов по проведенным плановым и внеплановым проверкам  Раз в квартал сформируйте сводный отчет по результативности внутреннего контроля. | Ежемесячно к 5 числу следующего месяца |  Отчет должен включать в себя также предложения о необходимости проведения каких-либо корректирующих мероприятий по выявленным несоответствиям |
| 7. |  Организуйте проведение ежемесячных заседаний Совета по качеству  | Ежемесячно  |  Решения Совета по качеству оформляются протоколом с выводами и анализом внутреннего контроля, планом корректирующих мероприятий и мероприятиями по улучшению. На заседаниях Совета по качеству заслушиваются:- отчеты службы качества по итогам проверок,- анализ динамики статистических данных, характеризующих качество и безопасность медицинской деятельности медицинской организации, в том числе в результате проведения плановой проверки, данных мониторингов;- анализ результативности процессов внутреннего контроля (но не реже одного раза в квартал*);*- предложения о проведении внеплановых проверок; - **оценивается качество и безопасность медицинской деятельности** медицинской организации, ее структурных подразделений по итогам проведения плановых и целевых (внеплановых) проверок по основным разделам, в целях решения задач, согласно п. 2 Требований:- совершенствование подходов к осуществлению медицинской деятельности для предупреждения, выявления и предотвращения рисков, создающих угрозу жизни и здоровью граждан, и минимизации последствий их наступления;- обеспечение и оценка соблюдения прав граждан в сфере охраны здоровья при осуществлении медицинской деятельности;- обеспечение и оценка применения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи;- обеспечение и оценка соблюдения порядков проведения медицинских экспертиз, диспансеризации, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований;- обеспечение и оценка соблюдения медицинскими работниками и руководителями медицинских организаций ограничений, налагаемых на указанных лиц при осуществлении ими профессиональной деятельностив соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;- 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;выполнение медицинскими работниками должностных инструкций в части обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности;предупреждение нарушений при оказании медицинской помощи, являющихся результатом:- несоответствия оказанной медицинской помощи состоянию здоровья пациента с учетом степени поражения органов и (или) систем организма либо нарушений их функций, обусловленной заболеванием или состоянием либо их осложнением;- невыполнения, несвоевременного или ненадлежащего выполнения необходимых пациенту профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных 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;- 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;- принятие управленческих решений по совершенствованию подходов к осуществлению медицинской деятельности. Оценка качества и безопасности медицинской деятельности медицинской организации согласно п. 17 Требований к организации и проведению внутреннего контроля (по 38 критериям качества) в зависимости от вида медицинской организации, видов, условий и форм оказания медицинской помощи, перечня работ (услуг), указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности.  |
| 8. |  Разработайте План-график по стандартизации процессов и процедур (СОПов) внутреннего контроля. | В течение года с коррекцией несоответ-ствий, при необходи-мости |  Документы по стандартизации (карты процессов, документированные процедуры, СОПы, алгоритмы , блок-схемы разрабатываются в соответствии с процессами организации и их особенностями.Для стандартизации  регламентации (стандартизации) системы внутреннего контроля возможно использовать процессный подход в управлении, который лежит в основе системы менеджмента качества (международный и национальный стандарт ИСО 9001. Процессный подход при стандартизации и управлении системой внутреннего контроля качества позволит значительно сократить документацию по внутреннему контролю, так как каждое направление можно рассматривать как процесс. И стандарт на процесс будет содержать все необходимые алгоритмы и СОПы по соответствующему направлению внутреннего контроля. В итоге, к примеру, в  организации будет то количество стандартов по процессам и процедурам ВКК , которое необходимо для функционирования утвержденных процессов вместо сотни и более отдельных документов – СОПов и алгоритмов.) |
| 9.  |  Проведите мероприятия по стандартизации организации внутреннего контроля по процессам и процедурам внутреннего контроля по направлениям согласно **38 критериев качества** (пункт17) приказа Минздрава России от 07.06.2019 № 381н:  | 6 месяцев/до 01.07.2020г. |  |
| 9.2.  |  разработайте и утвердите карты выделенных в МО процессов и подпроцессов  | 6 месяцев/до 01.07.2020г. |  Карты в МО процессов и подпроцессов разрабатывайте с учетом 38 критериев приказа Минздрава России от 07.06.2019 № 381н и интегрированной СМК) |
| 9.1. |  утвердить рабочие группы по разработке карт выделенных в МО процессов и подпроцессов  | 6 месяцев/до 01.07.2020г. |  Рабочие группы по разработке карт выделенных в МО процессов и подпроцессов создаются во главе с ответственными по направлениям (процессам и процедурам) внутреннего контроля (заместитель - дублер по данному направлению).   В рабочую группу должны войти специалисты, которые будут исполнителями требований по данному процессу и знают содержание деятельности по соответствующему направлению. |
| 9.3. |  Разработайте и утвердите критерии оценки по процессам и процедурам внутреннего контроля:  | 6 месяцев/до 01.07.2020г. |  Стандарты организации внутреннего контроля по процессам и процедурам внутреннего контроля: чек-листы показателей критериев качества, показатели мониторинга качества и безопасности медицинской деятельности) по направлениям согласно **38 критериев качества** (пункт17) приказа Минздрава России от 07.06.2019 № 381н. При формировании чек-листов, показателей мониторинга качества и безопасности медицинской деятельности используются федеральные нормативные документы Минздрава России, Росздравнадзора, Минздрава РБ, «Предложениями (практическими рекомендациями) по организации внутреннего контроля качества  и безопасности  медицинской деятельности в медицинской организации (стационаре/ поликлинике/ лаборатории) ФГБУ «Центр мониторинга и клинико-экономической экспертизы» Росздравнадзора», приложения к проекту приказа Минздрава России от 07.06.2019 № 381н |
| 9.3.1. |  Чек-листы показателей критериев качества  | 6 месяцев/до 01.07.2020г. |  Чек-листы показателей критериев качества разрабатываются по следующим 38 критериям качества, согласно пункта 17 приказа Минздрава России от 07.06.2019 № 381н: 1) наличие в медицинской организации нормативных правовых актов (в том числе, изданных федеральными органами государственной власти, Минздравом РБ), регламентирующих вопросы организации медицинской деятельности, включая: преемственность оказания медицинской помощи на всех этапах;оказание медицинской помощи, в том числе в условиях чрезвычайных ситуаций; маршрутизацию пациентов, включая организацию консультаций, дополнительных методов обследования в иных медицинских организациях; перевод пациента в другие медицинские организации, включая перечень медицинских показаний и медицинские организации для перевода; 2) обеспечение оказания медицинской помощи в медицинской организации в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций; 3) обеспечение взаимодействия медицинской организации с медицинскими организациями, оказывающими скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь, центрами медицины катастроф, в том числе: передача информации из медицинских организаций, оказывающих скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь, центров медицины катастроф; ведение медицинской документации медицинскими работниками скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, центров медицины катастроф и медицинскими работниками медицинской организации, в которую осуществляется медицинская эвакуация пациента, включая журналы поступления (в электронной форме при наличии); 4) соблюдение безопасных условий при транспортировке пациента (в пределах медицинской организации и (или) переводе в другую медицинскую организацию) (чек-лист формируется с использованием приложения № 9 к проекту приказа Минздрава России № 381н); 5) обеспечение преемственности оказания медицинской помощи на всех этапах (в том числе при переводе пациента, выписке из медицинской организации, передаче дежурства и иных обстоятельствах) с соблюдением требований к ведению медицинской документации (чек-лист формируется с использованием приложения №6 к проекту приказа Минздрава России № 381н); 6) обеспечение получения информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи; 7) наличие локальных нормативных актов, регламентирующих работу приемного отделения медицинской организации, в том числе при оказании медицинской помощи в экстренной форме (с учетом особенностей деятельности структурных подразделений); 8) осуществление сортировки пациентов при поступлении и (или) обращении в зависимости от тяжести состояния и перечня необходимых медицинских вмешательств; 9) обеспечение своевременного оказания медицинской помощи при поступлении и (или) обращении пациента, а также на всех этапах ее оказания; 10) обеспечение экстренного оповещения и (или) сбора медицинских работников, не находящихся на дежурстве (при необходимости); 11) обеспечение возможности вызова медицинских работников к пациентам, в том числе в палаты; 12) обеспечение оказания гражданам медицинской помощи в экстренной форме, включая проведение регулярного обучения (тренингов), наличие в медицинской организации лекарственных препаратов и медицинских изделий для оказания медицинской помощи в экстренной форме; 13) обеспечение возможности круглосуточного проведения лабораторных и инструментальных исследований в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях (в соответствии с порядками оказания медицинской помощи); 14) организация безопасной деятельности клинико-диагностической лаборатории (отделения), наличие системы идентификации образцов и прослеживаемости результатов; 15) обеспечение соблюдения врачебной тайны, в том числе конфиденциальности персональных данных, используемых в медицинских информационных системах медицинских организаций, при осуществлении медицинской деятельности; 16) обеспечение комфортных условий пребывания пациентов в медицинских организациях, включая организацию мест ожидания для пациентов, законных представителей и членов семей пациентов (чек-лист формируется с использованием приложения № 9 к проекту приказа Минздрава России № 381н); 17) осуществление мероприятий по организации безопасного применения лекарственных препаратов, в том числе: обеспечение контроля сроков годности лекарственных препаратов; обеспечение контроля условий хранения лекарственных препаратов, требующих особых условий хранения; хранение лекарственных препаратов в специально оборудованных помещениях и (или) зонах для хранения; соблюдение требований к назначению лекарственных препаратов, а также учет рисков при применении лекарственных препаратов (в том числе аллергологического анамнеза, особенностей взаимодействия и совместимости лекарственных препаратов) с внесением соответствующих сведений в медицинскую документацию);осуществление контроля качества письменных назначений лекарственных препаратов, в том числе использование унифицированных листов назначения; организация лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан, в том числе предоставление сведений о таких гражданах в Федеральный регистр лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, Федеральный регистр лиц, больных туберкулезом, Федеральный регистр лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности[17](#sub_1717), Федеральный регистр лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, гемолитико-уремическим синдромом, юношеским артритом с системным началом, мукополисахаридозом I, II и VI типов, лиц после трансплантации органов и (или) тканей (чек-лист формируется с использованием приложения № 3 к проекту приказа Минздрава России № 381н); 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 (чек-лист формируется с использованием приложения № 2 к проекту приказа Минздрава России № 381н); 19) проведение мониторинга длительности пребывания пациента в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях; 20) подтверждение соответствия на всех этапах оказания медицинской помощи (включая применение лекарственных препаратов и медицинских изделий) личности пациента его персональным данным, содержащимся в том числе в документах, удостоверяющих личность (фамилия, имя, отчество (при наличии), пол, возраст), и в медицинской документации (чек-лист формируется с использованием приложения №1 к проекту приказа Минздрава России № 381н); 21) осуществление мероприятий по безопасному применению медицинских изделий, в том числе: применение медицинских изделий в соответствии с технической и (или) эксплуатационной документацией, в соответствии с которой осуществляются производство, изготовление, хранение, транспортировка, монтаж, наладка, применение, эксплуатация, в том числе техническое обслуживание, а также ремонт, утилизация или уничтожение медицинского изделия; обучение работников медицинской организации применению, эксплуатации медицинских изделий (чек-лист формируется с использованием приложения № 4 к проекту приказа Минздрава России № 381н); 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) 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; 24) осуществление мероприятий по обращению донорской крови и (или) ее компонентов в медицинской организации, 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 трансфузией (переливанием) донорской крови и (или) ее компонентов (чек-лист формируется с использованием приложения № 8 к проекту приказа Минздрава России № 381н); 25) осуществление мероприятий по организации безопасной среды для пациентов и работников медицинской организации, в том числе: создание рациональной планировки структурных подразделений медицинской организации (включая их размещение друг относительно друга, планировку помещений входной группы и приемного отделения, планировку внутри структурных подразделений); проведение мероприятий по снижению риска травматизма и профессиональных заболеваний; обеспечение защиты от травмирования элементами медицинских изделий;оснащение медицинской организации оборудованием для оказания медицинской помощи с учетом особых потребностей инвалидов и других групп населения с ограниченными возможностями здоровья; наличие и исправность систем жизнеобеспечения (включая резервное электроснабжение); соблюдение внутреннего распорядка медицинской организации; обеспечение охраны и безопасности в медицинской организации (включая организацию доступа в медицинскую организацию и ее структурные подразделения, предотвращение и принятие мер в случаях нападения на медицинских работников, угрозах со стороны пациентов или посетителей, в случаях суицида); соблюдение мероприятий по обеспечению безопасности при угрозе и возникновении чрезвычайных ситуаций; обеспечение беспрепятственного подъезда транспорта для медицинской эвакуации на территорию медицинской организации; сбор и анализ информации обо всех случаях нарушения безопасности среды (включая падения пациентов) в медицинской организации (чек-лист формируется с использованием приложения № 9 к проекту приказа Минздрава России № 381н); 26) 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 (чек-лист формируется с использованием приложения № 10 к проекту приказа Минздрава России № 381н); 27) организация мероприятий по профилактике неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни соответствующими структурными подразделениями медицинской организации (отделением (кабинетом) медицинской профилактики, центром здоровья, центром медицинской профилактики), в том числе информирование пациентов о методах профилактики неинфекционных заболеваний, основах здорового образа жизни (чек-лист формируется с использованием приложения № 11.1 к проекту приказа Минздрава России № 381н); 28) 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, диспансерному наблюдению за пациентами с онкологическими заболеваниями; информирование пациентов по вопросам раннего выявления онкологических заболеваний и диспансерного наблюдения; 29) организация работы регистратуры, включая: деятельность структурных подразделений регистратуры, в том числе "стойки информации", "фронт-офиса", "картохранилища", контакт-центра, "call-центра"; оформление листков временной нетрудоспособности, их учет и регистрация; предварительную запись пациентов на прием к врачу; прием и регистрацию вызовов на дом; соблюдение порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи; систематизацию хранения медицинской документации и ее доставки в кабинеты приема врачей-специалистов; обеспечение навигационной информации для пациентов с учетом характера расположения помещений; взаимодействие регистратуры со структурными подразделениями поликлиники, детской поликлиники; коммуникация работников регистратуры с пациентами, в том числе наличие "речевых модулей" на разные типы взаимодействия, порядка действия в случае жалоб пациентов и конфликтных ситуаций (чек-лист формируется с использованием приложения № 11.2 к проекту приказа Минздрава России № 381н); 30) организация управления потоками пациентов, в том числе при первичном обращении: распределение потоков пациентов, требующих оказания медицинской помощи в плановой, неотложной и экстренной формах; направление пациентов в другие медицинские организации; маршрутизация пациентов в особых случаях: в период эпидемий гриппа, иных острых респираторных вирусных инфекций и других инфекционных заболеваний; порядок записи и отмены записи пациентов на прием при непосредственном обращении в поликлинику, по телефону, через медицинскую информационную систему; порядок уведомления пациента об отмене приема по инициативе организации; 31) обеспечение функционирования медицинской информационной системы медицинской организации[31](#sub_3131), 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; 32) проведение информирования граждан в доступной форме, в том числе с использованием сети "Интернет", об осуществляемой медицинской деятельности и о медицинских работниках медицинской организации, об уровне их образования и об их квалификации; 33) организация проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации (чек-лист формируется с использованием приложения № 11.3 к проекту приказа Минздрава России № 381н); 34) организация диспансерного наблюдения (чек-лист формируется с использованием приложения № 11.4 к проекту приказа Минздрава России № 381н), в том числе за женщинами в период беременности; 35) организация проведения вакцинации населения в соответствии с национальным календарем профилактических прививок и календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям; 36) организация работы дневного стационара в соответствии с порядками оказания медицинской помощи (чек-лист формируется с использованием приложения № 11.5 к проекту приказа Минздрава России № 381н); 37) осуществление мероприятий по обеспечению профессиональной подготовки, переподготовки и повышения квалификации медицинских работников в соответствии с трудовым законодательством Российской Федерации, а также по формированию системы оценки деятельности и развитию кадрового потенциала работников медицинской организации; 38) 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. |
| 9.3.2. |  Разработайте и утвердите дополнительный перечень показателей критериев качества и показателей мониторинга качества и безопасности медицинской деятельности\* | В течение года |  \*При необходимости |
| 9.4. |  После стандартизации системы внутреннего контроля качества внесите коррективы в План работы Совета по качеству и стратегический План развития МО  | 6 месяцев/до 01.07.2020г. |   |
| 9.5. |  Разработайте и утвердите на основе разработанных процессов и процедур по внутреннему контролю приложения к должностным инструкциям по функционалу внутреннего контроля, дополнения в эффективный контракт.  | 3 месяца/до 30.03.2020 |  Дополнения к должностным инструкциям по функционалу персонала медицинской организации в рамках внутреннего контроля, а также эффективный контракт возможно написать только после того, как разработаны стандарты по процессам и процедурам внутреннего контроля, так как при стандартизации процессов внутреннего контроля очень четко определяются ответственные и исполнители по этапам (функциям) каждого процесса, прорабатывается описание этих функций, показатели результативности и результаты по выполнению функций процесса |
| 9.6. |  Доработайте Положения о подразделениях на основе разработанных процессов и процедур по внутреннему контролю и должностных инструкций по функционалу внутреннего контроля (дополнений в должностные инструкции, эффективный контракт) | 6 месяцев/до 01.07.2020г. |  |
| 10. | Работа Службы по качества включает в себя | В течение года |  |
| 10.1. | **сбор статистических данных**, характеризующих качество и безопасность медицинской деятельности медицинской организации (показатели мониторинга качества и безопасности медицинской деятельности), и их анализ | Ежемесячно |  |
| 10.2.  | **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) | Ежемесячно |  |
| 10.3. | **мониторинг наличия лекарственных препаратов и медицинских изделий** в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций (не реже 1 раза в квартал) | Ежемесячно |  отчет формируется не реже 1 раза в квартал |
| 10.4. | **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 Росздравнадзор (не реже 1 раза в квартал) | Ежемесячно |  отчет формируется не реже 1 раза в квартал |
| 10.5. | **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 Росздравнадзор (не реже 1 раза в квартал | Ежемесячно |  отчет формируется не реже 1 раза в квартал |
| 10.6. | разработка и утверждение иных локальных актов в рамках внутреннего контроля (**стандартные операционные процедуры, алгоритмы действий работников организации**)  | В течение года |  Согласно разработанному Плану 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 |
| 10.7. |  Организация и проведение плановых (согласно утвержденному плану) проверок и внеплановых проверок  | В течение года |  Внутренний контроль проводят по всем критериям приказа Минздрава России от 07.06.2019 № 381н не реже одного раза в квартал. Служба качества проверяет все 38 критериев. Вместе с тем, если внутренний контроль еще в стадии внедрения, можно начать с одного или нескольких направлений. По итогам проверок служба качества составляет акт проверки с выводами о выявленных несоответствий. О дефектах сообщает главному врачу и руководителям подразделений. Затем служба качества разрабатывает план мероприятий по устранению дефектов, указывает сроки. |
| 10.7.1 |  Разработка и утверждение документированной процедуры «Внутренние аудиты» | В течение года |  Аудиты проводит служба качества  с привлечением аудиторов (при необходимости) на основании приказа главного врача. Методы аудита:* анализ документации;
* анализ записей с результатами деятельности;
* интервью с руководителями подразделений и владельцами процессов;
* наблюдения в ходе аудита.
* Для проведения аудитов формируют группу аудиторов и организуют их обучение
 |
| 10.8. |  **Регистрация и анализ результатов** внутреннего контроля (заседания Совета по качеству - протоколы) с последующим использованием данных результатов в целях управления качеством и безопасностью медицинской деятельности, **принятие управленческих решений** (приказы по МО), корректирующих мер  | В течение года |  - протоколы заседаний Совета по качеству; - отчеты о проведенных проверках; - анализ статистических данных и данных мониторингов; - приказы нормативные и дисциплинарных по результатам решений Совета по качеству; - ежеквартальные итоги внутреннего контроля; - контроль исполнения решений |
| 10.9. |  Контроль за исполнением управленческих решений, эффективность корректирующих мер | В течение года |  Осуществляет служба качества, заместители главного врача |

Приложение № 1 к Алгоритму

организации внутреннего контроля качества

# и безопасности медицинской деятельности

# в соответствии с приказом Минздрава России

# от 7 июня 2019 г. № 381н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности»

# в медицинских организациях Республики Башкортостан

**Нормативные документы,**

**содержащие основные показатели и критерии качества**

**и безопасности медицинской деятельности, достижение**

**которых является результатом организации действенной**

**системы внутреннего контроля качества и безопасности**

**медицинской деятельности** (по состоянию на 01.01.2020)

 - Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года»;

 - Указ Президента Российской Федерации от 06.06.2019 № 254 «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года» Распоряжение Правительства Российской Федерации от 05.02.2016 ;
№ 164-р «Об утверждении Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года»;

 - Постановление Правительства Российской Федерации от 26.12.2017 № 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения»;

- Постановление Правительства Республики Башкортостан от 30.04.2013 № 183 «Об утверждении государственной программы «Развитие здравоохранения Республики Башкортостан»;

- Постановление Правительства Российской Федерации от 07.12.2019 № 1610 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов»;

- Постановление Правительства Республики Башкортостан от 30.12.2019 № 780 «Об утверждении Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Башкортостан на 2020 год и плановый период 2021 и 2022 годов»;

- Распоряжение Правительства Российской Федерации от 20.10.2016 № 2203-р «Об утверждении Государственной стратегии противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации на период до 2020 года и дальнейшую перспективу»;

 - Распоряжение Главы Республики Башкортостан от 17.08.2018 № РГ-157 «О мерах по реализации Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2018 года № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года»;

 - Распоряжение Главы Республики Башкортостан от 28.12.2018 № РГ-286 «О рейтинге администраций муниципальных районов и городских округов Республики Башкортостан»;

 - Постановление Правительства Республики Башкортостан от 14.08.2019 № 494 «Об утверждении Перечня показателей, характеризующих достижение национальных целей Указа Президента Российской Федерации от 07 мая 2018 года № 204«О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» в Республике Башкортостан»;

 - Распоряжение Правительства Республики Башкортостан от 31.05.2017 № 480-р «Об утверждении Плана дополнительных мероприятий по повышению рождаемости в Республике Башкортостан на 2017-2020 годы»;

 - Распоряжение Правительства Республики Башкортостан от 05.06.2017 № 510-р «Об утверждении Плана мероприятий («дорожной карты») по достижению плановых значений показателей оценки эффективности деятельности Министерства здравоохранения Республики Башкортостан»;

 - Распоряжение Правительства Республики Башкортостан от 12.12.2018 № 1256-р Региональный проект «Реализация программы системной поддержки и повышения качества жизни граждан старшего поколения «Старшее поколение»;

- Распоряжение Правительства Республики Башкортостан от 12.12.2018 № 1257-р Региональный проект «Формирование системы мотивации граждан к здоровому образу жизни, включая здоровое питание и отказ от вредных привычек в Республике Башкортостан»;

- Распоряжение Правительства Республики Башкортостан от 12.12.2018 № 1259-р Региональный проект «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями»;

 - Распоряжение Правительства Республики Башкортостан от 12.12.2018 № 1260-р Региональный проект «Борьба с онкологическими заболеваниями»;

 - Распоряжение Правительства Республики Башкортостан от 12.12.2018 № 1261-р Региональный проект «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям»;

 - Распоряжение Правительства Республики Башкортостан от 12.12.2018 № 1262-р Региональный проект «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения Республики Башкортостан квалифицированными кадрами»;

 - Распоряжение Правительства Республики Башкортостан от 12.12.2018 № 1263-р Региональный проект «Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ)»;

- Распоряжение Правительства Республики Башкортостан от 12.12.2018 № 1264-р Региональный проект «Развитие экспорта медицинских услуг»;

- Распоряжение Правительства Республики Башкортостан от 12.12.2018 № 1297-р Региональный проект «Развитие первичной медико-санитарной помощи»;

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

# - приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 28.02.2019 № 36 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»;

- письмо Минздрава России от 20.04.17 №17-6/10/1-2300 о сигнальных (индикативных) показателях;

- приказ Министерства здравоохранения Республики Башкортостан от 28.06.2019 № 1154-Д «Об утверждении показателей и критериев оценки эффективности деятельности государственных учреждений, подведомственных Министерству здравоохранения Республики Башкортостан, и их руководителей и работников, Положения о премировании руководителей государственных учреждений, подведомственных Министерству здравоохранения Республики Башкортостан»

Приложение № 2 к Алгоритму

организации внутреннего контроля качества

# и безопасности медицинской деятельности

# в соответствии с приказом Минздрава России

# от 7 июня 2019 г. № 381н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности»

# в медицинских организациях Республики Башкортостан

**ПРИМЕРНАЯ ФОРМА**

 **приказа о создании службы качества**

 С целью организации системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в учреждении и организации работы по контролю за качества и безопасности медицинской деятельности ПРИКАЗЫВАЮ:

 1. Назначить руководителем службы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (далее – служба качества) и уполномоченным за лицом за качество и безопасность медицинской деятельности заведующую \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_отделом

 (наименование отдела)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (фамилия, имя, отчество)

 2. Руководителю службы качества (отдела качества) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:

 (фамилия И.О.)

2.1. организовать работу службы (отдела) с «\_\_»\_\_\_\_\_\_.2020 г.;

2.2. разработать должностные инструкции и положение о работе службы качества (отдела);

* 1. создать рабочее место сотрудников службы качества (отдела);

2.4. организовать взаимодействие службы качества (отдела) со структурными подразделениями учреждения.

3. Начальнику отдела кадров, юридическому отделу проработать и представить на утверждение дополнений в должностные инструкции сотрудников службы качества, в эффективные контракты.

|  |  |
| --- | --- |
|  4. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой. Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

Приложение № 3 к Алгоритму

организации внутреннего контроля качества

# и безопасности медицинской деятельности

# в соответствии с приказом Минздрава России

# от 7 июня 2019 г. № 381н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности»

# в медицинских организациях Республики Башкортостан

**ПРИМЕРНАЯ ФОРМА**

 **Положения о службе внутреннего контроля качества**

**и безопасности медицинской деятельности**

УТВЕРЖДАЮ

Главный врач ГБУЗ РБ«\_\_\_\_\_\_»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф. И. О.

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ года

**Положение о службе внутреннего контроля качества**

**и безопасности медицинской деятельности (служба качества)**

**в ГБУЗ РБ «\_\_\_\_\_»**

 **1. Общие положения.**

 Служба качества является самостоятельным структурным подразделением ГБУЗ РБ «\_\_\_\_\_\_\_», осуществляющим деятельность на основании приказа от «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_ 2020 г., в соответствии с нормативными правовыми актами РФ, Уставом учреждения и настоящим положением. Служба качества подчиняется непосредственно главному врачу.

 Службу возглавляет руководитель, который назначается и освобождается от занимаемой должности приказом главного врача, имеющий высшее медицинское профессиональное образование и стаж работы по специальности не менее пяти лет. Руководитель службы является уполномоченным по качеству ГБУЗ РБ«\_\_\_\_\_».

 Состав службы качества (отдела качества): руководитель – 1, ведущий специалист по качеству – врач-эксперт – 1, специалист по качеству – 1, юрисконсульт – 1, психолог – 1.

 Состав службы качества может изменяться в зависимости от мощности МО по решению главного врача и по согласованию с Минздравом РБ.

 **В своей деятельности отдел руководствуется:**

 - действующим законодательством РФ;

 - уставом учреждения и Правилами внутреннего трудового распорядка;

 - приказами и распоряжениями главного врача, распоряжениями заместителя главного врача по медицинской части;

 - рекомендациями международной организации по стандартизации (ISO);

 - государственными и отраслевыми стандартами;

 - приказами и инструктивными документами Минздрава России и Минздрава РБ;

 - решениями Совета по качеству;

 - положением об организации системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в организации и настоящим положением.

 **2. Задачи отдела.**

 К задачам отдела качества относятся:

- планирование, организация и контроль качества медицинской помощи;

- координационное руководство качеством в структурных подразделениях;

- разработка и внедрение организационной структуры системы качества учреждения;

- разработка плана создания и внедрения системы качества в учреждении;

- разработка предложений руководству по совершенствованию материально-технической базы и документации в соответствии с существующими требованиями;

- проведение внутренних аудитов и самооценки учреждения, его структурных подразделений и процессов, подготовка отчетов руководству;

- консультационная поддержка работ по развитию методов менеджмента качества и разработке системы качества;

- разработка предложений по работе с персоналом;

- совместно с уполномоченными по качеству структурных подразделений разработка документации системы качества учреждения, включая необходимые формы и записи, документированные процедуры, Руководство по качеству;

- упорядочение рабочих процессов, определение измеряемых параметров и характеристик их качества, методов их измерения и сбора информации;

- методические разработки по внедрению современных методов и инструментов менеджмента качества в здравоохранении;

- проверка и анализ результатов качества лечебного процесса;

- системное совершенствование и разработка методов оценки качества медицинского процесса в учреждении;

- проведение экспертиз лечебно-профилактического, кадрового и материально-технического обеспечения специальностей и направлений;

- участие в процессе сертификации;

- анализ критериев качества за квартал, год;

- анализ исполнения целей ГБУЗ РБ «\_\_\_».

 **3. Функции.**

 Перечень функций отдела качества вытекает из его задач:

- реализация политики в области качества;

- планирование качества процесса;

- организация работ по улучшению качества медицинского процесса;

- проведение различных мониторинговых мероприятий и контрольных операций контроля качества рабочих процессов и их результатов;

- контроль, анализ, оценка качества лечебно-профилактического, кадрового и материально-технического обеспечения медицинского процесса;

- разработка критериев и методов оценки качества лечения и профилактики;

- организация проведения внутрибольничных проверок качества оказания медицинской помощи, качества работы структурных подразделений;

- привлечение необходимых экспертов для проведения внутрибольничных проверок качества медицинской помощи;

- разработка и внедрение современных методов управления, направленных на совершенствование качества медицинской помощи;

- обучение и мотивация персонала совместно с другими структурами системы качества учреждения;

- организация и проведение индивидуального и группового консультирования руководителей структурных подразделений больницы, врачей, средних и младших медицинских работников, а также сотрудников администрации по вопросам разработки и внедрения системы качества;

- оценка результативности работы подразделений МО по обеспечению качества медицинской помощи и безопасности медицинской деятельности согласно требованиям Закона «Об охране здоровья граждан», Программы государственных гарантий и конкретных потребителей;

- разработка предупреждающих и корректирующих мероприятий;

- подготовка предложений по устранению несоответствий, повышению квалификации и мотивации персонала, улучшению материальной базы, улучшению управления структурными подразделениями и качеством медицинской помощи;

- создание нормативных документов, соответствующих требованиям ГОСТ Р ИСО 9001-2015, регламентирующих деятельность учреждения в области менеджмента качества;

- участие в работе семинаров и конференций по проблемам качества медицинской помощи.

 **4. Структура.**

 Служба качества образована на основании приказа главного врача от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_2020 № \_\_\_\_. Штат службы качества устанавливается главным врачом, основан на оценке объема работы по отделу на определенный период.

Штат службы качества составляет пять штатных единиц:

руководитель – 1,

ведущий специалист по качеству – врач-эксперт – 1,

специалист по качеству – 1,

юрисконсульт – 1,

психолог – 1.

 **Перечень документов, записей и данных по отделу качества:**

 1) номенклатура дел;

 2) положение о структурном подразделении;

 3) политика и цели в области качества

 4) должностные инструкции персонала (с разделом об обязанностях в области качества);

 5) документы по планированию деятельности подразделения (планы всех видов):

 6) планы проверок (аудитов), согласно утвержденному плану и целевых (внеплановых) проверок;

 7) планы работы Совета по качеству в соответствии с утвержденным планом;

 8) план (программа) по внутреннему контролю

 9) перечень нормативной и технической документации (со сведениями об изменениях) и собственно документация:

- нормативные документы, на основании которых осуществляется работа отдела качества;

– нормативные документы по вопросам СМК

 10) перечень видов записей и данных по качеству подразделения и собственно записи и данные:

– журнал регистрации несоответствий;

– журнал регистрации документов службы качества;

– План плановых проверок;

– реестр плановых и внеплановых проверок;

– отчеты по результатам проверок;

– планы корректирующих и предупреждающих действий и их выполнение;

– аналитические записки и отчеты по состоянию качества и безопасности для руководства;

– план работы совета по качеству;

– протоколы совета по качеству;

 11) результаты плановых и внеплановых проверок, проведенных в подразделении, и выполнения корректирующих и предупреждающих действий:

– отчеты о внутренних проверках;

– результаты проверок состояния помещений и соответствующего оборудования (энергоснабжение, вентиляция и т. д., при необходимости).

 **5. Права.**

 5.1. Получать ресурсное (материальное, финансовое) обеспечение и информацию, необходимую для качественного и эффективного выполнения функциональных обязанностей.

 5.2. Запрашивать и получать необходимую информацию по вопросам работы подразделений.

 5.3. Созывать и принимать участие в различных совещаниях по вопросам, связанным с работой отдела.

 5.4. Представлять ЛПУ во внешних организациях по вопросам управления качеством на основании доверенности.

 5.5. Принимать участие в совещаниях, конференциях, семинарах по обмену опытом работы в рамках деятельности отдела.

 5.6. По согласованию с руководством соответствующих подразделений привлекать их сотрудников к участию в работе.

 5.7. Работники отдела имеют право на повышение квалификации в соответствии с ТК.

 5.8. Проводить внутренние аудиты, направленные на поддержание СМК в рабочем состоянии и определение эффективности ее функционирования.

 5.9. Иные права, предусмотренные уставом ЛПУ.

 **6. Обязанности.**

 6.1. В повседневной деятельности руководствоваться трудовым законодательством, соблюдать действующий устав ГБУЗ РБ «\_\_\_\_», Правила внутреннего трудового распорядка и локальные акты учреждения.

 6.2. Согласовывать планы работы отдела с другими подразделениями, представлять планы перспективных мероприятий.

 6.3. Эффективно использовать закрепленное имущество, обеспечивать его сохранность.

 6.4. При необходимости составлять и представлять отчеты и другую информацию о деятельности отдела главному врачу.

 6.5. Организовывать и вести переписку с внешними организациями в рамках деятельности отдела.

 **7. Взаимоотношения и связи.**

 Отдел взаимодействует со всеми структурными подразделениями медорганизации, Советом по качеству в соответствии с утвержденной схемой взаимодействия в рамках системы качества.

 При выполнении возложенных на него функций отдел взаимодействует с другими подразделениями в соответствии с утвержденным планом работы.

 Отдел устанавливает и поддерживает связи с внешними организациями по вопросам функционирования и развития СМК.

 **8. Ответственность.**

 Служба качества несет ответственность:

- за подготовку методической и другой документации, предусмотренной деятельностью отдела;

- организацию и контроль технологий качества медицинской помощи;

- достоверность представляемых данных по деятельности службы качества.

 **9. Организация работы.**

 Порядок деятельности службы качества определяется уставом и локальными актами ГБУЗ РБ «\_\_\_».

 Уполномоченные структурных подразделений назначаются приказом главного врача по представлению начальника отдела качества.

 Планы деятельности службы качества составляются начальником отдела с учетом рекомендаций и предложений уполномоченных структурных подразделений. Планы согласовываются с руководителями подразделений, работа с которыми предусматривается, и утверждаются главным врачом учреждения.

 Всю ответственность за качество и своевременность выполнения возложенных настоящим положением на отдел качества задач и функций, а также за создание условий для эффективной работы структурного подразделения несет начальник отдела.

 Каждый сотрудник несет ответственность за качество выполняемых работ в соответствии с делегируемыми ему полномочиями.

 Положение о службе качества разработано:

|  |  |
| --- | --- |
| Руководитель отдела качества \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 г. |  |

**Согласовано:**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Руководитель службы качества | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Юрисконсульт  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение № 4 к Алгоритму организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельностив соответствии с приказом Минздрава Россииот 7 июня 2019 г. № 381н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» в медицинских организациях Республики Башкортостан**ПРИМЕРНАЯ ФОРМА** Должностной инструкции руководителя отдела качестваУТВЕРЖДАЮГлавный врач ГБУЗ РБ «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф. И. О.«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ года |

# Должностная инструкция

# руководителя отдела качества

 Настоящая должностная инструкция разработана на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_руководителя структурного подразделения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ГБУЗ РБ «\_\_\_\_\_\_» в соответствии с положениями Трудового кодекса Российской Федерации и иных нормативно-правовых актов, регулирующих трудовые правоотношения и на основании заключенного трудового договора с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. работника).

#  1. Подчиненность работника

 1.1. Руководитель отдела качества относится к категории специалистов и непосредственно подчиняется главному врачу.

 1.2. Руководитель отдела качества назначается на должность и освобождается от нее приказом главного врача.

 **2. Квалификационные требования**

 **2.1. Требования к образованию и стажу работы**

 2.1.1. Требования к квалификации: высшее образование (специалитет по специальности «Лечебное дело", "Педиатрия"" или «Медико-профилактическое дело» и дополнительное профессиональное образование (профессиональная переподготовка по специальности "Организация здравоохранения и общественное здоровье". Стаж работы: лечебная деятельность не менее 5 лет.

 2.1.2. Особые условия допуска к работе:

– сертификат специалиста по специальности "Организация здравоохранения и общественное здоровье";

– прохождение обязательных предварительных (при поступлении на работу) и периодических медицинских осмотров (обследований), а также внеочередных медицинских осмотров (обследований) в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

– отсутствие ограничений на занятие профессиональной деятельностью, установленных действующим законодательством Российской Федерации.

2.1.3. Другие характеристики:

* Соблюдение врачебной тайны.
* Соблюдение клятвы врача.
* Соблюдение принципов врачебной этики и деонтологии в работе с пациентами (их законными представителями), коллегами Соблюдение требований охраны труда и пожарной безопасности, правил внутреннего трудового распорядка Знание законодательства Российской Федерации в сфере охраны здоровья, в том числе прав граждан в сфере охраны здоровья.
* Профессиональное развитие специалиста.
* С целью профессионального роста, обеспечения соответствия квалификации меняющимся условиям профессиональной деятельности и социальной среды предусмотрено обучение по программам дополнительного профессионального образования (программам повышения квалификации и программам профессиональной переподготовки) в следующих формах:
	+ дополнительное профессиональное образование:
	+ программы повышения квалификации;
	+ использование современных дистанционных образовательных технологий (образовательный портал и вебинары);
	+ участие в системе непрерывного медицинского образования.
	+ стажировка;
	+ тренинги в симуляционных центрах;
	+ участие в съездах, конгрессах, конференциях, мастер-классах и других образовательных мероприятиях;
* Соблюдение законодательства в сфере охраны здоровья, нормативных правовых актов и иных документов, определяющих деятельность медицинских организаций и медицинских работников, программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи.

 **2.2. Требования к профессиональным знаниям**

 Навыки работы с информационно-аналитическими системами и информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

Знание системы менеджмента качества.

Принцип управления рисками.

Знания в области проведения внутренних аудитов.

Умение производить оценку деятельности медицинской организации в области СМК и ВКК и безопасности медицинской деятельности.

Методы планирования, принципы, виды и структура планов

Принципы и формы организации медицинской помощи в МО.

Требования по обеспечению безопасности персональных данных работников организации, пациентов и сведений, составляющих врачебную тайну

Знание действующих Федеральных законов, приказов по ВКК региональных и Федеральных.

# 3. Функции руководителя отдела качества

3.1. Разработка предложений по повышению эффективности деятельности медицинской организации в области СМК и ВКК и безопасности медицинской деятельности.

3.2. Разработка локальных нормативных документов в СМК и ВКК.

3.3. Координация взаимодействия при формировании планов развития медицинской организации по ВКК.

3.4. Проектирование работы по внедрению новых организационных технологий по ВКК в деятельность медицинской организации

3.5. Анализ деятельности структурных подразделений медицинской организации по реализации локальных нормативных актов в отношении ВКК.

3.6. Консультирование работников медицинской организации по вопросам внутреннего контроля качества медицинской помощи и безопасности медицинской деятельности.

3.7. Проведение совещаний и конференций по вопросам ВКК, обучение персонала методикам внутреннего аудита СМК. Организация работы по порядку обращений граждан.

3.8. Разрабатывать проекты локальных нормативных актов, методических рекомендаций для медицинской организации по ЭКМП, выдачи листа нетрудоспособности.

3.9. Взаимодействовать и сотрудничать с иными организациями: ФОМС, страховыми организациями, Фондом социального страхования.

3.10. Основы делового общения: деловая переписка, электронный документооборот.

3.11 Правила документирования организационно-управленческой деятельности.

3.12. Организация и проведение внутренних аудитов по контролю качества медицинской помощи.

3.13. Планирование, организация и контроль качества медицинской помощи.

3.15. Координационное руководство реализации политики качества в структурных подразделениях.

Поддержание организационной структуры системы качества учреждения;

3.16. Проведение внутренних аудитов и самооценки учреждения, его структурных подразделений и процессов, подготовка отчетов руководству;

3.17. Консультационная поддержка по развитию методов менеджмента качества и разработке системы качества в МО.

3.18. Упорядочение рабочих процессов, определение измеряемых параметров и характеристик их качества, методов их измерения и сбора информации.

3.19. Методические разработки по внедрению современных методов и инструментов менеджмента качества в здравоохранении.

3.20. Проверка и анализ результатов качества лечебного процесса.

3.21. Системное совершенствование и разработка методов оценки качества медицинского процесса в учреждении.

3.22. Проведение экспертиз лечебно-профилактического, кадрового и материально-технического обеспечения специальностей и направлений.

3.23. Анализ критериев по качеству и безопасности медицинской деятельности за квартал, год.

3.24. Анализ исполнения целей ГБУЗ РБ «\_\_\_\_».

**4. Должностные обязанности руководителя отдела качества**

4.1. Организация работы в МО по контролю качества и безопасности медицинской деятельности связанные:

* с совершенствованием подходов к осуществлению медицинской деятельности для предупреждения, выявления и предотвращения рисков, создающих угрозу жизни и здоровью граждан, и минимизации последствий их наступления;
* обеспечением и оценкой соблюдения прав граждан в сфере охраны здоровья при осуществлении медицинской деятельности;
* контролем 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;
* обеспечением и оценкой соблюдения медицинскими работниками при осуществлении ими профессиональной деятельности в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";
* выполнением медицинскими работниками должностных инструкций в части обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности;
* принятием мер по пресечению и (или) устранению последствий и причин несоответствий, 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;
* принятием управленческих решений по совершенствованию подходов к осуществлению медицинской деятельности.

4.2. Организация и проведение внутреннего аудита в ГБУЗ РБ «\_\_\_\_» по следующим направлениям:

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

- преемственность оказания медицинской помощи на всех этапах;

оказание медицинской помощи, в том числе в условиях чрезвычайных ситуаций;

- маршрутизацию пациентов, включая организацию консультаций, дополнительных методов обследования в иных медицинских организациях;

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

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

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

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

- ведение медицинской документации медицинскими работниками скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, центров медицины катастроф и медицинскими работниками медицинской организации, в которую осуществляется медицинская эвакуация пациента, включая журналы поступления (в электронной форме при наличии);

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

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

7) наличие локальных нормативных актов, регламентирующих работу приемного отделения медицинской организации, в том числе при оказании медицинской помощи в экстренной форме (с учетом особенностей деятельности структурных подразделений);

8) осуществление сортировки пациентов при поступлении и (или) обращении в зависимости от тяжести состояния и перечня необходимых медицинских вмешательств;

9) обеспечение своевременного оказания медицинской помощи при поступлении и (или) обращении пациента, а также на всех этапах ее оказания;

10) обеспечение экстренного оповещения и (или) сбора медицинских работников, не находящихся на дежурстве (при необходимости);

11) обеспечение возможности вызова медицинских работников к пациентам, в том числе в палаты;

12) обеспечение оказания гражданам медицинской помощи в экстренной форме13, включая проведение регулярного обучения (тренингов), наличие в медицинской организации лекарственных препаратов и медицинских изделий для оказания медицинской помощи в экстренной форме;

13) обеспечение возможности круглосуточного проведения лабораторных и инструментальных исследований в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях (в соответствии с порядками оказания медицинской помощи);

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

15) обеспечение соблюдения врачебной тайны, в том числе конфиденциальности персональных данных, используемых в медицинских информационных системах медицинских организаций, при осуществлении медицинской деятельности;

16) обеспечение комфортных условий пребывания пациентов в медицинских организациях, включая организацию мест ожидания для пациентов, законных представителей и членов семей пациентов;

17) осуществление мероприятий по организации безопасного применения лекарственных препаратов, в том числе:

обеспечение контроля сроков годности лекарственных препаратов;

обеспечение контроля условий хранения лекарственных препаратов, требующих особых условий хранения;

- хранение лекарственных препаратов в специально оборудованных помещениях и (или) зонах для хранения;

соблюдение требований к назначению лекарственных препаратов, а также учет рисков при применении лекарственных препаратов (в том числе аллергологического анамнеза, особенностей взаимодействия и совместимости лекарственных препаратов) с внесением соответствующих сведений в медицинскую документацию);

осуществление контроля качества письменных назначений лекарственных препаратов, в том числе использование унифицированных листов назначения;

18) организация лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан, в том числе предоставление сведений о таких гражданах в Федеральный регистр лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, Федеральный регистр лиц, больных туберкулезом, Федеральный регистр лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, Федеральный регистр лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, гемолитико-уремическим синдромом, юношеским артритом с системным началом, мукополисахаридозом I, II и VI типов, лиц после трансплантации органов и (или) тканей;

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

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

21) осуществление мероприятий по безопасному применению медицинских изделий20, в том числе:

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

обучение работников медицинской организации применению, эксплуатации медицинских изделий;

22) осуществление мероприятий 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) 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;

24) осуществление мероприятий по обращению донорской крови и (или) ее компонентов в медицинской организации, 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 трансфузией (переливанием) донорской крови и (или) ее компонентов;

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

* создание рациональной планировки структурных подразделений медицинской организации (включая их размещение друг относительно друга, планировку помещений входной группы и приемного отделения, планировку внутри структурных подразделений);
* проведение мероприятий по снижению риска травматизма и профессиональных заболеваний;
* обеспечение защиты от травмирования элементами медицинских изделий;
* оснащение медицинской организации оборудованием для оказания медицинской помощи с учетом особых потребностей инвалидов и других групп населения с ограниченными возможностями здоровья;
* наличие и исправность систем жизнеобеспечения (включая резервное электроснабжение);
* соблюдение внутреннего распорядка медицинской организации;
* обеспечение охраны и безопасности в медицинской организации (включая организацию доступа в медицинскую организацию и ее структурные подразделения, предотвращение и принятие мер в случаях нападения на медицинских работников, угрозах со стороны пациентов или посетителей, в случаях суицида);
* соблюдение мероприятий по обеспечению безопасности при угрозе и возникновении чрезвычайных ситуаций;
* обеспечение беспрепятственного подъезда транспорта для медицинской эвакуации на территорию медицинской организации;
* сбор и анализ информации обо всех случаях нарушения безопасности среды (включая падения пациентов) в медицинской организации;

26) 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;

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

28) 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, диспансерному наблюдению за пациентами с онкологическими заболеваниями;
* информирование пациентов по вопросам раннего выявления онкологических заболеваний и диспансерного наблюдения;

29) организация работы регистратуры, включая:

* деятельность структурных подразделений регистратуры, в том числе "стойки информации", "фронт-офиса", "картохранилища", контакт-центра, "call-центра";
* оформление листков временной нетрудоспособности, их учет и регистрация;
* предварительную запись пациентов на прием к врачу;
* прием и регистрацию вызовов на дом;
* соблюдение порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
* систематизацию хранения медицинской документации и ее доставки в кабинеты приема врачей-специалистов;
* обеспечение навигационной информации для пациентов с учетом характера расположения помещений;
* взаимодействие регистратуры со структурными подразделениями поликлиники, детской поликлиники30;
* коммуникация работников регистратуры с пациентами, в том числе наличие "речевых модулей" на разные типы взаимодействия, порядка действия в случае жалоб пациентов и конфликтных ситуаций;

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

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

31) обеспечение функционирования медицинской информационной системы медицинской организации31, 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;

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

33) организация проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации;

34) организация диспансерного наблюдения, в том числе за женщинами в период беременности;

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

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

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

38) 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;

39) Мониторинг наличия лекарственных препаратов и медицинских изделий проводится по решению руководителя медицинской организации, но не реже, чем 1 раз в квартал.

**5. Обязанности в области охраны труда**

5.1. Соблюдать нормы, правила и инструкции по охране труда.

5.2. Правильно применять коллективные и индивидуальные средства защиты.

5.3. Немедленно извещать своего непосредственного или вышестоящего руководителя о любом несчастном случае на производстве или об ухудшении состоянии своего здоровья, в том числе о проявлении признаков острого профессионального заболевания (отравлении).

5.4. Проходить обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры. А также проходить внеочередные медицинские осмотры по направлению работодателя.

5.5. Один раз в год проходить плановый инструктаж по охране труда и техники безопасности.

5.6. Работать, соблюдая правила техники безопасности и пожарной защиты, согласно инструкции.

5.7. До начала работы проверять исправность компьютерной и организационной техники, электроприборов.

5.8. Использовать электроприборы при наличии инструкции и соответствии с ней; в случае неисправности своевременно сообщать старшей медсестре или администрации учреждения.

5.9. В конце рабочей смены проверять отключение компьютерной и организационной техники, электроприборов.

5.10. Знать местонахождение аптечки и правила оказания первой помощи

**6. Обязанности в области гражданской обороны и чрезвычайным ситуациям**

6.1. Принимать участие в занятиях по ГО и ЧС

6.2. Руководить деятельностью среднего и младшего медперсонала отделения по вопросам ГО.

6.3. Знать наиболее вероятные ЧС, которые могут произойти в отделении и при их возникновении действовать согласно утвержденным алгоритмам.

6.4. Знать расчеты, планы по эвакуации больных, медперсонала, медицинского имущества отделения в случаях ЧС.

6.5. Знать задачи отделения по вопросам ГО.

**7.** **Права**

Руководитель отдела качества имеет право:

7.1. На все предусмотренные законодательством Российской Федерации социальные гарантии.

7.2. Получать необходимую для выполнения функциональных обязанностей информацию и документы от всех подразделений напрямую.

7.3. Подписывать и визировать документы в пределах своей компетенции.

7.4. Контролировать в рамках своей компетенции работу медицинского персонала, отдавать им распоряжения и требовать их четкого исполнения.

7.5. Знакомиться с проектами приказов руководства, касающимися его деятельности.

7.6. Представлять на рассмотрение руководителя предложения по совершенствованию своей работы и работы организации.

7.7. Принимать участие в совещаниях, на которых рассматриваются вопросы, связанные с его работой.

7.8. Требовать от руководства создания нормальных условий для выполнения служебных обязанностей.

7.9. Повышать свою профессиональную квалификацию.

7.10. Контролировать и оценивать работу врачей по вопросам клинико-экспертной работы и проведения экспертизы временной нетрудоспособности.

7.11. Привлекаться в качестве врача-эксперта к работе лицензионно-аккредиционной комиссии, страховых медицинских организаций на договорной основе.

7.12. Принимать участие в конференциях по вопросам Лечебно-профилактической помощи.

7.13. Вносить предложения о поощрении сотрудников, имеющих хорошие показатели в работе, или наказания лиц, допустивших грубые нарушения в клинико-экспертной работе.

7.14. Состоять членом различных общественных и профессиональных организаций.

# 8. Ответственность руководителя отдела качества

Несет ответственность:

8.1. За неисполнение, ненадлежащее исполнение обязанностей, предусмотренных настоящей инструкцией, – в пределах, определенных трудовым законодательством Российской Федерации.

8.2. За совершенные в процессе осуществления своей деятельности правонарушения – в пределах, определенных действующим административным, уголовным и гражданским законодательством Российской Федерации.

8.3. За причинение материального ущерба работодателю – в пределах, определенных действующим трудовым и гражданским законодательством Российской Федерации.

Должностная инструкция разработана в соответствии с Профессиональным стандартом «Специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья», утвержденным приказом Минтруда от 07.11.2017 № 768н.

Разработала:

Начальник отдела кадров \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Согласовано:

|  |  |
| --- | --- |
| Юрисконсульт  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

С должностной инструкцией ознакомлен и принимаю на себя обязательства по выполнению установленных в ней норм деятельности

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись, (Ф.И.О.) работника

Дата: «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 года

Приложение № 5 к Алгоритму

организации внутреннего контроля качества

# и безопасности медицинской деятельности

# в соответствии с приказом Минздрава России

# от 7 июня 2019 г. № 381н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности»

# в медицинских организациях Республики Башкортостан

**ПРИМЕРНАЯ ФОРМА**

 **Положения о порядке организации и проведении внутреннего контроля**

**качества и безопасности медицинской деятельности**

УТВЕРЖДАЮ

Главный врач ГБУЗ РБ«\_\_\_\_\_\_»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф. И. О.

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ года

**Положение**

**о порядке организации и проведении внутреннего контроля**

**качества и безопасности медицинской деятельности (внутренний контроль)**

**в ГБУЗ РБ «\_\_\_\_\_»**

 **I. Общие положения**

 1. Определение:

 Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности (далее – внутренний контроль) осуществляется с целью обеспечения прав граждан на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций, а также соблюдения обязательных требований к обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности.

 2. Организация и проведение внутреннего контроля качества в ГБУЗ РБ «\_\_\_\_» направлены на решение следующих задач:

 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 и стандартов медицинской помощи;

 2.4. соблюдение 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;

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

 2.6. обеспечение и оценка соблюдения медицинскими работниками при осуществлении ими профессиональной деятельности в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

 2.7. 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;

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

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

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

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

 2.10. принятие мер по пресечению и (или) устранению последствий и причин несоответствий, 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;

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

 3. Ответственным за организацию и проведение внутреннего контроля является главный врач, который является председателем Совета по качеству.

 Уполномоченным лицом по качеству и безопасности медицинской деятельности является руководитель службы качества (отдела качества) ГБУЗ РБ «\_\_\_», который является заместителем председателя Совета по качеству, организует и контролирует порядок внутреннего контроля.

 4. Функции и порядок взаимодействия

 Приказом главного врача назначаются уполномоченные компетентные лица для проведения внутреннего контроля качества (далее – ВКК) в структурных подразделениях ГБУЗ РБ «\_\_\_\_».

 Проведение ВКК осуществляется посредством внутренних аудитов на основании ДП «Внутренне аудиты». По итогам ВКК при выявлении несоответствий руководителями отделений, подразделений разрабатывается план корректирующих действий и передается руководителю отдела качества для мониторинга.

 В случае несвоевременного проведения корректирующих действий руководитель отдела качества доводит информацию до главного врача и выносит на рассмотрение данного вопроса на заседание Совета по качеству для принятия управленческого решения.

 5. По решению главного врача разрабатываются иные локальные акты в рамках внутреннего контроля (стандартные операционные процедуры, алгоритмы действий работников организации) 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.

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

 1. Внутренний контроль включает следующие мероприятия:

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

1.2. сбор статистических данных, характеризующих качество и безопасность медицинской деятельности медицинской организации, и их анализ не реже одного раза в шесть месяцев. Ответственный – заместитель главного врача по организационно-методической работе ( зав. кабинетом ОМО) и руководитель отдела качества;

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) при появлении нежелательного события (разработать ДП «Управление рисками» в МО).

 Ответственный – заведующий отделом и заведующие структурными подразделениями;

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 (ежемесячно).

 Ответственный – заместитель главного врача по медицинской части;

1.5. сбор информации (при возникновении случая) и 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 (один раз в шесть месяцев).

 Ответственный – заместитель главного врача по медицинской части;

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 (один раз в шесть месяцев).

 Ответственный – заместитель главного врача по медицинской части.

 2. Плановые внутренние проверки (аудиты) проводятся в соответствии с ежегодным планом проверок, утверждаемым руководителем медицинской организации, не реже одного раза в квартал.

 3. Целевые (внеплановые) внутренние проверки проводятся:

- при наличии отрицательной динамики статистических данных, характеризующих качество и безопасность медицинской деятельности медицинской организации;

- по поручению главного врача ГБУЗ РБ «\_\_\_\_»;

- 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;

- при летальных исходах;

- при внутрибольничных инфицировании и осложнении, вызванных медицинским вмешательством (ВКК не заменяет необходимость разбора вышеуказанных случаев на заседаниях врачебной комиссии).

 4. При проведении плановых и целевых (внеплановых) проверок руководитель отдела качества, специалисты отдела качества и уполномоченные лица имеют право:

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

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

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

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

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

- выносить для обсуждения на врачебную комиссию, совет по качеству выявленные несоответствия в рамках внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

 5. Плановые и целевые (внеплановые) проверки, осуществляемые в рамках внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, в зависимости от вида медицинской организации, видов, условий и форм оказания медицинской помощи, перечня работ (услуг), указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности, предусматривают оценку следующих показателей:

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

- преемственность оказания медицинской помощи на всех этапах;

- оказание медицинской помощи, в том числе в условиях чрезвычайных ситуаций;

- маршрутизацию пациентов, включая организацию консультаций, дополнительных методов обследования в иных медицинских организациях;

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

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

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

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

- ведение медицинской документации медицинскими работниками скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, центров медицины катастроф и медицинскими работниками медицинской организации, в которую осуществляется медицинская эвакуация пациента, включая журналы поступления (в электронной форме при наличии);

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

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

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

 7) наличие локальных нормативных актов, регламентирующих работу приемного отделения медицинской организации, в том числе при оказании медицинской помощи в экстренной форме (с учетом особенностей деятельности структурных подразделений);

 8) осуществление сортировки пациентов при поступлении и (или) обращении в зависимости от тяжести состояния и перечня необходимых медицинских вмешательств;

 9) обеспечение своевременного оказания медицинской помощи при поступлении и (или) обращении пациента, а также на всех этапах ее оказания;

 10) обеспечение экстренного оповещения и (или) сбора медицинских работников, не находящихся на дежурстве (при необходимости);

 11) обеспечение возможности вызова медицинских работников к пациентам, в том числе в палаты;

 12) обеспечение оказания гражданам медицинской помощи в экстренной форме, включая проведение регулярного обучения (тренингов), наличие в медицинской организации лекарственных препаратов и медицинских изделий для оказания медицинской помощи в экстренной форме;

 13) обеспечение возможности круглосуточного проведения лабораторных и инструментальных исследований в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях (в соответствии с порядками оказания медицинской помощи);

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

 15) обеспечение соблюдения врачебной тайны, в том числе конфиденциальности персональных данных, используемых в медицинских информационных системах медицинских организаций, при осуществлении медицинской деятельности;

 16) обеспечение комфортных условий пребывания пациентов в медицинских организациях, включая организацию мест ожидания для пациентов, законных представителей и членов семей пациентов;

 17) осуществление мероприятий по организации безопасного применения лекарственных препаратов, в том числе:

- обеспечение контроля сроков годности лекарственных препаратов;

- обеспечение контроля условий хранения лекарственных препаратов, требующих особых условий хранения;

- хранение лекарственных препаратов в специально оборудованных помещениях и (или) зонах для хранения;

- соблюдение требований к назначению лекарственных препаратов, а также учет рисков при применении лекарственных препаратов (в том числе аллергологического анамнеза, особенностей взаимодействия и совместимости лекарственных препаратов) с внесением соответствующих сведений в медицинскую документацию);

- осуществление контроля качества письменных назначений лекарственных препаратов, в том числе использование унифицированных листов назначения;

- организация лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан, в том числе предоставление сведений о таких гражданах в Федеральный регистр лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, Федеральный регистр лиц, больных туберкулезом, Федеральный регистр лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, Федеральный регистр лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, гемолитико-уремическим синдромом, юношеским артритом с системным началом, мукополисахаридозом I, II и VI типов, лиц после трансплантации органов и (или) тканей;

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

- профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (в том числе внутрибольничных инфекций);

- проведение микробиологических исследований (включая случаи подозрения и (или) возникновения внутрибольничных инфекций);

- организация дезинфекции и стерилизации медицинских изделий;

- обеспечение эпидемиологической безопасности среды (включая расчет потребности в дезинфицирующих и антисептических средствах, контроль их наличия в медицинской организации; рациональный выбор дезинфицирующих средств и тактики дезинфекции; обращение с отходами);

- соблюдение технологий проведения инвазивных вмешательств;

- обеспечение условий оказания медицинской помощи пациентам, требующим изоляции (с инфекциями, передающимися воздушно-капельным путем, особо опасными инфекциями), в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, санитарно-гигиеническими требованиями;

- соблюдение правил гигиены медицинскими работниками, наличие оборудованных мест для мытья и обработки рук;

- профилактика инфекций, связанных с осуществлением медицинской деятельности, у медицинских работников (включая использование индивидуальных средств защиты);

- рациональное использование антибактериальных лекарственных препаратов для профилактики и лечения заболеваний и (или) состояний;

- проведение противоэпидемических мероприятий при возникновении случая инфекции;

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

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

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

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

- обучение работников медицинской организации применению, эксплуатации медицинских изделий;

 22) осуществление мероприятий 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) 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;

 24) осуществление мероприятий по обращению донорской крови и (или) ее компонентов в медицинской организации, 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 трансфузией (переливанием) донорской крови и (или) ее компонентов;

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

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

- проведение мероприятий по снижению риска травматизма и профессиональных заболеваний;

- обеспечение защиты от травмирования элементами медицинских изделий;

- оснащение медицинской организации оборудованием для оказания медицинской помощи с учетом особых потребностей инвалидов и других групп населения с ограниченными возможностями здоровья;

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

- соблюдение внутреннего распорядка медицинской организации;

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

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

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

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

 26) 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;

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

 28) 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, диспансерному наблюдению за пациентами с онкологическими заболеваниями;

- информирование пациентов по вопросам раннего выявления онкологических заболеваний и диспансерного наблюдения;

 29) организация работы регистратуры, включая:

- деятельность структурных подразделений регистратуры, в том числе «стойки информации», «фронт-офиса», «картохранилища», контакт-центра, «call-центра»;

- оформление листков временной нетрудоспособности, их учет и регистрация;

- предварительную запись пациентов на прием к врачу;

- прием и регистрацию вызовов на дом;

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

- систематизацию хранения медицинской документации и ее доставки в кабинеты приема врачей-специалистов;

- обеспечение навигационной информации для пациентов с учетом характера расположения помещений;

- взаимодействие регистратуры со структурными подразделениями поликлиники, детской поликлиники;

- коммуникацию работников регистратуры с пациентами, в том числе наличие «речевых модулей» на разные типы взаимодействия, порядок действия в случае жалоб пациентов и конфликтных ситуаций;

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

- распределение потоков пациентов, требующих оказания медицинской помощи в плановой, неотложной и экстренной формах;

- направление пациентов в другие медицинские организации;

- маршрутизация пациентов в особых случаях: в период эпидемий гриппа, иных острых респираторных вирусных инфекций и других инфекционных заболеваний;

- порядок записи и отмены записи пациентов на прием при непосредственном обращении в поликлинику, по телефону, через медицинскую информационную систему;

- порядок уведомления пациента об отмене приема по инициативе организации;

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

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

 33) организация проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации;

 34) организация диспансерного наблюдения, в том числе за женщинами в период беременности;

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

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

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

 38) 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.

 6. Мониторинг наличия лекарственных препаратов и медицинских изделий проводится по решению руководителя медицинской организации, но не реже чем один раз в квартал.

 **III. Оформление результатов проведения мероприятий внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности**

 1. По итогам проведенных мероприятий внутреннего контроля осуществляются:

- оформление протокола проверки на сновании разработанных чек-листов (приложение);

- доведение информации о выявленных несоответствиях до руководителей отделений под подпись;

- разработка предложений по устранению и предупреждению нарушений в процессе диагностики и лечения пациентов и их реализация руководителями структурных подразделений (отделений);

- анализ результатов внутреннего контроля для совершенствования подходов к осуществлению медицинской деятельности (ответственный – руководитель отдела качества);

- обеспечение реализации мер, принятых по итогам внутреннего контроля (ответственные – главный врач, заместитель главного врача, руководители отделений);

- формирование системы оценки деятельности медицинских работников.

 2. Руководителем отдела качества ежемесячно формируется отчет о проделанной работе, сводные отчеты формируются не реже одного раза в квартал, а также по итогам года, содержащий информацию о состоянии качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации, на основании которого руководителем медицинской организации при необходимости утверждается перечень корректирующих мер.

Приложение № 6 к Алгоритму

организации внутреннего контроля качества

# и безопасности медицинской деятельности

# в соответствии с приказом Минздрава России

# от 7 июня 2019 г. № 381н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности»

# в медицинских организациях Республики Башкортостан

**ПРИМЕРНАЯ ФОРМА**

**Положения о внутреннем контроле качества**

**медицинской помощи**

УТВЕРЖДАЮ

Главный врач ГБУЗ РБ «\_\_\_\_\_»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф. И. О.

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ года

**Положение о внутреннем контроле качества**

**медицинской помощи**

**1. Общие положения**

Настоящее Положение о внутреннем контроле качества медицинской помощи в ГБУЗ РБ «\_\_\_» (далее – Положение, ККМП, Организация) разработано в соответствии:

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

- Законом Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-I «О защите прав потребителей »

 - Постановлением Правительства РФ от 16.04.2012 № 291 «О лицензировании медицинской деятельности»

- Постановлением Правительства РФ 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг »

- Постановлением Правительства РФ от 12.11.2012 № 1152«Об утверждении Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности»

- Приказом Минздрава России от 21.12.2012 № 1340н «Об утверждении порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности »

 - Приказом МЗ и социального развития РФ от 05.05.2012 № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской Организации»

- Приказом МЗСР РФ от 21.05.2012 № 154 «О введении формы учета клинико-экспертной работы в ЛПУ»

Положение устанавливает единые организационные и методические принципы контроля качества медицинской помощи. Положение определяет конкретное содержание и механизмы реализации ответственности сотрудников ГБУЗ РБ «\_\_\_» за объем, качество и условия предоставления медицинских услуг.

**2. Цель внутреннего контроля качества** медицинской помощи - обеспечение прав пациента на получение необходимого объема и надлежащего качества медицинской помощи в Организации, в соответствии с установленными порядками оказания и стандартами медицинской помощи, требованиями к оказанию медицинской помощи, с учетом современного уровня развития медицинской науки и технологий.

**3. Задачи внутреннего контроля качества медицинской помощи**:

 - проведение контроля качества медицинской помощи ,оказанной пациентам;

 - определение соответствия оказываемой медицинской помощи стандартам медицинской помощи, порядкам медицинской помощи, клиническим рекомендациям (протоколам лечения), другим нормативным документам в сфере здравоохранения, устанавливающим требования к качеству и безопасности медицинской помощи;

 - оценка степени достижения запланированного результата;

- выявление и обоснование дефектов, врачебных ошибок и других факторов, оказавших негативное воздействие и повлекшее за собой снижение качества и эффективности медицинской помощи; анализ и установление причин их возникновения;

 - регистрация результатов проведенного контроля качества медицинской помощи в медицинской документации;

 - контроль за соблюдением требований к качеству оформления медицинской документации;

 - анализ данных, полученных при проведении мониторинга качества медицинской помощи;

 - расчет и анализ показателей, характеризующих качество и эффективность медицинской помощи в Организации;

- выбор оптимальных управленческих решений и проведение мероприятий, направленных на предупреждение возникновения дефектов в организации и оказании медицинской помощи, повышение качества и эффективности оказываемой медицинской помощи в МО;

- определение потребностей медицинского персонала в дополнительных профессиональных знаниях;

- изучение удовлетворенности пациентов оказанной медицинской помощью в МО, соблюдение прав пациентов;

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

- оценка состояния и использования кадровых и материально-технических ресурсов в процессе оказания медицинской помощи в МО;

- контроль внедрения новых ресурсосберегающих технологий и методик лечения больных;

- контроль реализации управленческих решений;

**Порядок организации и проведения контроля качества** медицинской помощи

Качество медицинской помощи – это совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения, реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата.

Субъектами внутреннего контроля качества медицинской деятельности являются должностные лица МО: заведующие структурными подразделениями, заместитель руководителя, врачебная комиссия.

Объектами внутреннего контроля качества медицинской деятельности является качество отдельных медицинских услуг , изучаемое по первичной медицинской документации, при необходимости может быть проведена очная экспертиза качества оказания медицинской помощи.

**Порядок организации контроля качества** (утверждается приказом Руководителя медицинской организации).

 Контроль качества медицинской помощи в ГБУЗ РБ «\_\_\_\_» осуществляется лицом, назначенным приказом главного врача, ответственным за проведение контроля качества медицинской помощи.

 Ответственным за организацию и состояние контроля качества медицинской помощи в Организации является главный врач

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

Контроль качества медицинской помощи проводится по медицинской документации (медицинская карта амбулаторного больного, иной медицинской документации, содержащей информацию о медицинской помощи, оказанной в конкретном проверяемом случае).

Для проведения контроля качества могут привлекаться специалисты министерства здравоохранения Республики Башкортостан, сотрудники кафедр БГМУ.

При проведении контроля качества медицинской помощи, не исключается возможность использования информационно-аналитических систем, отвечающих требованиям о защите персональных данных в соответствии с законодательством РФ.

Организацией обеспечивается прохождение работниками, осуществляющими проведение контроля качества, обучения в рамках программ дополнительного профессионального образования ,включающих вопросы обеспечения, контроля качества медицинской деятельности .

Организация и проведение контроля качества осуществляется за счет средств МО.

**Методика проведения контроля качества медицинской помощи.**

 Контроль качества осуществляется путем оценки конкретного случая оказания медицинской помощи, совокупности случаев оказания медицинской помощи, отобранных по тематическому признаку, на основании анализа первичной учетной документации, иной документации, непосредственного осмотра пациента:

- сбор жалоб, анамнеза, данных объективного осмотра;

- диагностических мероприятий;

- оформления и обоснования диагноза;

 - лечебно-профилактических мероприятий, медицинской реабилитации;

 - мероприятий медицинской экспертизы, медицинского освидетельствования;

- сроков оказания медицинской помощи

- преемственности, этапности оказания медицинской помощи;

- результатов оказания медицинской помощи;

 - оформления медицинской документации

 - дефекты экспертной работы

При поведении контроля качества оцениваются соблюдение установленных порядков оказания и стандартов медицинской помощи, своевременность, эффективность и безопасность оказания медицинской помощи .

В ГБУЗ РБ «\_\_\_» внутренний контроль КМП осуществляется **на трех экспертных уровнях**:

- заведующие подразделениями (первый уровень экспертизы);

 - заместителя руководителя по лечебной, амбулаторно-поликлинической, клинико-экспертной работе и др. (второй уровень экспертизы) или главного врача;

- врачебная комиссия медицинской организации (третий уровень экспертизы).

**Контролю качества медицинской помощи в обязательном порядке подлежат случаи**:

 1. Случаи летальных исходов.

2. Случаи развития внутрибольничных инфекций и осложнений.

3. Случаи первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста.

 4. Случаи повторной (в течение года) госпитализации по поводу одного и того же заболевания.

5. Случаи заболеваний с удлиненными или укороченными сроками лечения в соответствии со Стандартами (протоколами ведения больных).

 6. Случаи с расхождением диагнозов.

7. Пропущенные случаи онкологических заболеваний и туберкулеза.

 8. Случаи, сопровождающиеся жалобами пациентов или их законных представителей.

При обращении граждан по вопросам оказания медицинской помощи должностным лицом, определенным приказом руководителя МО, заполняется Журнал обращения граждан произвольной формы

**Контроль лечащего врача (самоконтроль)**

 - выявление дефектов оказания медицинской помощи на предыдущем этапе:

 -диагностики

 - обследования

 - лечения

 - оформления медицинской документации

 - экспертизы нетрудоспособности

 - Проводит оценку состояния больного

- Составляет план обследования и лечения пациента

 - Оформляет медицинскую документацию

**Заведующий отделением** **(первая ступень контроля).**

Заведующий отделением несет персональную ответственность за организацию контроля в отделении.

В должностной инструкции Заведующего отделением должна быть предусмотрена функция обеспечения контроля качества медицинской помощи в отделении.

 Основными задачами первой ступени контроля являются:

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

- оценка состояния и использования кадровых и материально-технических ресурсов медицинских организаций;

 - контроль обоснованности назначения и выписки лекарственных средств на основании нормативных документов, утвержденных в установленном порядке;

- соблюдение требований к качеству оформления документации;

- расчет и анализ показателей, характеризующих качество и эффективность медицинской помощи.

**Объем экспертизы КМП на первом уровне**:

Заведующий амбулаторно-поликлиническим отделением в течение месяца обязан провести экспертизу не менее 30 законченных и 10 незаконченных случаев с оформлением результатов всех проведенных экспертиз в Журнале учета клинико-экспертной работы лечебно-профилактического учреждения (форма № 035/у-02), оформление Карты внутреннего контроля качества

Заведующими стационарными и амбулаторно-поликлиническими отделениями, оказывающими медицинскую помощь женщинам в период беременности, родов и послеродовый период, проводится экспертиза не менее 50% случаев оказанной медицинской помощи данной категории больных ежемесячно с оформлением 15% экспертиз в Журнале учета клинико-экспертной работы лечебно-профилактического учреждения

 Выявленные недостатки в оказании медицинской помощи анализируются на первой ступени контроля заведующими отделениями по каждому врачу с ежемесячным обобщением и рассмотрением в отделении, с принятием мер к их устранению.

 Оформление результатов проверок регистрируется в Журнале № 035/у-02, в карте внутреннего контроля качества.

**Заместитель главного врача по медицинской части (вторая ступень контроля).**

Организация деятельности заместителя руководителя медицинской организации по медицинской части осуществляется в соответствии с Положением о заместителе руководителя медицинской организации по медицинской части, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 14.03.2007 № 170 «Об организации деятельности врачебной комиссии медицинской организации».

Заместитель главного врача по медицинской части несет персональную ответственность за организацию контроля качества медицинской помощи по организации в целом.

**Основными задачами второй ступени контроля являются**:

 - изучение удовлетворенности пациентов оказанной медицинской помощью в конкретной медицинской организации;

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

 - оценка состояния и использования кадровых и материально-технических ресурсов медицинских организаций;

- контроль обоснованности назначения и выписки лекарственных средств на основании нормативных документов, утвержденных в установленном порядке;

 - соблюдение требований к качеству оформления документации;

- расчет и анализ показателей, характеризующих качество и эффективность медицинской помощи; - контроль внедрения новых ресурсосберегающих технологий и методик лечения больных;

 - контроль реализации управленческих решений.

В должностной инструкции заместителя главного врача по медицинской части (по лечебной, амбулаторно-поликлинической, клинико-экспертной работе/ начальника отдела КЭР) должна быть предусмотрена функция обеспечения контроля качества медицинской помощи в организации.

Заместители руководителей медицинских организаций координирует работу в направлении повышения качества медицинской деятельности, дают рекомендации и разъяснения по данному направлению работы.

**Объем экспертизы КМП на втором уровне**

Заместители руководителей медицинских организаций проводят не менее 30 - 50 экспертиз законченных случаев в течение квартала с оформлением результатов всех проведенных экспертиз в Журнале учета клинико-экспертной работы лечебно-профилактического учреждения.

Заместители руководителей медицинских организаций проводят ежемесячный анализ по проверенным подразделениям и организации в целом с оценкой качества медицинской помощи, своевременности выписки к труду или направления на медико-социальную экспертизу и работы по устранению выявленных ранее замечаний. Оформление результатов проверки регистрируется в Журнале (форма № 035/у-02), в Журнале внутреннего контроля качества (приложение).

**Врачебная комиссия (третий уровень контроля).**

 Врачебная комиссия медицинской организации создается приказом руководителя организации в порядке, утвержденном приказом Минздравсоцразвития России от 05.05.2012 № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации» Председателем является заместитель главного врача по медицинской части, ответственный за организацию контроля качества медицинской помощи.

В состав врачебной комиссии входят заместители главного врача, руководитель службы качества, начальник отдела КЭР, заведующие отделениями, врачи специалисты.

**Основными задачами третьего уровня контроля являются**:

 - изучение удовлетворенности пациентов оказанной медицинской помощью в конкретной медицинской организации;

- выявление и анализ дефектов, врачебных ошибок и других факторов, оказавших негативное воздействие и повлекших за собой снижение качества и эффективности медицинской помощи; оценка состояния и использования кадровых и материально-технических ресурсов медицинских организаций;

 - контроль обоснованности назначения и выписки лекарственных средств на основании нормативных документов, утвержденных в установленном порядке, в том числе лицам, имеющим право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг;

 - соблюдение требований к качеству оформления документации;

- расчет и анализ показателей, характеризующих качество и эффективность медицинской помощи;

- контроль за внедрением в деятельность медицинской организации и выполнение порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи, клинических рекомендаций.

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

- контроль внедрения новых ресурсосберегающих технологий и методик лечения больных;

 - контроль реализации управленческих решений. Заседания врачебной комиссии проводятся в соответствии с утвержденным в медицинской организации графиком (ежемесячно).

При осуществлении контроля качества медицинской помощи врачебная комиссия:

- проводит выборочную экспертную проверку качества медицинской помощи в отделениях организации;

- организует контроль выполнения нормативных и методических документов в сфере контроля качества медицинской помощи в организации;

- принимает решение по представлению лечащего врача и заведующего отделением, дает заключения в случаях, установленных законодательством;

- принимает решения и дает заключения в решении сложных клинико-экспертных вопросов, возникающих при проведении контроля в отделениях;

 - рассматривает обращения физических и юридических лиц по вопросам КМП;

- рассматривает план мероприятий по устранению причин снижения КМП;

- представляет предложения руководителю организации о поощрении или взыскании специалистов организации в зависимости от качества оказываемой медицинской помощи;

 - проводит ежеквартальный анализ работы по контролю качества медицинской помощи в разрезе структурных подразделений и представляет информацию главному врачу.

**Объем экспертизы КМП на третьем уровне**

Объем проверок врачебной комиссии формируется заместителем главного врача, ответственным за организацию контроля качества медицинской помощи в зависимости от целей экспертизы из числа проведенных проверок первой и второй ступени, а также из случаев, подлежащих в обязательном порядке ведомственному контролю качества медицинской помощи, но не менее 30 - 50 экспертиз в квартал.

 Заключения врачебной комиссии фиксируются в первичной медицинской документации, Журнале учета клинико-экспертной работы лечебно-профилактического учреждения (ф. 035/у-02), Журнале учета решений врачебной комиссии

**Анализ результатов контроля качества медицинской деятельности.**

 Проводится регулярно на всех уровнях.

На первом уровне контроля ежемесячно проводится анализ количества, характера выявленных дефектов, их структуры и влияния на исход заболевания, их причин по нозологическим единицам.

На втором уровне контроля, с учетом контроля на первом уровне, ежеквартально и ежегодно проводится анализ:

 - количества, характера выявленных дефектов, их структуры и влияния на исход заболевания, причин дефектов по отдельным врачам, нозологическим единицам, отделениям (подразделениям)

- динамики и структуры дефектов по подразделениям

Проводится изучение удовлетворенности пациентов оказанной медицинской помощью методом социологического опроса

 На третьем уровне контроля ежеквартально и ежегодно проводится анализ :

- конечных показателей работы учреждения по сравнению со средними областными показателями, показателями по РФ (основные показатели здоровья населения и деятельности учреждения здравоохранения)

 - влияния выявленных дефектов на развитие учреждения (нерациональное и неэффективное использование ресурсов медицинского учреждения)

Карта внутреннего контроля качества разрабатывается в соответствии с приказом Минздрава России от 10 мая 2017 г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества» и утверждается приказом главного врача.

 Приложение № 7 к Алгоритму

организации внутреннего контроля качества

# и безопасности медицинской деятельности

# в соответствии с приказом Минздрава России

# от 7 июня 2019 г. № 381н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности»

# в медицинских организациях Республики Башкортостан

**ПРИМЕРНАЯ ФОРМА**  ПРИКАЗА

**о работе Совета по качеству**

 С целью координации работы по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в соответствии с Требования приказа Минздрава России № 381н в ГБУЗ РБ «\_\_\_\_\_\_» ПРИКАЗЫВАЮ:

 1. Создать совет по качеству медицинской помощи и безопасности медицинской деятельности (далее – Совет по качеству) в следующем составе:

Председатель: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_– главный врач.

Заместитель председателя – руководитель службы качества (начальник отдела качества) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Члены совета:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_– заместитель главного врача (включаются все заместители);

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ – заведующий поликлиникой;

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - заведующий отделением (включаются все заведующие структурными подразделениями);

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - специалисты и руководители процессов по всем направлениям деятельности, не включенным в ранее в настоящий список .

 2. Заседания совета проводить ежемесячно, но не реже одного раза в квартал в соответствии с утвержденным планом (приложение к настоящему приказу).

 3. Контроль исполнения приказа оставляю за собой.

|  |  |
| --- | --- |
| Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

Приложение

к приказу от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_ 2020 г. № \_\_\_\_\_\_

**План работы Совета по качеству ГБУЗ РБ «\_\_\_\_» на 2020 год**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ по п/п** | **Тема** | **Дата проведения** |
| 1 |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |
|  |  |
| 2 |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
| 3 |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |
|  |  |
| 4 |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  |

**Приложение 8 к Алгоритму. СХЕМА организации системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации**

**РУКОВОДИТЕЛЬ МО**

**(ответственный за организацию внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности)**

 Служба качества (отдел качества)

 **(согласно рекомендуемым Минздравом РБ нормативам для организаций свыше 300 сотрудников):**

- руководитель – 1,0 – уполномоченное лицо по качеству;

- ведущий специалист по качеству (ведущий аудитор)– 1,0;

- специалист по качеству – 1,0;

- психолог (оценка удовлетворенности потребителей, работа с персоналом)– 1,0;

- менеджер по качеству (технический работник, оператор)-1,0

- юрист по работе с обращениями граждан –1,0

**Задачи:**

**1. внутренний контроль качества и БМД согласно приказа 381н**

- плановые проверки на год;

- внеплановые (целевые и тематические проверки),

- обращения граждан,

- анкетирование

**2. внедрение и развитие СМК в МО**

**ВРАЧЕБНАЯ КОМИССИЯ:**

Руководитель – зам. главного врача по медицинской части,

**Состав**: ВК и подкомиссии ВК

**Задачи:**

1. организация деятельности ВК согласно приказа Минздрава России № 502н

**Отдел КЭР с** кабинетом ЭВН:

Начальник отдела, эксперты врачи

**Задачи:**

1. **экспертиза качества медицинской помощи** согласно приказам Минздрава России № 230н, ФФОМС № 36

2. **взаимодействие со СМО, претензионная работа**

**СОВЕТ ПО КАЧЕСТВУ**

 (Комиссия по качеству и безопасности медицинской деятельности)

**РУКОВОДИТЕЛИ СТРУКТУРНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ**