

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ**  
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения  
Свердловской области  
«Ачитская центральная районная больница»

**ПРИКАЗ**

19 декабря 2022 года  
р.п. Ачит

№ 237

**«Об организации внутреннего контроля качества и безопасности  
медицинской деятельности в государственном бюджетном учреждении  
здравоохранения Свердловской области «Ачитская центральная районная  
больница»**

В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «О основах охраны здоровья граждан Российской Федерации», приказом министерств здравоохранения Свердловской области от 22.05.2012 г. 560-П «Об организации контроля качества и безопасности медицинской деятельности», а также в целях совершенствования системы управления качеством медицинской помощи организации мониторинга внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности и обеспечения прав пациентов на получение медицинской помощи гарантированного объема и качества в медицинской организации.

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Создать Врачебную комиссию по контролю качества и безопасности медицинской деятельности в составе:

**Председатель** – Габдрахманова К.Б. - и.о. главного врача ГБУЗ СО «Ачитская ЦРБ»;

**Сопредседатели:**

Гордеева В.Д. – заместитель главного врача по медицинской части;

Афанасьева Т.А. – заведующий поликлиникой;

Тихомирова О.А. – врач отоларинголог;

**Члены комиссии:**

Кузнецов В.Н. – заведующий РАО;

Онопrienко И.П. – заведующий хирургическим отделением, врач-хирург;

Ватолин О.С. – заведующий терапевтическим отделением, врач-терапевт;

Затравкина М.В. – заведующая гинекологическим отделением, врач-гинеколог;

Сошникова С.Ю. - заведующая ОСМП, фельдшер скорой медицинской помощи.

Валиева В.Ф. – врач хирург;

Чусова С.И. – помощник эпидемиолога;

**Секретарь комиссии** — Шабурова Т.С. начальник ОМК.

Заседание врачебной комиссии проводится в 1 раз в месяц, по мере надобности – в 10.00 часов.

2. Утвердить Положение о системе контроля качества и безопасности медицинской деятельности:

## ПОЛОЖЕНИЕ

### о системе контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ СО «Ачитская ЦРБ»

1). Контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется в целях обеспечения удовлетворенности пациента предоставленными медицинскими услугами, предотвращения дефектов оказания медицинской помощи и повышения качества оказываемой медицинской помощи.

2). При осуществлении внутреннего и ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности решаются следующие задачи:

- изучение информированности и удовлетворенности пациентов оказанной медицинской помощью;
- оценка состояния и использования кадровых и материально-технических ресурсов в соответствии с утвержденными порядками оказания медицинской помощи;
- оценка соответствия оказываемой медицинской помощи установленным порядкам оказания медицинской помощи, стандартам медицинской помощи;
- оценка соблюдения безопасных условий труда, требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий и их утилизация, а также медицинского оборудования;
- оценка соблюдения качества и безопасности оказания медицинских услуг, в том числе диагностики, лечения, профилактики, реабилитации;
- оценка организации мероприятий по обеспечению инфекционной безопасности и инфекционному контролю при оказании медицинской помощи.
- расчет и анализ показателей, характеризующих качество и эффективность медицинской помощи;
- мониторинг результатов проведенного контроля качества медицинской помощи;
- выявление и анализ причин, повлекших за собой снижение качества и эффективности медицинской помощи;
- разработка организационно-методических рекомендаций, способствующих повышению качества и эффективности оказания медицинской помощи;
- принятие управленческих решений по совершенствованию организации медицинской помощи;
- контроль реализации управленческих решений.

3). Объектами контроля качества и безопасности медицинской деятельности являются:

- качество отдельных медицинских услуг;
- условия труда;
- применение медицинских изделий и порядок их утилизации;
- соблюдение медицинскими работниками ограничений, применяемых к ним при осуществлении профессиональной деятельности.

4). Контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется в формах ведомственного и внутреннего контроля путем:

- соблюдения требований к осуществлению медицинской деятельности, установленной законодательством РФ и Свердловской области;

- определение показателей качества деятельности подразделений больницы;
- создание системы оценки деятельности медицинских работников, участвующих в оказании медицинских услуг.

5). Контроль качества медицинской помощи осуществляется по трех уровневой системе:

- первый уровень контроля - заведующие отделениями, подразделениями;
- второй уровень контроля - заместители главного врача;
- третий уровень контроля – врачебная комиссия.

6). Внутренний контроль оказания медицинской помощи осуществляется в виде:

6.1. Плановый контроль:

- контроль соответствия объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;
- контроль выполнения требований сан.-эпид. режима;
- контроль назначения, выписывания лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения.

6.2. Целевой контроль:

- оценка состояния и использования кадровых и материально-технических ресурсов;
- анализ смертности на дому лиц трудоспособного возраста;
- анализ ятрогенных осложнений;
- анализ жалоб пациентов.

6.3. Предупредительный контроль:

- контроль проведения профилактики ВБИ;
- контроль за рациональным использованием лекарственных препаратов;
- анализ результатов анкетирования больных по вопросам удовлетворенности качеством оказания медицинской помощи.

7). В обязательном порядке контролю качества медицинской помощи подлежат следующие случаи:

7.1. В амбулаторно-поликлинических подразделениях:

- случаи смертельных исходов в детском возрасте;
- случаи смертельных исходов у лиц в трудоспособном возрасте;
- случаи смертельных исходов на дому от управляемых причин;
- случаи повторного обращения по поводу одного и того же заболевания в течение 30 дней;
- случаи, сопровождающиеся ятрогенными осложнениями;
- случаи нежелательных реакций на применение лекарственных препаратов;
- случаи осложнений, возникших у беременных женщин и родильниц во время беременности и послеродовом периоде;
- случаи первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей;
- случаи с длительной или стойкой утратой трудоспособности;
- случаи заболеваний со значительно удлиненными сроками лечения;
- случаи расхождений диагнозов поликлиники и стационара;
- случаи расхождения диагнозов поликлиники и отделения патологоанатомической диагностики;
- случаи выявления социально-значимых заболеваний в запущенных стадиях;
- случаи несвоевременного представления больных на ВК и МСЭК;
- случаи, сопровождающиеся жалобами пациентов или их законных представителей на качество оказания медицинской помощи.

7.2. В стационарных подразделениях:

- случаи летальных исходов;
- случаи, сопровождающиеся ятрогенными осложнениями;
- случаи нежелательных реакций на применение лекарственных препаратов;
- случаи ВБИ;
- случаи повторной госпитализации по поводу одного и того же заболевания в течение 3-х месяцев;
- случаи послеоперационных осложнений;
- случаи проведения внеплановых оперативных вмешательств, выполненных больным, поступившим на плановые операции;
- случаи осложнений, возникших у беременных женщин и родильниц во время беременности, родов и в послеродовом периоде;
- случаи заболеваний со значительно удлиненными сроками лечения;
- случаи расхождения заключительных клинических диагнозов, патологоанатомических диагнозов и судебно-медицинских диагнозов;
- случаи расхождений дооперационных и послеоперационных диагнозов;
- случаи, сопровождающиеся жалобами пациентов или их законных представителей на качество оказания медицинской помощи.

8). При наличии, по данным контроля, на первой ступени нежелательных тенденций на втором и третьем уровне контроля проводятся целевые проверки качества оказания медицинской помощи.

9). Объемы экспертиз качества медицинской помощи сверх случаев, подлежащих контролю в обязательном порядке:

9.1. Заместители главного врача – 30-50 экспертиз в течение квартала;

9.2. Заведующие структурными подразделениями:

- поликлиника – не менее 30 случаев в месяц;
- детская консультация и женская консультация — не менее 20 случаев в месяц;
- стационар:
  - хирургическое, терапевтическое отделения - не менее 10 % от числа выписанных больных в месяц;
  - акушерское, педиатрическое, инфекционное — не менее 25% от числа выписанных больных в месяц;
  - РАО — 50% от числа прошедших больных в месяц.

- Отделение СМП – 100% карт вызовов Скорой помощи.

10). Главным врачом по результатам анализа ежемесячно принимаются управленческие решения, которые фиксируются в приказах, положениях, инструкциях, протоколах врачебных конференций либо в иной документации в соответствии с настоящим положением.

11). Для осуществления контроля качества и безопасности медицинской деятельности на всех уровнях использовать форму Журнала внутреннего контроля качества медицинской помощи, утвержденную приказом министерства здравоохранения Свердловской области от 22.05.2012 г. 560-П «Об организации контроля качества и безопасности медицинской деятельности».

**Основные функции врачебной комиссии по контролю качества и безопасности медицинской деятельности:**

При осуществлении контроля качества оказания медицинской помощи врачебная комиссия:

- осуществляет медицинское освидетельствование подозреваемых или обвиняемых в совершении преступлений, в отношении которых избрана мера пресечения в виде заключения под стражу, на предмет наличия у них тяжелого заболевания, включенного в перечень тяжелых заболеваний, препятствующих содержанию под стражей подозреваемых или обвиняемых в совершении преступлений, утвержденный постановлением Правительства Российской Федерации от 14.01.2011 г. № 3.

- осуществляет административные обходы структурных подразделений не реже 1 раза в квартал.

- проводит проверку контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации, в том числе оценку деятельности отделений и подразделений, проводит целевые экспертизы;

- рассматривает обращения физических лиц по вопросам контроля качества и безопасности медицинской деятельности;

- рассматривает результаты проверок проводимых Министерством здравоохранения Свердловской области, Управлением Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по Свердловской области, Региональным отделением фонда социального страхования Свердловской области, Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Свердловской области.

Каждое заседание врачебной комиссии оформляется протоколом.

**3. Контроль за соблюдением безопасных условий труда, требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий и их утилизации, а также медицинского оборудования; соблюдения качества и безопасности медицинских возложить на:**

Начальника хозяйственной службы;

Главную медицинскую сестру;

Фельдшера-эпидемиолога;

Инженера по охране труда и технике безопасности;

Техника по ремонту мед. оборудования.

**4. Заведующим структурными подразделениями:**

**1.** в стационаре :

- а) осуществлять постоянный контроль соблюдения врачами отделения порядков медицинской помощи и стандартов медицинской помощи;

- б) оценивать полноту сбора анамнеза, диагноз, лечение и вносит необходимые коррективы, о чём делает соответствующую запись в медицинскую карту в течении 3 дней, начиная с момента поступления больного;

- в) осуществлять контроль интерпретации врачами отделения результатов исследований;

г) осуществлять контроль своевременности проведения дополнительных методов исследования, необходимых для уточнения диагноза, а также своевременности проведения контрольных исследований;

д) осуществлять контроль организации и соблюдения санитарно-эпидемиологического режима;

е) осуществлять контроль организации лечебного питания;

ж) осуществлять контроль обеспечения и использования лекарственных препаратов;

з) проводить раз в 10 дней общие обходы отделения с обязательным личным осмотром пациентов и последующей записью в первичных медицинских документах;

и) анализировать работу подразделения с оценкой качественных и количественных показателей в ежемесячном режиме;

2. в поликлинике:

а) осуществлять контроль за предоставлением пациентам льготного лекарственного обеспечения:

- в 100% при выписке сильнодействующих и наркотических средств, психотропных веществ,

- не менее 2-х медицинских карт от врача за месяц по каждой из программ льготного лекарственного обеспечения.

б) осуществлять контроль за оформлением медицинской документации;

в) анализировать причины и сроки временной нетрудоспособности, первичного выхода на инвалидность в ежемесячном режиме;

г) анализировать работу подразделения с оценкой качественных и количественных показателей в ежемесячном режиме; принимает участие в разработке и реализации мероприятий, направленных на исключение причин выявленных дефектов.

Зав. женской консультацией обязательно проводить осмотры всех беременных женщин, взятых на диспансерный учёт, с оформлением результатов осмотра и рекомендаций в медицинской документации.

5. Заместителю главного врача и заведующим отделений в ежемесячном режиме до 10 числа месяца следующего за отчетным предоставлять отчеты по результатам проведения внутреннего контроля качества медицинской помощи заместителю главного врача по медицинской части Гордесвой В.Д. в соответствии с отчетной формой согласно приказа Министерства здравоохранения Свердловской области от 22.05.2012 г. 560-П.

6. Заместителю главного врача по медицинской части Гордесвой В.Д. ежеквартально до 20 числа месяца, следующего за отчетным кварталом, заполнять формы «Результаты внутреннего контроля качества медицинской помощи на портале «Региональная информационная система здравоохранения Свердловской области. Мониторинг деятельности медицинских учреждений (портал «Медведь»).

7. Назначить ответственными за проведение внутреннего контроля качества оказания медицинской помощи и внедрении порядков оказания медицинской помощи:

- по амбулаторно-поликлинической службе – заведующего поликлиникой Афанасьевой Т.А.;

- по стационарной помощи – зам. главного врача по медицинской части Гордесву В.Д.;

8. Ответственным за проведение внутреннего контроля качества оказания медицинской помощи:

8.1. Организовать проведение контроля качества оказания медицинской помощи №1).

8.2. Осуществлять контроль за оказанием медицинской помощи в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи, утвержденными МЗ и СР РФ.

9. Утвердить схему управления качеством оказания медицинской помощи (См. Приложение).

10. Контроль за исполнением приказа оставляю за собой.

И.о. главного врача

ГБУЗ СО «Ачитская ЦРБ»



*[Handwritten signature in blue ink]*

К.Б. Габдрахманова