

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АЛТАЙСКОГО КРАЯ
КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
«АЛТАЙСКИЙ КРАЕВОЙ ГОСПИТАЛЬ ДЛЯ ВЕТЕРАНОВ ВОЙН»
(КГБУЗ «АКГВВ»)

П Р И К А З

16 февраля 2021 г.

г. Барнаул

№ *66*

Об организации и проведении внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в КГБУЗ «Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн»

В соответствии со статьей 90 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», во исполнение приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 № 785н Об утверждении требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить:

Положение об организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в КГБУЗ «Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн» (далее «КГБУЗ «АКГВВ»») и структуру внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (Приложение 1-2).

план проведения плановых проверок качества и безопасности медицинской деятельности на 2021 год, определив сроки проведения плановых проверок (Приложение 3).

2. Назначить ответственными должностными лицами за организацию и проведение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности заместителя начальника госпиталя по медицинской части Харлову А.Г. и заместителя начальника госпиталя по клинико-экспертной работе Горохову Т.А.

3. Осуществлять проведение проверок внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности не реже 1 раза в квартал утвержденными составами комиссий с регистрацией, анализом результатов внутреннего контроля.

4. Заместителю начальника госпиталя по медицинской части Харловой А.Г. на заседании врачебной комиссии ознакомить с приказом руководителей структурных подразделений госпиталя.

5. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Начальник КГБУЗ «АКГВВ»

О.А. Зубова



Приложение 1
к приказу начальника КГБУЗ «АКГВВ»
от 16.02.2021 № 66

ПОЛОЖЕНИЕ **об организации и проведению внутреннего контроля качества и** **безопасности медицинской деятельности**

1.1. Целью внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (далее – «внутренний контроль») является обеспечение прав граждан на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества в КГБУЗ «Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн» (далее – «госпиталь») в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, правилами проведения лабораторных, инструментальных и иных видов диагностических исследований, положениями об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядками проведения медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, с учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций, а также соблюдения обязательных требований к обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности.

1.2. Объектом внутреннего контроля является медицинская помощь, представляющая собой комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг.

1.3. Задачами внутреннего контроля являются:

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, правил проведения лабораторных, инструментальных и иных видов диагностических исследований, положений об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядков организации медицинской реабилитации, стандартов медицинской помощи;

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

обеспечение и оценка соблюдения медицинскими работниками ограничений при осуществлении ими профессиональной деятельности;

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

предупреждение нарушений при оказании медицинской помощи, являющихся результатом:

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

невыполнение, 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;

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

принятие управленческих решений по совершенствованию подходов к осуществлению медицинской деятельности.

2. Порядок организации и проведения внутреннего контроля качества

2.1. Внутренний контроль осуществляется посредством плановых (согласно утвержденных начальником госпиталя ежегодных планов не реже 1 раза в квартал) и внеплановых (по решению начальника госпиталя) внутренних проверок (аудитов) деятельности госпиталя и мониторинга показателей качества и безопасности медицинской деятельности, в том числе учета возможных неблагоприятных событий, возникающих в процессе осуществления медицинской деятельности.

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

2.2. Внутренний контроль осуществляется комиссией по внутреннему контролю (уполномоченное лицо), включающей сотрудников медицинской организации, назначенных приказами начальника госпиталя, ответственными лицами за проведение внутреннего контроля.

Приказ о проведении проверки включает:

- вид проверки (плановая, внеплановая);
- основание для проведения проверки;
- сроки проведения проверки;
- структурные подразделения, подлежащие проверке;
- используемые источники информации (перечень документов, их количество, анкетирование и (или) интервьюирование пациентов, прямое наблюдение);

лицо, ответственное за проведение проверки;
 состав комиссии, права и обязанности лиц, участвующих в организации и проведении внутреннего контроля;

порядок регистрации и анализа результатов внутреннего контроля.

В необходимых случаях при проведении внутреннего контроля может проводиться осмотр пациента.

2.3. Комиссии по направлениям деятельности госпиталя формируются из состава наиболее квалифицированных специалистов.

Внутренний контроль не может проводиться ответственными за проведение контроля в случаях, когда медицинская помощь оказывалась самими ответственными за проведение контроля.

2.4. Лица, включенные в работу комиссии, несут ответственность за объективность оценки качества оказанной медицинской помощи при проведении внутреннего контроля в соответствии с законодательством Российской Федерации и должностными инструкциями.

2.5. Ответственными за организацию внутреннего контроля качества в госпитале являются заместитель начальника госпиталя по медицинской части и заместитель начальника госпиталя по клинико-экспертной работе.

2.6. Каждое направление внутреннего контроля проводится согласно утвержденного проверочного листа (чек-листа), включающего в себя:

группу показателей, критериев;

порядок оценки показателей (наличие, соответствие, исполнение);

отметку об отсутствии, неисполнении, несоответствии.

Система для оценки показателей – двоичная (выполнено/не выполнено).

2.7. Внутренний контроль осуществляется на трех уровнях:

- первый уровень контроля - заведующий отделением;

- второй уровень контроля - заместитель начальника госпиталя по клинико-экспертной работе, заместитель начальника госпиталя по медицинской части, врач-методист общепольничного персонала;

- третий уровень контроля – врачебной комиссии госпиталя.

2.8. Внутренний контроль проводится по случаям медицинской помощи (законченным или незаконченным), оказанной в госпитале, независимо от источника финансирования оказанной медицинской помощи, должностей и квалификации работников, оказывавших медицинскую помощь, диагноза, возраста пациентов, оформления листка нетрудоспособности и других факторов.

2.9. Внутренний контроль проводится по медицинской документации (медицинской карте амбулаторного больного, медицинской карте стационарного больного, иной медицинской документации, содержащей информацию о медицинской помощи, оказанной в конкретном проверяемом случае).

Анализ случаев оказания медицинской помощи в ходе плановых и целевых (внеплановых) проверок осуществляется для оценки качества и безопасности медицинской деятельности медицинской организации, в том числе для оценки характера, частоты и причин возможных нарушений при оказании медицинской помощи пациенту, приведших к ухудшению состояния здоровья

пациента, создавшего риск прогрессирования имеющегося заболевания, создавших риск возникновения нового заболевания, приведших к инвалидизации, к летальному исходу, а также к неэффективному использованию ресурсов медицинской организации, неудовлетворенности пациента медицинской помощью.

2.10. Срок проведения плановых и целевых (внеплановых) проверок устанавливается начальником госпиталя, но не должен превышать 10 рабочих дней.

2.11. Целевые (внеплановые) проверки проводятся:

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

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

во всех случаях:

летальных исходов;

транфузиологических осложнений;

тяжелые неблагоприятные реакции на лекарственные средства, угрожающие жизни больного;

внутрибольничного инфицирования и осложнений, вызванных медицинским вмешательством.

2.12. Случаи, подлежащие внутреннему контролю в обязательном порядке, отбираются для проверки и проверяются в первую очередь. Все случаи оказания медицинской помощи должны иметь одинаковую возможность быть подвергнутыми проверке.

2.13. Для повышения эффективности контрольных мероприятий и своевременного устранения причин дефектов медицинской помощи проведение внутреннего контроля на первом уровне осуществляется в текущем режиме, ежедневно (в рабочие дни).

2.14. Заведующие отделениями в течение месяца проводят внутренний контроль по всем законченным случаям лечения, используя очный и ретроспективный анализ каждого случая, и оформляют результаты в 100 процентов случаев в информационной системе «Госпиталь».

2.15. Заместитель начальника госпиталя по клинико-экспертной работе осуществляет внутренний контроль в соответствии с должностной инструкцией, проводит контроль не менее 50 экспертиз законченных случаев лечения в течение квартала с оформлением результатов в информационной системе «Госпиталь».

2.16. При проведении внутреннего контроля ответственные за проведение контроля руководствуются федеральными стандартами медицинской помощи, протоколами ведения больных, другими нормативными правовыми документами, клиническими рекомендациями, формулярными статьями и другими источниками доказательной медицинской практики.

2.17. При проведении плановых и целевых (внеплановых) проверок комиссия имеет право:

осуществлять получение, сбор и анализ сведений о деятельности структурных подразделений медицинской 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.

2.18. Плановые и целевые (внеплановые) проверки, осуществляемые в рамках внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, в зависимости от 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:

преимущество 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 госпитале в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, правилами проведения лабораторных, инструментальных и иных видов диагностических исследований, положениями об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядками организации медицинской реабилитации, порядками проведения медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, с учетом стандартов медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций;

3) обеспечение взаимодействия госпиталя с медицинскими организациями, оказывающими скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь, центром медицины катастроф, в том числе;

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

5) обеспечение преемственности оказания медицинской помощи (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 госпиталя, 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 при оказании медицинской помощи в стационарных условиях (в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, правилами проведения лабораторных, инструментальных и иных видов диагностических исследований);

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

15) обеспечение соблюдения врачебной тайны, в том числе конфиденциальности персональных данных, используемых в медицинских информационных системах;

16) соблюдение прав пациентов при оказании медицинской помощи, в том числе, обеспечение комфортных условий пребывания пациентов в госпитале, 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) 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 согласно технической и (или) эксплуатационной документации, в соответствии с которой осуществляются производство, изготовление, хранение, транспортировка, монтаж, наладка, применение, эксплуатация, в том числе техническое обслуживание, а также ремонт, утилизация или уничтожение медицинского изделия;

обучение работников медицинской организации применению, эксплуатации медицинских изделий;

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

23) контроль за трахеостомическими и эндотрахеальными трубками;

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

25) осуществление мероприятий по обращению донорской крови и (или) ее компонентов в 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 с трансфузией (переливанием) донорской крови и (или) ее компонентов;

26) 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;

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

оценка риска возникновения пролежней;

проведение мероприятий по профилактике и лечению пролежней;

анализ информации о случаях пролежней;

осуществление ухода за дренажами и стомами;

кормление пациентов, включая зондовое питание;

28) организация мероприятий по профилактике неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни соответствующими структурными подразделениями 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;

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

создание условий для раннего выявления онкологических заболеваний;

проведение обучения медицинских работников по вопросам раннего выявления онкологических заболеваний;

мониторинг своевременности установления диагноза онкологического заболевания, анализ эффективности деятельности по раннему выявлению, лечению онкологических заболеваний, диспансерному наблюдению за пациентами с онкологическими заболеваниями;

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

30) организация работы регистратуры, включая:

деятельность структурных подразделений регистратуры, в том числе «стойки информации», «картоохранилища»;

оформление листков временной нетрудоспособности, их учет и регистрация;

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;

коммуникацию работников регистратуры с пациентами, в том числе наличие «речевых модулей» на разные типы взаимодействия, порядка действия

в случае жалоб пациентов и конфликтных ситуаций;

31) 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;

32) 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;

33) проведение информирования граждан в доступной форме, в том числе с использованием сети Интернет, об осуществляемой медицинской деятельности;

34) организация проведения профилактических медицинских осмотров;

35) осуществление мероприятий по обеспечению профессиональной подготовки, переподготовки и повышения квалификации медицинских работников в соответствии с трудовым законодательством Российской Федерации;

36) 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.

2.19. Мониторинг наличия лекарственных препаратов и медицинских изделий проводится по решению начальника госпиталя, но не реже чем 1 раз в квартал.

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

3.1. По результатам плановых и целевых (внеплановых) проверок комиссией (уполномоченным лицом) составляется отчет, включающий в том числе выработку мероприятий по устранению выявленных нарушений и улучшению деятельности медицинской организации и медицинских работников.

3.2. По итогам проведенных мероприятий внутреннего контроля осуществляются:

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

анализ результатов внутреннего контроля в целях их использования для совершенствования подходов к осуществлению медицинской деятельности;

обеспечение реализации мер, принятых по итогам внутреннего контроля.

3.3. В случаях выявления дефектов медицинской помощи или некачественно оказанной медицинской помощи информация о результатах внутреннего контроля доводится до сведения медицинских работников, оказывавших медицинскую помощь, при необходимости - под роспись.

3.4. Ответственными за проведение контроля по результатам внутреннего контроля незамедлительно принимаются меры по недопущению повторения выявленных дефектов медицинской помощи в случаях, если принятие вышеназванных мер находится в пределах их полномочий. В иных случаях предложения доводятся до председателя врачебной комиссии и (или) начальника госпиталя.

3.5. Врачебная комиссия осуществляет контроль посредством рассмотрения отчетов о проведении проверок госпиталя, плана мероприятий по совершенствованию качества и безопасности медицинской деятельности в госпитале на предстоящий период.

3.6. Учет результатов проведенного внутреннего контроля осуществляется в госпитале в форме отчетов ежеквартально и по итогам прошедшего года по госпиталю в целом. Сводный (итоговый) отчет о результатах проведения внутреннего контроля составляется не реже одного раза в один календарный год и утверждается начальником госпиталя.

При осуществлении внутреннего контроля комиссия (уполномоченное лицо):

проводит проверку качества оказания медицинской помощи в госпитале, в том числе оценку деятельности отделений, а также анализ результатов ежеквартальных целевых экспертиз;

рассматривает обращения физических и юридических лиц по вопросам качества медицинской помощи.

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

Итоговая информация доводится до сведения сотрудников госпиталя путем проведения совещаний, конференций, в том числе клинико-анатомических, клинических разборов и иных организационных мероприятий.

3.8. Отчеты о проведенном внутреннем контроле хранятся в госпитале не менее 10 лет.

3.9. Отчеты о проведенном внутреннем контроле должны содержать следующие сведения:

3.9.1. отчетный период.

3.9.2. объемы проведенного внутреннего контроля:

количество проверенных случаев;

количество проверенных случаев из числа подлежащих контролю в обязательном порядке, и процентах от числа случаев, подлежащих контролю в обязательном порядке;

объем проведенного внутреннего контроля в процентах от установленных минимальных объемов.

3.9.3. результаты проведенного внутреннего контроля:

количество случаев качественно оказанной медицинской помощи;

количество случаев качественно оказанной медицинской помощи, сопровождавшихся единичными дефектами медицинской помощи;

количество случаев некачественно оказанной медицинской помощи (в абсолютных цифрах и в процентах проверенных случаев), в том числе общее и в разрезе проверенных отделений (должностей и Ф.И.О. медицинских работников);

количество выявленных дефектов медицинской помощи по их видам (структура дефектов): дефекты сбора жалоб или анамнеза, дефекты диагностических мероприятий, дефекты оформления диагноза, дефекты лечебных мероприятий, дефекты профилактических мероприятий, дефекты медицинской экспертизы или медицинского освидетельствования, дефекты оформления медицинской документации.

3.9.4. краткие сведения о мерах, принятых ответственным за проведение контроля по итогам проведенного внутреннего контроля.

3.9.5. предложения по итогам проведенного внутреннего контроля для начальника госпиталя.

3.9.6. Ф. И. О., должность, подпись ответственного за проведение контроля.

3.10. Отчеты о проведенном внутреннем контроле по госпиталю доводятся до начальника госпиталя ежеквартально.

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

организационные мероприятия (проведение совещаний, конференций, инструктажей, издание приказов, инструкций, регламентов, совершенствование организационных технологий оказания медицинской помощи и другие);

образовательные мероприятия (проведение клинических разборов, направление медицинских работников на повышение квалификации, в том числе внеплановое, научно-практические конференции, обеспечение медицинских работников современной медицинской литературой, в том числе через Интернет и другие);

дисциплинарные мероприятия (применение дисциплинарных взысканий в соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации и должностными инструкциями работников);

экономические мероприятия (применение материальных взысканий);

мероприятия по совершенствованию материально-технической базы, информатизации госпиталя

мероприятия по совершенствованию укомплектованности госпиталя медицинскими работниками.

2.26. Контроль за реализацией принятых управленческих решений по вопросам управления качеством медицинской помощи обеспечивается заместителем начальника госпиталя по клинико-экспертной работе.

Приложение 2
к приказу начальника КГБУЗ «АКГВВ»
от 16.02.2021 № 66

**Структура
внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности
КГБУЗ «Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн»**



Приложение 3
к приказу начальника КГБУЗ «АКГВВ»
от 16.02.2021 № 66

**План
проведения плановых проверок качества и безопасности
медицинской деятельности на 2021 год**

№ п/п	Тематика плановой проверки внутреннего контроля	Период проведения проверки	Ответственное лицо
1	Анализ показателя летальности за 2020 год	март-апрель 2021	Комиссия (уполномоченное лицо) по качеству
2	Безопасность среды в медицинской организации. Организация ухода за пациентами, профилактика пролежней и падений.	июнь 2021	Экспертная группа Профильная рабочая группа
3	Контроль качества и безопасности обращения медицинских изделий	август-сентябрь 2021	Экспертная группа Профильная рабочая группа
4	Эпидемиологическая безопасность. Профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи	ноябрь 2021	Экспертная группа Профильная рабочая группа
5			