

**Государственное бюджетное учреждение
здравоохранения Республики Крым
«Крымский республиканский клинический центр
фтизиатрии и пульмонологии»**

П Р И К А З

« 09 » января 2020 год

№ 8

***«Об утверждении Положения о
порядке организации и проведения
внутреннего контроля качества
и безопасности медицинской деятельности
в ГБУЗ РК «Крымский республиканский
клинический центр фтизиатрии и
пульмонологии»***

В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.12.2012 года № 1340п «Об утверждении порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности», Положением о Министерстве здравоохранения Республики Крым, утвержденного Постановлением Совета Министров Республики Крым от 27.06.2014 года № 149, Приказа Министерства здравоохранения Республики Крым от 01.07.2015 № 928 «Об утверждении порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности в Республике Крым», Приказа Министерства здравоохранения РФ от 10 мая 2017 г № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи», приказом Министерства здравоохранения РФ от 07.06.2019г. №381-Н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности».

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Создать службу в составе (приложение №1) по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности.

2. Назначить с 10.02.2020 года уполномоченным лицом по качеству и безопасности медицинской деятельности (далее Уполномоченное лицо), осуществляющим организацию и проведение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, заместителя директора по медицинской части Козыкину В.И.

3. Утвердить:

3.1. Положение о порядке организации и проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. (приложение 2).

3.2. Локальный акт по ведению медицинской документации. (Приложение 3).

3.3. Форму журнала учета контроля качества и безопасности медицинской деятельности. (Приложение 4).

3.4. Форму плана проверок по контролю качества и безопасности медицинской деятельности. (Приложение 5).

3.5. Форму отчета по результатам проверок по контролю качества и безопасности медицинской деятельности (Приложение 6)

- мероприятия по устранению выявленных нарушений и улучшению деятельности Учреждения и медицинских работников;

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

- форма анализа результатов внутреннего контроля в целях их использования для совершенствования подходов к осуществлению медицинской деятельности.

3.6. Форму сводного отчета о состоянии качества и безопасности медицинской деятельности, перечень корректирующих мер в части повышения качества и безопасности медицинской деятельности. (Приложение 7).

3.7. Форму акта контроля качества медицинской помощи в амбулаторных условиях (Приложение 8).

3.8. Форму акта контроля качества медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара. (Приложение 9).

3.9. Форму отчета по критериям оценки качества медицинской помощи больным туберкулезом на первом уровне контроля. (Приложения 10.1, 10.2, 10.3).

4. Создать центральную врачебную комиссию Учреждения по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности в составе (приложение 11).

5. Утвердить положение о врачебной комиссии (Приложение 12).

6. Утвердить форму протокола решения комиссии (Приложение 13).

7. Утвердить форму журнала Врачебной комиссии. (Приложение 14).
8. Утвердить порядок рассмотрения обращений граждан с приложением форм журнала обращений граждан. (Приложение 15).
9. Утвердить форму журнала обращений граждан (Приложение 16).
10. Форма анализа работы с обращениями граждан в ГБУЗ РК «КРКЦФиП» (Приложение 17).
11. Утвердить порядок анкетирования пациентов Учреждения (Приложение 18), формы анкет (Приложение 18.1, 18.2).
12. Утвердить форму сводного отчёта о результатах анкетирования (Приложение 18.3).
13. Контроль за выполнением данного приказа возложить на заместителя директора по клинико-экспертной работе Мамотенко Л.Д., заместителя директора по медицинской части Козыкину В.И.

Директор

И.Ю. Ткаченко

Приложение 2
к приказу от _____ № _____

**Положение
о порядке организации и проведения внутреннего контроля качества и
безопасности медицинской деятельности
в ГБУЗ РК «КРКЦФиП»**

1. Общие положения

1.1. Настоящее положение (далее Положение) устанавливает порядок организации и проведения внутреннего контроля за соответствием качества выполняемых медицинских работ установленным требованиям и за безопасностью осуществляемой медицинской деятельности в ГБУЗ РК «КРКЦФиП».

1.2. Настоящее Положение разработано в соответствии с:

- законом Российской Федерации от 21.11.2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- законом Российской Федерации от 29.11.2010 г. N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
- законом Российской Федерации от 07.02.1992 г. N 2300-1 «О защите прав потребителей»;
- постановлением Правительства Российской Федерации от 12.11.2012 г. N 1152 «Об утверждении положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности»;
- постановлением Правительства Российской Федерации от 16.04.2012 г. N 291 «О лицензировании медицинской деятельности»;
- постановлением Правительства РФ от 15.10.2012 г. № 1043 «Об утверждении Положения о федеральном государственном надзоре в сфере обращения лекарственных средств»;
- постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 г. № 1006 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»;
- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07.06.2019 г. N 381н «Об утверждении требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности»;
- приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 05.05.2012 г. N 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации»;
- другими нормативными документами, регламентирующими проведение контроля качества и безопасности медицинской деятельности;

- Уставом медицинской организации.

1.3. Организация и проведение внутреннего контроля осуществляется с учётом видов работ(услуг), указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности.

2. Основные понятия и термины, используемые в настоящем Положении

Медицинская помощь - комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг;

Медицинская услуга - медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение;

Медицинское вмешательство - выполняемые медицинским работником по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций, а также искусственное прерывание беременности;

Пациент - физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния;

Медицинская деятельность - профессиональная деятельность по оказанию медицинской помощи, проведению медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий .

Законченный случай лечения - комплекс медицинских услуг, оказанных пациенту в медицинской организации с момента обращения до исхода лечения заболевания или завершения диагностических, профилактических, реабилитационных мероприятий;

Качество медицинской помощи - совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата;

Безопасность медицинской деятельности – совокупность характеристик, отражающих безопасность составляющих медицинскую деятельность работ (услуг), ресурсов, в том числе кадровых и материально-технических, безопасность медицинских изделий, лекарственных средств, а также безопасность условий оказания медицинской помощи;

Порядок оказания медицинской помощи - порядок оказания медицинской помощи разрабатывается по отдельным ее профилям, заболеваниям или состояниям (группам заболеваний или состояний) и включает в себя:

- 1) этапы оказания медицинской помощи;
- 2) правила организации деятельности медицинской организации (ее структурного подразделения, врача);
- 3) стандарт оснащения медицинской организации, ее структурных подразделений;
- 4) рекомендуемые штатные нормативы медицинской организации, ее структурных подразделений;
- 5) иные положения исходя из особенностей оказания медицинской помощи;

Стандарт медицинской помощи - стандарт медицинской помощи разрабатывается на основе клинических рекомендаций, одобренных и утвержденных в соответствии с законодательством, в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;

Клинические рекомендации - клинические рекомендации разрабатываются медицинскими профессиональными некоммерческими организациями по отдельным заболеваниям или состояниям (группам заболеваний или состояний) с указанием медицинских услуг, предусмотренных номенклатурой медицинских услуг. Перечень заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), по которым разрабатываются клинические рекомендации, формируется уполномоченным федеральным органом исполнительной власти на основании установленных им критериев;

Контроль качества медицинской помощи в медицинской организации - выявление нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценка своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата в соответствии с утверждёнными в установленном законом порядке критериями оценки качества медицинской помощи;

Уполномоченное лицо по качеству и безопасности медицинской деятельности – лицо, обеспечивающее организацию и проведение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации.

3. Цель, задачи и сроки внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности

3.1. Целью внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности является обеспечение прав граждан необходимого на получение медицинской помощи необходимого объёма и надлежащего качества в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи с учётом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендации, а также соблюдения обязательных требований к качеству и безопасности медицинской деятельности.

3.2. Задачами внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности с учётом вида медицинской организации, видов, условий и форм оказания медицинской помощи и перечня работ (услуг) указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности являются:

- совершенствование подходов к осуществлению медицинской деятельности для предупреждения, выявления и предотвращения рисков, создающих угрозу жизни и здоровья граждан, и минимизации последствий их наступления;
- обеспечение и оценка соблюдения прав граждан в сфере охраны здоровья при осуществлении медицинской деятельности;
- создание условий для обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности, включая разработку и реализацию мер по повышению качества медицинской помощи в медицинской организации;
- выполнение медицинскими работниками должностных инструкций в части обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности;
- обеспечение и оценка применения порядков оказания медицинской

помощи и стандартов медицинской помощи;

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

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

- предупреждение нарушений при оказании медицинской помощи, являющихся результатом:

 - несоответствия оказанной медицинской помощи состоянию здоровья пациента с учётом 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 учётом 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 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, объёма, 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;

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

3.3. Объектом внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности является медицинская деятельность.

3.4. Оценка качества медицинской помощи при проведении внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется в соответствии с критериями, утверждёнными уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

3.5. Сроки проведения внутреннего контроля качества и безопасности

медицинской деятельности определяются сроком проведения плановых и целевых (внеплановых) проверок. Срок проведения плановых и целевых (внеплановых) проверок устанавливается руководителем медицинской организации либо уполномоченным им заместителем руководителя в зависимости от предмета проверки и особенностей деятельности медицинской организации, но не должен превышать 10 рабочих дней.

3.6. Мониторинг наличия лекарственных препаратов и медицинских изделий проводится по решению руководителя медицинской организации, но не реже 1 раза в квартал.

4. Основания для проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности

4.1. Основаниями для проведения внутреннего контроля являются основания для проведения плановых и целевых (внеплановых) проверок

4.2. Плановые проверки проводятся на основании и в соответствии с ежегодным планом, утверждаемым руководителем медицинской организации, не реже 1 раза в квартал.

4.3. Предмет плановых проверок определяется в соответствии с разделом 3 настоящего Положения.

4.4. Целевые (внеплановые) проверки проводятся по следующим основаниям:

- по решению руководителя медицинской организации;
- при наличии отрицательной динамики показателей качества и безопасности медицинской деятельности, в том числе установленной в результате проведения плановой проверки;

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

- во всех случаях:
 - летальных исходов;
 - внутрибольничного инфицирования и осложнений, вызванных медицинским вмешательством.

4.5. Проверки, в зависимости от поставленных задач, включают анализ случаев оказания медицинской помощи, отобранных методом случайной выборки или по тематически однородной совокупности случаев.

4.6. Проверки по тематически однородной совокупности случаев проводятся в отношении определённой совокупности случаев, отобранных по

тематическим признакам.

Выбор тематики для проведения проверки осуществляется на основании показателей деятельности медицинской организации, её структурных подразделений

4.7. Анализ случаев оказания медицинской помощи в ходе плановых и целевых (внеплановых) проверок осуществляется для оценки качества и безопасности медицинской деятельности медицинской организации, в том числе для оценки характера, частоты и причин возможных нарушений при оказании медицинской помощи пациенту в соответствии с порядками оказания медицинской помощи с учётом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций.

5. Организация внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности

5.1. Ответственным за организацию и проведение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности является уполномоченный заместитель руководителя.

5.2. Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности организуется и проводится Уполномоченным лицом по качеству и безопасности медицинской деятельности (далее Уполномоченное лицо).

5.3. Уполномоченное лицо по решению руководителя медицинской организации является или председателем, или заместителем председателя, или членом Врачебной комиссии. Уполномоченное лицо является ответственным за организацию и проведение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в составе Врачебной комиссии.

5.4. Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности включает следующие мероприятия:

- оценку качества и безопасности медицинской деятельности медицинской организации, её структурных подразделений путём проведения плановых и целевых (внеплановых) проверок;
- сбор и анализ целевых показателей качества и безопасности медицинской деятельности;
- учёт нежелательных событий при осуществлении медицинской деятельности (фактов и обстоятельств, создающих угрозу причинения или повлекших причинение вреда жизни и здоровья граждан и(или) медицинских работников, а также приведших к удлинению сроков оказания медицинской помощи);
- мониторинг наличия лекарственных препаратов и медицинских

изделий в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи с учётом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций (приложение 2.1);

- 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 и здоровью человека при применении лекарственных препаратов на всех этапах обращения лекарственных препаратов, сообщаемой медицинской организацией в уполномоченный федеральный орган исполнительной власти (приложение 2.2);

- анализ информации обо всех случаях побочных действий, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия, о нежелательных реакциях при его применении, об особенностях взаимодействия медицинских изделий между собой, о фактах и об обстоятельствах, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации медицинских изделий, сообщаемой медицинской организацией в уполномоченный Правительством Российской Федерации федеральный орган исполнительной власти (приложение 2.3).

5.5. По решению руководителя медицинской организации для осуществления мероприятий внутреннего контроля могут привлекаться научные и иные организации, учёные и специалисты.

5.6. Внутренний контроль включает три этапа.

5.6.1. **Первый этап** – контроль со стороны лица, ответственного за контроль качества и безопасности медицинской деятельности в структурном подразделении медицинской организации. Ответственным лицом на первом этапе контроля является руководитель структурного подразделения медицинской организации -**заведующий отделением.**

5.6.2. **Второй этап** – контроль со стороны **заведующего обособленного структурного подразделения.**

5.6.3. **Третий этап** – контроль качества и безопасности медицинской деятельности со стороны Врачебной комиссии. В состав Врачебной комиссии по контролю качества и безопасности медицинской деятельности входят заместители руководителя медицинской организации - заместитель по медицинской части, заместитель по медицинской помощи в амбулаторных

условиях, заместитель по клинико-экспертной работе, которые и являются ответственными лицами за эту работу по своим направлениям деятельности.

5.6.4. Уполномоченное лицо является ответственным за организацию и проведение данной работы в составе Врачебной комиссии.

5.6.5. На третьем этапе контроля Врачебная комиссия выполняет следующие функции по организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности:

- определение соответствия оказываемой медицинской помощи порядкам оказания медицинской помощи, стандартам медицинской помощи, правилам проведения диагностических исследований, клиническим рекомендациям, другим нормативным документам в сфере здравоохранения, устанавливающим требования к качеству и безопасности медицинской помощи;

- контроль соблюдения прав граждан в сфере охраны здоровья при осуществлении медицинской деятельности;

- контроль соответствия оказываемой медицинскими работниками медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи, утверждённых уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, а также рассмотрение причин несоответствия качества оказываемой медицинской помощи указанным критериям;

- оценка показателей, предусмотренных настоящим Положением, в зависимости от вида медицинской организации, видов, условий и форм оказания медицинской помощи, перечня работ (услуг), указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности;

- контроль безопасности медицинской деятельности с учётом особенностей данной работы, указанных в настоящем Положении;

- рассмотрение и анализ всех случаев побочных действий, нежелательных реакций, серьёзных нежелательных реакций, непредвиденных нежелательных реакций при применении лекарственных препаратов, индивидуальной непереносимости, отсутствии эффективности лекарственных препаратов, а также иных фактов и обстоятельств, представляющих угрозу жизни и здоровью человека при применении лекарственных препаратов на всех этапах обращения лекарственных препаратов;

- рассмотрение и анализ всех случаев побочных действий, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия, нежелательных реакций при его применении, особенностей взаимодействия медицинских изделий между собой, фактов и обстоятельств, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации медицинских изделий;

- проведение проверок по вопросам контроля качества и безопасности медицинской деятельности в соответствии с планом проверок, утверждённых в медицинской организации, а также по решению руководителя медицинской организации;

- анализ работы по контролю качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации в целом, отдельных структурных подразделений, а так же отдельных специалистов;

- решение в пределах своей компетенции наиболее сложных вопросов в области качества и безопасности медицинской деятельности;

- оценка результатов мероприятий по повышению качества и безопасности медицинской деятельности.

- оценка своевременности оказания медицинской помощи;

- оценка правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи;

- оценка степени достижения запланированного результата;

- оценка обеспечения предусмотренного законодательством приоритета интересов пациента при оказании ему медицинской помощи;

- оценка полноты и эффективности выполняемых медицинских вмешательств и медицинских услуг;

- выполнение установленных требований к качеству оформления учётно-отчётной документации;

- предупреждение несоответствий оказания медицинской помощи и обеспечение соблюдения прав пациентов при её оказании;

- анализ деятельности руководителей структурных подразделений в области качества и безопасности медицинской деятельности;

- выявление и анализ дефектов, допущенных при оказании медицинской помощи в медицинской организации;

- разработка и реализация предложений по повышению качества и безопасности медицинской деятельности;

- организация и проведение внутренних разборов (совещаний, конференций) по вопросам качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации;

- рассмотрение жалоб и обращений пациентов в установленном порядке.

5.6.4. Объём контроля качества и безопасности медицинской деятельности на третьем этапе контроля определяется в соответствии с планом проверок, утверждаемым руководителем медицинской организации не реже 1 раза в квартал, и планом-графиком работы Врачебной комиссии, утверждаемых руководителем медицинской организации в установленном порядке.

5.7. На всех этапах 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, осуществляется оценка показателей, предусмотренных разделом 8 настоящего Положения, а также оценка соответствия качества оказываемой медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи, утверждённым уполномоченным федеральным органом исполнительной власти

6. Функции и порядок взаимодействия Уполномоченного лица, заведующих отделений, заведующих ОСП, Врачебной комиссии Учреждения, Службой по внутреннему контролю качества в рамках организации и проведения внутреннего контроля

6.1. Уполномоченное лицо обеспечивает в медицинской организации взаимодействие по вопросам внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности с Врачебной комиссией, Службой по внутреннему контролю качества заведующими отделениями, заведующими ОСП, медицинскими работниками.

6.2. В целях обеспечения постоянного взаимодействия между Уполномоченным лицом и Врачебной комиссией в работе по осуществлению организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности Уполномоченное лицо по решению руководителя медицинской организации является или председателем, или заместителем председателя, или членом Врачебной комиссии. Уполномоченное лицо является ответственным за организацию и проведение работы по организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в составе Врачебной комиссии.

6.3. При проведении плановых и целевых (внеплановых) проверок Уполномоченное лицо имеет 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 видеосъёмку при осуществлении осмотра и обследования;
- знакомиться с результатами анкетирования и устных опросов пациентов и (или) их законных представителей, членов семьи пациента, работников медицинской организации, а также результата анализа жалоб и обращений граждан;

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

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

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

6.5. Уполномоченное лицо выполняет следующие функции:

- организация работы по контролю качества и безопасности медицинской деятельности в соответствии с этапами контроля, установленными настоящим Положением;

- организация работы по обеспечению и оценке соблюдения прав граждан в сфере охраны здоровья при осуществлении медицинской деятельности;

- организация работы по обеспечению и оценке применения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи;

- организация работы по обеспечению и оценке применения клинических рекомендаций;

- организация работы по обеспечению и оценке соблюдения порядков проведения медицинских экспертиз, диспансеризации, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований;

- организация работы по обеспечению и оценке применения правил проведения диагностических исследований, утверждённых в порядке установленном законом;

- организация и проведение мероприятий по обеспечению и оценке соответствия оказываемой медицинскими работниками медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи, а также рассмотрение причин несоответствия качества оказываемой медицинской помощи указанным критериям;

- оценка результатов мероприятий по повышению качества и безопасности медицинской деятельности.

- организация и проведение мероприятий по созданию условий для обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности, включая разработку и реализацию мер по повышению качества медицинской помощи в медицинской организации;

- контроль выполнения медицинскими работниками должностных инструкций в части качества и безопасности медицинской деятельности;

- организация и проведение мероприятий по совершенствованию подходов к осуществлению медицинской деятельности для предупреждения, выявления и предотвращения рисков, создающих угрозу жизни и здоровья граждан, и минимизации последствий их наступления;

- организация и проведение мероприятий по предупреждению нарушений при оказании медицинской помощи, являющихся результатом:

несоответствия оказанной медицинской помощи состоянию здоровья пациента с учётом 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 учётом 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 специалистов;

- 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 и здоровью человека при применении лекарственных препаратов на всех этапах обращения лекарственных препаратов, сообщаемой медицинской организацией в уполномоченный федеральный орган исполнительной власти;

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

- подготовка и принятие управленческих решений по совершенствованию подходов к осуществлению медицинской деятельности;

- а также иные функции необходимые для осуществления организации и

проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

6.6. Уполномоченным лицом не реже 1 раза в полугодие, а также по итогам года, формируется сводный отчёт, содержащий информацию о состоянии качества и безопасности медицинской деятельности, при необходимости утверждается перечень корректирующих мер.

7. Права и обязанности лиц, участвующих в организации и проведении контроля качества и безопасности медицинской деятельности

7.1. Лицами, участвующими в организации и проведении контроля качества и безопасности медицинской деятельности, являются:

- Уполномоченное лицо по качеству и безопасности медицинской деятельности;

- заведующие отделениями;

- заведующие ОСП;

- профильные заместители руководителя медицинской организации-заместитель по медицинской части, заместитель по оказанию медицинской помощи в амбулаторных условиях, заместитель по клинико-экспертной работе;

- врач медицинской организации;

- члены врачебной комиссии медицинской организации;

- иные лица, участвующие в организации и проведении контроля качества и безопасности медицинской деятельности по решению руководителя медицинской организации;

7.2. Уполномоченное лицо по качеству и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации обязано:

7.2.1. Знать требования российского законодательства и других нормативных документов, регламентирующих работу по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности;

7.2.2. Руководствоваться в своей деятельности настоящим Положением;

7.2.3. Организовать проведение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, включая следующие мероприятия:

- оценка качества и безопасности медицинской деятельности медицинской организации, её структурных подразделений путём проведения плановых и целевых (внеплановых) проверок;

- сбор и анализ целевых показателей качества и безопасности медицинской деятельности;

- учёт нежелательных событий при осуществлении медицинской

деятельности (фактов и обстоятельств, создающих угрозу причинения или повлекших причинение вреда жизни и здоровья граждан и(или) медицинских работников, а также приведших к удлинению сроков оказания медицинской помощи);

- мониторинг наличия лекарственных препаратов и медицинских изделий в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи с учётом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций (мониторинг наличия лекарственных препаратов и медицинских изделий проводится по решению руководителя медицинской организации, но не реже, чем 1 раз в квартал в соответствии с установленной в Приложении 2.1 формой);

- 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 и здоровью человека при применении лекарственных препаратов на всех этапах обращения лекарственных препаратов, сообщаемой медицинской организацией в уполномоченный федеральный орган исполнительной власти (приложение 2.2);

- анализ информации обо всех случаях побочных действий, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия, о нежелательных реакциях при его применении, об особенностях взаимодействия медицинских изделий между собой, о фактах и об обстоятельствах, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации медицинских изделий, сообщаемой медицинской организацией в уполномоченный Правительством Российской Федерации федеральный орган исполнительной власти (приложение 2.3);

7.2.4. Обеспечивать в медицинской организации взаимодействие по вопросам внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности с Врачебной комиссией, Службой по внутреннему контролю качества руководителями структурных подразделений медицинской организации, медицинскими работниками, а также в пределах своей компетенции с органами управления здравоохранения, надзорными органами, иными органами и организациями;

7.2.5. Составлять отчёт по результатам плановых и целевых (внеплановых) проверок по вопросам качества и безопасности медицинской деятельности, включающий, в том числе выработку мероприятий по

устранению выявленных нарушений и улучшению деятельности медицинской организации и медицинских работников;

7.2.6. Проводить не реже 1 раза в квартал:

- 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 и здоровью человека при применении лекарственных препаратов на всех этапах обращения лекарственных препаратов, сообщаемой медицинской организацией в уполномоченный федеральный орган исполнительной власти (анализ проводится в соответствии с установленной в Приложении 2.2 формой);

- анализ информации обо всех случаях побочных действий, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия, о нежелательных реакциях при его применении, об особенностях взаимодействия медицинских изделий между собой, о фактах и об обстоятельствах, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации медицинских изделий, сообщаемой медицинской организацией в уполномоченный Правительством Российской Федерации федеральный орган исполнительной власти (анализ проводится в соответствии с установленной в Приложении 2.3 формой);

7.2.7. Осуществлять следующие функции:

- организация работы по контролю качества и безопасности медицинской деятельности в соответствии с настоящим Положением;

- организация работы по обеспечению и оценке соблюдения прав граждан в сфере охраны здоровья при осуществлении медицинской деятельности;

- организация работы по обеспечению и оценке применения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи;

- организация работы по обеспечению и оценке применения клинических рекомендаций;

- организация работы по обеспечению и оценке соблюдения порядков проведения медицинских экспертиз, диспансеризации, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований;

- организация работы по обеспечению и оценке применения правил проведения диагностических исследований, утвержденных в порядке установленном законом;

- организация и проведение мероприятий по обеспечению и оценке соответствия оказываемой медицинскими работниками медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи, а также рассмотрение причин несоответствия качества оказываемой медицинской помощи указанным критериям;

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

- организация и проведение мероприятий по созданию условий для обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности, включая разработку и реализацию мер по повышению качества медицинской помощи в медицинской организации;

- контроль выполнения медицинскими работниками должностных инструкций в части качества и безопасности медицинской деятельности;

- организация и проведение мероприятий по совершенствованию подходов к осуществлению медицинской деятельности для предупреждения, выявления и предотвращения рисков, создающих угрозу жизни и здоровья граждан, и минимизации последствий их наступления;

- организация и проведение мероприятий по обеспечению соблюдения медицинской организацией обязательных требований при осуществлении медицинской деятельности, в том числе рациональное использование материально-технических, кадровых, информационных, финансовых и иных ресурсов;

- организация и проведение мероприятий по обеспечению соответствия оказываемой медицинскими работниками медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи;

- оценка показателей, предусмотренных разделом 8 настоящего Положения, в зависимости от вида медицинской организации, видов, условий и форм оказания медицинской помощи, перечня работ (услуг), указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности; - организация и проведение мероприятий по предупреждению нарушений при оказании медицинской помощи, являющихся результатом:

несоответствия оказанной медицинской помощи состоянию здоровья пациента с учётом 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 учётом 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 специалистов;

- подготовка и принятие управленческих решений по совершенствованию подходов к осуществлению медицинской деятельности;

- а также иные функции необходимые для осуществления организации и проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

7.2.8. Формировать и представлять руководителю медицинской организации не реже 1 раза в полугодие, а также по итогам года, сводный отчёт, содержащий информацию о состоянии качества и безопасности медицинской деятельности.

7.3. Уполномоченное лицо по качеству и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации имеет право:

7.3.1. При проведении плановых и целевых (внеплановых) проверок по вопросам качества и безопасности медицинской деятельности:

- 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 видеосъёмку при осуществлении осмотра и обследования;

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

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

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

7.3.2. Вносить предложения руководителю медицинской организации о проведении мероприятий и принятии мер по повышению качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации;

7.3.3. Вносить предложения руководителю медицинской организации, руководителям подразделений по подбору и расстановке кадров с учётом результатов внутреннего контроля качества и безопасности медицинской

деятельности в медицинской организации;

7.3.4. Вносить предложения руководителю медицинской организации о совершенствовании работы по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации;

7.3.5. Представлять предложения руководителю медицинской организации о материальном стимулировании или наложении дисциплинарного взыскания на сотрудников организации, по результатам внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

7.4. Ответственные лица за организацию работы по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности на первом и втором этапах контроля – заведующие отделениями, заведующие ОСП - обязаны:

7.4.1. Знать требования российского законодательства и других нормативных документов, регламентирующих работу по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности;

7.4.2. Руководствоваться в своей деятельности настоящим Положением;

7.4.3. Организовать проведение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в отделении, ОСП медицинской организации, включая выполнение следующих функций:

- определение соответствия оказываемой медицинской помощи порядкам оказания медицинской помощи, стандартам медицинской помощи, правилам проведения диагностических исследований, клиническим рекомендациям, другим нормативным документам в сфере здравоохранения, устанавливающим требования к качеству и безопасности медицинской деятельности;

- контроль соблюдения прав граждан в сфере охраны здоровья при осуществлении медицинской деятельности;

- контроль соответствия оказываемой медицинскими работниками медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи, утверждённых уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, а также рассмотрение причин несоответствия качества оказываемой медицинской помощи указанным критериям;

- контроль безопасности медицинской деятельности в подразделении медицинской организации в соответствии с Положением о порядке организации и проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности и иными локальными нормативными актами;

- проведение проверок по вопросам контроля качества и безопасности медицинской деятельности в соответствии с планом проверок, утверждённым в медицинской организации, а также по решению руководителя медицинской

организации

- оценка своевременности оказания медицинской помощи;
- оценка правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи;
- оценка степени достижения запланированного результата;
- оценка обеспечения предусмотренного законодательством приоритета интересов пациента при оказании ему медицинской помощи;
- оценка полноты и эффективности выполняемых медицинских вмешательств и медицинских услуг;
- выполнение установленных требований к оформлению медицинской документации;
- предупреждение несоответствий оказания медицинской помощи и обеспечение соблюдения прав пациентов при её оказании в соответствующем подразделении (отделении, кабинете);
- анализ деятельности медицинского персонала подразделения (отделения, кабинета, ОСП);
- выявление и анализ дефектов, допущенных при оказании медицинской помощи в подразделении (отделении, кабинете, ОСП);
- оценка результатов мероприятий по повышению качества и безопасности медицинской деятельности;
- разработка и реализация предложений по повышению качества и безопасности медицинской деятельности в структурном подразделении;
- организация и проведение внутренних разборов (совещаний, конференций) по вопросам качества и безопасности медицинской деятельности в подразделении (отделении, кабинете, ОСП);
- осуществление контроля качества и безопасности медицинской деятельности в необходимом объёме в соответствии с Положением о порядке организации и проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, утверждённым руководителем организации;
- участие в разборе жалоб и обращений пациентов в установленном порядке;
- выполнение и оценка выполнения показателей, предусмотренных разделом 8 настоящего Положения, в зависимости от вида медицинской организации, видов, условий и форм оказания медицинской помощи, перечня работ (услуг), указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности;

7.4.4. Организовать выявление, сбор и передачу в установленном порядке 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 и здоровью человека при применении лекарственных препаратов на всех этапах обращения лекарственных препаратов, сообщаемой медицинской организацией в уполномоченный федеральный орган исполнительной власти (приложение 2.2);

- обо всех случаях побочных действий, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия, о нежелательных реакциях при его применении, об особенностях взаимодействия медицинских изделий между собой, о фактах и об обстоятельствах, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации медицинских изделий, сообщаемой медицинской организацией в уполномоченный Правительством Российской Федерации федеральный орган исполнительной власти (приложение 2.3);

7.5. Ответственные лица за организацию работы по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности на первом и втором этапах контроля – в структурном подразделении медицинской организации (отделении, кабинете, ОСП) имеют право:

7.5.1. Вносить предложения Уполномоченному лицу и руководству медицинской организации о проведении мероприятий и принятии мер по повышению качества и безопасности медицинской деятельности в подразделении медицинской организации;

7.5.2. Вносить предложения Уполномоченному лицу и руководству медицинской организации по подбору и расстановке кадров с учётом результатов внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в подразделении;

7.5.3. Вносить предложения Уполномоченному лицу и руководству медицинской организации о совершенствовании работы по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности в подразделении;

7.5.4. Представлять предложения Уполномоченному лицу и руководству медицинской организации о материальном стимулировании или наложении дисциплинарного взыскания на сотрудников подразделения, по результатам внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

7.6. Врач медицинской организации обязан:

7.8.1. Знать требования российского законодательства и других нормативных документов, регламентирующих работу по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности;

7.8.2. Обеспечить соблюдение при оказании медицинской помощи порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи, правил проведения диагностических исследований, клинических рекомендаций, других нормативных документов в сфере здравоохранения, устанавливающих требования к качеству и безопасности медицинской деятельности;

7.8.3. Соблюдать права граждан в сфере охраны здоровья при осуществлении медицинской деятельности;

7.8.4. Обеспечить:

- соответствие оказываемой медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи, утверждённым уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;

- выполнение показателей, предусмотренных разделом 8 настоящего Положения, в зависимости от вида медицинской организации, видов, условий и форм оказания медицинской помощи, перечня работ (услуг), указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности;

7.8.5. Обеспечить безопасность медицинской деятельности в медицинской организации в соответствии с Положением о порядке организации и проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности и иными локальными нормативными актами;

7.8.6. Участвовать в проведении проверок по вопросам контроля качества и безопасности медицинской деятельности по решению руководителя медицинской организации;

7.8.7. Обеспечить своевременное оказание медицинской помощи;

7.8.8. Обеспечить правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи;

7.8.9. Обеспечить оценку степени достижения запланированного результата;

7.8.10. Обеспечивать в пределах своей компетенции предусмотренного законодательством приоритет интересов пациента при оказании ему медицинской помощи;

7.8.11. Обеспечивать полноту и эффективность выполняемых медицинских вмешательств и медицинских услуг;

7.8.12. Выполнять установленные требования к оформлению медицинской документации;

7.8.13. Участвовать в разборе жалоб и обращений пациентов в установленном порядке.

7.8.14. Своевременно выявлять и передавать в установленном порядке информацию:

- 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 и здоровью человека при применении лекарственных препаратов на всех этапах обращения лекарственных препаратов, сообщаемой медицинской организацией в уполномоченный федеральный орган исполнительной власти(приложение 2.2);

- обо всех случаях побочных действий, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия, о нежелательных реакциях при его применении, об особенностях взаимодействия медицинских изделий между собой, о фактах и об обстоятельствах, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации медицинских изделий, сообщаемой медицинской организацией в уполномоченный Правительством Российской Федерации федеральный орган исполнительной власти (приложение 2.3).

7.8.15. Изучать, анализировать и внедрять передовой опыт работы других врачей, а также новые технологии в сфере внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

7.9. Врач медицинской организации имеет право:

7.9.1. Вносить предложения Уполномоченному лицу, руководителю подразделения и руководству медицинской организации о проведении мероприятий и принятии мер по повышению качества и безопасности медицинской деятельности.

7.9.2. Вносить предложения Уполномоченному лицу, руководителю подразделения и руководству медицинской организации о совершенствовании работы по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности.

7.9.3. Запрашивать у Уполномоченного лица, руководителя структурного подразделения и руководства медицинской организации необходимую информацию по вопросам внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

7.10. Все лица, участвующие в организации и проведении контроля качества и безопасности медицинской деятельности, несут ответственность в соответствии с законодательством.

8. Показатели,

оценка которых выполняется, при осуществлении плановых и целевых (внеплановых) проверок, осуществляемых 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

8.1. 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 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 учётом стандартов медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций;

3) обеспечение взаимодействия медицинской организации с медицинскими организациями, оказывающими скорую медицинскую помощь, 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, центрами медицины катастроф;

ведение медицинской документации медицинскими работниками скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, центров медицины катастроф и медицинским работниками медицинской организации, в которую осуществляется экстренная 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 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 медицинской помощи;

7) наличие локальных нормативных актов, регламентирующих работу приёмного отделения медицинской организации, в том числе при оказании медицинской помощи в экстренной форме (с учётом 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 её 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 клиничко-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 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 учёт рисков при применении лекарственных препаратов (в том числе аллергологического анамнеза, особенностей взаимодействия и совместимости лекарственных препаратов) с внесение 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 туберкулёзом, Федеральный регистр, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, Федеральный регистр лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипопаритарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, гемолитико-уремическим синдромом, юношеским артритом 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 случай подозрения и (или) возникновения внутрибольничных инфекций);

организация дезинфекции и стерилизации медицинских изделий;

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

соблюдение технологии проведения инвазивных вмешательств;

обеспечение условий оказания медицинской помощи пациентам, требующим изоляции (с инфекциями, передающимися воздушно-капельным путём, 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 деятельности 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) обеспечение 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 и эксплуатация, в том числе техническое обслуживание, а также ремонт, утилизация или уничтожение медицинского изделия;

обучение медицинских работников применению, эксплуатации медицинских изделий;

22) осуществление мероприятий при хирургических вмешательствах (подготовка пациента, 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 или медицинским вмешательством, методами и лекарственными препаратами, в том числе наркотическими лекарственными препаратами и психотропными лекарственными препаратами;

24) осуществление мероприятий по обращению донорской крови (или) её компонентов в медицинской организации, в том числе:

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

предупреждение развития реакций и осложнений, возникших в связи с трансфузией (переливанием) донорской крови и (или) её 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 приёмного 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 учётом 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 её 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;

20) осуществление мероприятий по осуществлению 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 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 «стойки информации», «фронт офиса», «картохранилища», контакт-центра, call-центра;

оформление листков временной нетрудоспособности, их учёт и регистрация;

предварительную запись пациентов на дому;

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 её доставки в кабинеты приёма врачей-специалистов;

обеспечение навигационной информации для пациентов с учётом 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

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

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

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

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

порядок уведомления пациента об отмене приёма 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) проведения 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 календарём профилактических прививок и календарём 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 соответствии с трудовым законодательством Российской Федерации, а также по формированию системы оценки деятельности и развитию кадрового потенциала работников медицинской организации;

38) обеспечение доступа медицинских 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. Порядок регистрации и анализа результатов внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности

9.1. Результаты внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, осуществляемом на первом и втором этапах

контроля, регистрируются в журналах контроля качества и безопасности медицинской деятельности, установленной в медицинской организации формы, которые ведутся ответственными за проведение контроля на первом и втором этапах контроля.

9.2. Регистрация результатов внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности на третьем этапе осуществляется в соответствии с установленным порядком организации работы Врачебной комиссии.

9.3. По решению руководителя медицинской организации или Уполномоченного лица при контроле качества медицинской помощи, на предмет её соответствия критериям, утверждёнными уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, для регистрации контроля используются акты контроля качества медицинской помощи, установленной в медицинской организации формы.

9.4. Анализ результатов внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется на всех этапах его проведения.

9.4.1. На первом этапе контроля анализ результатов внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется заведующим отделением и доводится до сведения медицинских работников путём проведения совещаний, конференций, в том числе клинико-анатомических, клинических разборов и иных организационных мероприятий, проводимых в отделении, но не реже одного раза в месяц. По требованию руководителя медицинской организации и (или) Уполномоченного лица анализ результатов внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в отделении оформляется в письменной форме и представляется им на рассмотрение.

9.4.2. На втором этапе контроля анализ результатов внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется заведующим ОСП и доводится до сведения медицинских работников путём проведения совещаний, конференций, в том числе клинико-анатомических, клинических разборов и иных организационных мероприятий не реже одного раза в квартал. Анализ результатов внутреннего контроля качества и БМД оформляется в письменной форме и представляется на рассмотрение Врачебной комиссии.

9.4.3. На третьем этапе контроля анализ результатов внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется Врачебной комиссией медицинской организации не реже одного раза в квартал, оформляется решением Врачебной комиссии в соответствии с установленным порядком её работы и доводится до сведения медицинских

работников путём проведения совещаний, конференций, в том числе клинико-анатомических, клинических разборов и иных организационных мероприятий.

9.5. Плановые проверки проводятся в соответствии с ежегодным планом, утверждаемым руководителем медицинской организации, не реже 1 раза в квартал. Подготовка планов по установленной в медицинской организации форме осуществляется Уполномоченным лицом.

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

9.6. Уполномоченным лицом не реже 1 раза в полугодие, а также по итогам года формируется сводный отчёт по установленной в медицинской организации форме, содержащий информацию о состоянии качества и безопасности медицинской деятельности, при необходимости утверждается перечень корректирующих мер.

10. Порядок использования результатов внутреннего контроля в целях управления качеством и безопасностью медицинской деятельности

10.1. По результатам проведенного внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации в целях управления качеством и безопасностью медицинской деятельности осуществляются:

- разработка предложений по устранению и предупреждению нарушений в процессе диагностики и лечения пациентов;
- анализ результатов внутреннего контроля в целях их использования для совершенствования подходов к осуществлению медицинской деятельности;
- реализации корректирующих мер, принятых по итогам внутреннего контроля;
- формирование системы оценки деятельности медицинских работников.

10.2. Меры, принимаемые по итогам внутреннего контроля, направлены на:

- устранение выявленных нарушений, несоответствий при осуществлении внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, а также причин, вызвавших эти нарушения и несоответствия;
- предупреждение нарушений и несоответствий при осуществлении медицинской деятельности;

- совершенствование качества и безопасности медицинской деятельности.

10.3. К мерам, принимаемым по итогам внутреннего контроля, относятся:

- осуществление плановых и целевых (внеплановых) проверок с учётом результатов внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности;

- планирование работы Врачебной комиссии с учётом результатов внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности;

- организационные мероприятия, в том числе проведение совещаний, конференций, инструктажей, издание локальных нормативных актов, учитывающих результаты внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности;

- направление медицинских работников на повышение квалификации;

- применение дисциплинарных взысканий в соответствии с трудовым законодательством;

- меры морального поощрения и материального стимулирования медицинских работников, в том числе применение материальных поощрений и взысканий, путём регулирования уровня выплат стимулирующего характера;

- мероприятия по совершенствованию материально-технической базы медицинской организации;

- иные мероприятия, направленные на совершенствование качества и безопасности медицинской деятельности.

Приложение 2.1

Мониторинг наличия лекарственных препаратов и медицинских изделий

ОТДЕЛЕНИЕ _____

ОСП _____

за _____ 20... г.

Наличие лекарственных препаратов и медицинских изделий в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций

(далее нужно подчеркнуть и/или вписать)

1. Лекарственные препараты и медицинские изделия имеются в необходимой номенклатуре и объеме.

2. Наличие лекарственных препаратов и медицинских изделий в необходимой номенклатуре и объёме не обеспечено (в этом случае указать каких именно лекарственных препаратов и/или медицинских изделий, а также причину необеспечения)

3. Меры, принятые для обеспечения наличия лекарственных препаратов и медицинских изделий в необходимой номенклатуре и объёме (*указываются в случае, если при проведении мониторинга было установлено, что требуемое наличие не было обеспечено*) _____

Дата проведения мониторинга

Подпись _____ ФИО

Приложение 2.2

Акт анализа

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 орган исполнительной власти**

ОТДЕЛЕНИЕ _____

ОСП _____

За _____ 20...г.

1. Наименование лекарственного препарата и наименование производителя данного лекарственного препарата, в отношении которого поступила информация 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 орган исполнительной власти *(В случае, если информация, указанная в данном пункте не поступала, то в строках ниже это так и указывается)*

2. Если информация, указанная в п. 1 поступала, то какие именно сведения из перечисленных ниже она включала *(нужное подчеркнуть)*:

- о побочных действиях, в том числе побочных действиях, не указанных в инструкциях по применению лекарственных препаратов;

- о серьезных нежелательных реакциях, приведших к смерти, врожденным аномалиям или порокам развития либо представляющих собой угрозу жизни, требующих госпитализации или приведшей к стойкой утрате трудоспособности и (или) инвалидности;

- о непредвиденных нежелательных реакциях, в том числе связанных с применением лекарственного препарата в соответствии с инструкцией по применению, сущность и тяжесть которых не соответствовали информации о лекарственном препарате, содержащейся в инструкции по его применению;

- об особенностях взаимодействия лекарственных препаратов с другими лекарственными препаратами, которые были выявлены при проведении клинических исследований и применении лекарственных препаратов;

- об иных фактах и обстоятельствах, представляющих угрозу жизни или здоровью человека при применении лекарственных препаратов *(в этом случае*

указать каких именно) _____

3. Если информация, указанная в п. 1 поступала, то рассматривался ли данный вопрос на врачебной комиссии и направлено ли в установленном законодательством порядке и в установленные сроки соответствующее сообщение в Федеральную службу по надзору сфере здравоохранения в целях осуществления мониторинга безопасности лекарственных препаратов в соответствии с Порядком создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации, утверждённым приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 5 мая 2012 г. N 502н *(в строках ниже указывается следующее: дата рассмотрения вопроса на ВК и дата направления сообщения в Росздравнадзор, но не позднее 15 календарных дней со дня, когда стала известна соответствующая информация)*

4. Если информация, указанная в п. 1 поступала, то соответствовали ли действия медицинских работников, касающиеся мониторинга безопасности лекарственных препаратов, требованиям установленным законодательством, локальными нормативными актами, в том числе должностными инструкциями *(Если действия медицинских работников соответствовали установленным требованиям, то в строках ниже это так и отмечается. Если действия не соответствовали, то в этом случае ниже указывается, в чём конкретно выразилось это несоответствие)*

Дата проведения анализа

Подпись _____ ФИО

Акт анализа

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

ОТДЕЛЕНИЕ _____

ОСП _____

За _____ 20...г.

1. Наименование медицинского изделия и наименование производителя данного медицинского изделия, в отношении которого поступила 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 *(В случае, если информация, указанная в данном пункте не поступала, то в строках ниже это так и указывается)*

2. Если информация, указанная в п. 1 поступала, то какие именно сведения из перечисленных ниже она включала *(нужное подчеркнуть)*:

- о побочных действиях, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия;
- о нежелательных реакциях при применении медицинского изделия;
- об особенностях взаимодействия медицинских изделий между собой;
- о фактах и обстоятельствах, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации

медицинских изделий*(в этом случае указать каких именно)*_____

3. Если информация, указанная в п. 1 поступала, то направлено ли в установленном законодательством порядке и в установленные сроки (приказ Минздрава России от 14 сентября 2012 г. N 175н «Об утверждении Порядка осуществления мониторинга безопасности медицинских изделий и приказ Минздрава России от 20 июня 2012 г. N 12н «Об утверждении порядка сообщения...») соответствующее сообщение в Федеральную службу по надзору сфере здравоохранения в целях осуществления мониторинга безопасности медицинских изделий *(в строках ниже указывается дата направления сообщения в Росздравнадзор, но не позднее чем в течение двадцати рабочих дней со дня выявления побочных действий)*

4. Если информация, указанная в п. 1 поступала, то соответствовали ли действия медицинских работников, касающиеся мониторинга безопасности медицинских изделий, требованиям установленным законодательством, локальными нормативными актами, в том числе должностными инструкциями *(Если действия медицинских работников соответствовали установленным требованиям, то в строке ниже это так и отмечается. Если действия не соответствовали, то в этом случае ниже указывается, в чём конкретно выразилось это несоответствие)*

Дата проведения анализа

Подпись _____ **ФИО**

ПРАВИЛА ВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ

Медицинская карта стационарного пациента и амбулаторная карта пациента являются юридическим документом, поэтому все записи должны быть четкими, легко читаемыми. Сведения, внесенные в историю болезни, должны быть достоверными, в полной мере отражающими факты и результат деятельности медицинских работников, точными и в соответствии с хронологическим порядком оформленными, а также не подвергшимися изменениям. Исправления возможны в исключительных случаях, при этом нельзя использовать забеливающие средства – неверная информация зачеркивается и пишется рядом верная с подписью должностного лица и указанием «исправленному верить».

1. Медицинская карта пациента, страдающего туберкулезом и получающего медицинскую помощь в стационарных условиях (история болезни) форма №081-1/у

Паспортная часть

При поступлении пациента сотрудники приемного отделения записывают паспортные данные на лицевой стороне истории болезни. Все

строки первой и второй страницы истории болезни должны быть заполнены (отмечены).

История болезни должна содержать дату и точное время обращения в приемный покой, госпитализации, выписки, смерти пациента.

Данные о группе крови, резус-факторе, непереносимости лекарственных препаратов заносятся лечащим (принимающим) врачом при первом осмотре пациента, за исключением тех случаев, когда эти данные получить невозможно.

Обязательно указываются данные трудового анамнеза: с какого времени пациент имеет непрерывный листок нетрудоспособности, № листа нетрудоспособности.

Запись о выдаче документа, удостоверяющего факт временной нетрудоспособности, осуществляет лечащий врач по установленным правилам.

Оформление диагноза

В истории болезни указывается диагноз направившего учреждения; диагноз при поступлении выставляется на лицевую часть сразу после осмотра пациента (диагноз оформляется полностью, с указанием сопутствующей патологии без сокращений).

Клинический диагноз записывается на лицевую сторону медицинской карты в течение трех рабочих дней от момента поступления пациента в стационар. Если за время лечения пациента клинический диагноз был изменен, это должно найти отражение в истории болезни, лучше в форме этапного эпикриза.

Заключительный диагноз записывается при выписке пациента, в развернутом виде с указанием кода МКБ-10. Следует стремиться выделить одно основное заболевание, определяющее тяжесть и прогноз заболевания. Второе основное (комбинированное) заболевание устанавливается лишь в случае другой болезни, которая не менее значима для оценки тяжести и прогноза, чем основная.

Клинический и заключительный диагноз должны быть обоснованы с указанием существенных критериев, определяющих диагноз.

Диагноз должен включать осложнения и сопутствующие заболевания, оценку риска, имеющие значение для ведения пациента.

Госпитализация

Экстренный пациент осматривается дежурным врачом сразу после поступления с указанием даты и времени осмотра, фамилии врача. Плановый

пациент должен быть осмотрен лечащим врачом в течение 3 часов от момента поступления в стационар.

При плановой госпитализации обязательно наличие направления, оформленное надлежащим образом, которое вклеивается в историю болезни. Плановым пациентам приемный статус записывается в течение текущего рабочего дня, экстренным — во время осмотра. Записи в приемном статусе должны быть информативными, содержать данные, имеющие клиническое значение.

Жалобы пациента и анамнез заболевания записываются подробно с указанием существенных признаков, важных для установления диагноза и разработки плана лечения.

В анамнезе заболевания отражаются факторы, имеющие отношение к установлению диагноза, оценке тяжести и прогноза заболевания или влияющие на тактику ведения пациента.

В анамнезе жизни указывается информация о наличии аллергических реакций, специфических инфекционных заболеваниях (туберкулез, заболевания, передаваемые половым путем, вирусный гепатит, ВИЧ-инфекция и т.д.), предшествующих гемотрансфузиях, ранее перенесенных заболеваниях и операциях.

Обязательно указываются данные страхового анамнеза: с какого времени пациент имеет непрерывный листок нетрудоспособности. При незаконченном случае временной нетрудоспособности и наличии у пациента незакрытого листка нетрудоспособности, указать номер первичного листка нетрудоспособности и его длительность; продление листка нетрудоспособности свыше 15 дней осуществляется с разрешения врачебной комиссии .

При наличии у пациента группы инвалидности уточняется, работает или нет, указывается причина, вызвавшая инвалидность, дата установления группы и сроки очередного переосвидетельствования.

Если собрать анамнез (в том числе аллергический) в день поступления невозможно по состоянию пациента, то при первой же возможности в историю болезни вносятся дополнения к анамнезу, оформленные отдельно с указанием даты или как часть дневниковой записи лечащего врача.

Данные первичного осмотра заполняются кратко по всем органам и системам, доступным осмотру. Выявленные патологические изменения описываются детально, с указанием характерных симптомов и синдромов.

В случаях повреждений, которые могут потребовать проведения судебно-медицинской экспертизы, все имеющиеся у пациента повреждения описываются подробно.

В конце приемного статуса обязательно формулируется клинический диагноз, план обследования и лечение .

Информированное согласие

Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина, которое оформляется в письменном виде по установленному порядку и подписывается пациентом, согласно Приказа Министерства здравоохранения РФ № 1177н от 20 декабря 2012 г.

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением администрации лечебного учреждения, подтверждая запись в медицинской карте.

Согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, делают их законные представители. При отсутствии законных представителей решение о медицинском вмешательстве принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебного учреждения и законных представителей пациента.

Информация о предстоящем медицинском вмешательстве предоставляется пациенту в доступной для него форме. Пациент информируется об имеющемся заболевании, методах и целях лечения, возможном риске, побочных эффектах и ожидаемых результатах. По предоставленной информации делается запись в медицинской карте. Так же оформляется согласие на переливание биологических жидкостей: крови, плазмы и их компонентов. При этом пациент должен быть информирован о возможных осложнениях и опасности заражения ВИЧ-инфекцией, вирусными гепатитами, сифилисом в серонегативном периоде. При проведении оперативного вмешательства и (или) анестезиологического пособия согласие пациента оформляется дополнительно.

При отказе от медицинского вмешательства гражданину, одному из родителей или иному законному представителю лица, в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия такого отказа, о чем вносится информация в историю болезни. Отказ от медицинского вмешательства оформляется в истории болезни в произвольной форме и

подписывается пациентом и лечащим врачом с указанием даты. (Действительно до момента официального вступления в силу Федеральных нормативных документов, регламентирующих иной порядок).

Ведение медицинской карты

Записи в истории болезни должны оформляться в хронологическом порядке с указанием даты и времени. Ведение врачом дневников должно осуществляться не реже 2 раз в неделю. Пациентам, находящимся в тяжелом состоянии или в состоянии средней тяжести, а также пациентам, нуждающимся в ежедневном динамическом наблюдении, дневниковые записи оформляются ежедневно, а при необходимости — несколько раз в день.

В дневниках отражаются динамика состояния пациента, объективного статуса, лабораторных показателей, имеющие существенное значение для прогноза и тактики ведения, обосновываются изменения в плане обследования и лечения. В день выписки дневниковая запись лечащего врача обязательна и должна быть максимально подробной.

Заведующий отделением осматривает поступивших плановых пациентов не позднее трех дней с момента поступления. Пациенты, находящиеся в тяжелом состоянии или нуждающиеся в ежедневном динамическом наблюдении должны быть осмотрены заведующим в течение суток с момента госпитализации. Обходы заведующих отделениями проводятся один раз в неделю, оформляются записью в медицинской карте, отражающей состояние пациента в динамике с рекомендациями по диагностике и лечению и подписываются заведующим отделением лично.

Представление на ЦВКК в течение 5 рабочих дней с целью регистрации случая туберкулеза и назначения лечения.

Протоколы записей врачей-консультантов должны содержать дату и время осмотра, специальность и фамилию консультанта, описание патологических изменений, диагноз и рекомендации по дальнейшему ведению.

Записи консилиумов должны включать согласованную позицию по диагнозу, рекомендации обследованию и лечению. В случае особой позиции одного из участников консилиума, его мнение также регистрируется. Рекомендации консилиума обязательны для выполнения. В случае, если по каким-либо причинам выполнить их невозможно, лечащий врач обязан поставить об этом в известность председателя консилиума и сделать соответствующую запись в истории болезни.

Записи о трансфузиях биологических жидкостей, введении наркотических и сильнодействующих препаратов осуществляются по

правилам, регламентируемым ведомственными приказами, и заверяются лечащим врачом.

Этапный эпикриз, отражающий динамику заболевания, дальнейшую тактику ведения пациента оформляется не реже одного раза в месяц. Этапный эпикриз содержит динамические изменения в состоянии пациента; возникшие осложнения в ходе лечения; резюмировать результаты лабораторных исследований, а также консультации; исходя из диагноза, определить дальнейший способ лечения, указать на степень эффективности его, на причину безуспешности; причины длительной госпитализации; в эпикризе должно найти отражение не только то, что врач делал, но и что думал он о своем пациенте, о его болезни и лечении.

Передача пациента от одного врача к другому на курацию должна быть фиксирована записью в истории болезни.

При переводе пациента из одного отделения в другое в пределах одного стационара оформляется переводной эпикриз, содержащий краткий анамнез, проведенные лечебные и диагностические мероприятия, обоснование перевода по согласованию заведующих ОСП, заместителя директора по медицинской части.

Особенности ведения медицинской карты в отделении анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии (ОАРИТ)

В ОАРИТ пациент наблюдается лечащим врачом профильного отделения и дежурным реаниматологом, о чем делается запись в истории болезни.

При поступлении пациента в ОАРИТ принимающий врач кратко описывает состояние пациента с указанием диагноза или ведущего синдрома, планируемого лечения.

Лечащий врач (заведующий отделением) профильного отделения записывает дневники пациентам, находящимся в отделении интенсивной терапии, ежедневно.

В ОАРИТ дневники записывают дежурные врачи не реже трех раз в сутки. Записи в дневниках должны отражать динамику состояния пациента и важнейших показателей жизнедеятельности организма.

Заведующий ОАРИТ ежедневно осматривает всех пациентов отделения. Заведующий профильным отделением осматривает их ежедневно, дневниковые записи оформляются не реже 2 раз в неделю.

При переводе пациента из ОАРИТ оформляется переводной эпикриз с указанием основного заболевания/синдрома, динамики состояния, критериев перевода, рекомендуемым лечением. Врач клинического отделения

осматривает пациента не позже чем через час после поступления из реанимационного отделения и записывает краткое клиническое представление о пациенте.

Данные лабораторных тестов

Результаты лабораторных анализов, рентгенологических, функциональных и эндоскопических исследований должны быть закончены, записаны или вклеены в историю болезни в течение 24 часов с момента проведенного исследования.

В медицинской карте должны храниться оригиналы лабораторных тестов с указанием даты и времени их производства (а именно: время забора материала для теста и время выдачи результата), основные электрокардиограммы (при поступлении, выписке, важные для оценки динамики состояния).

Запись врача лучевой диагностики, врача эндоскописта, врача функциональной диагностики должна отражать полную картину исследуемого органа или системы, патологические изменения, функциональное состояние и ход проведения исследования. Заключение должно отражать найденные изменения или предполагаемый диагноз.

Листы назначений

В листах назначений медикаментозных средств запрещаются любые сокращения названия препарата; отмечается дата назначения, а при неотложных состояниях и час назначения каждого препарата; указывается обязательно концентрация, доза лекарственного средства, кратность применения (при однократном применении время суток), путь введения, отмечается дата отмены каждого препарата. Целесообразно использовать торговые названия препаратов, позволяющие учитывать различия в эффективности и документально регистрировать побочные эффекты лекарственных средств. Учитывая длительность противотуберкулезного лечения в листах назначений необходимо отмечать дату первичного назначения противотуберкулезных препаратов. Медицинская сестра осуществляет выполнение в день назначения, удостоверяет своей подписью и указывает дату назначения.

Вместо листа назначения в отделении интенсивной терапии ведется официальная форма 01 1/у, где кроме основных параметров жизнедеятельности фиксируются все врачебные назначения, подписывается врачом, медицинской сестрой.

Температурный лист ведется медицинской сестрой. Записи динамики температуры производятся минимум два раза в день.

Выписка

Выписной эпикриз должен содержать в краткой форме историю настоящей госпитализации, диагноз, основные тесты его подтверждающие, проведенное лечение и результат. Необходимо перечислить лечебные мероприятия, проведенные в профильных отделениях и блоке интенсивной терапии, с указанием торговых названий препаратов, доз, пути и кратности введения, заключения врачей-консультантов с рекомендованным лечением.

В эпикризе должны содержаться рекомендации по дальнейшему ведению пациента, схема лечения, сведения о временной утрате нетрудоспособности (в том числе № и дата листка нетрудоспособности), дата явки на ВК для продления листка нетрудоспособности.

На амбулаторный этап лечения передается ТБ-01 (ксерокопия данного документа хранится в истории болезни), рентген-архив с момента госпитализации, ксерокопии протоколов КТ-, МРТ-исследований и УЗИ-исследований.

Выписка из истории болезни выполняется в печатном виде в трех одинаковых экземплярах, один из которых остается в истории болезни, второй выдается на руки пациенту, третий передается непосредственно районному фтизиатру. Выписка подписывается лечащим врачом, заведующим отделением и заведующим ОСП с расшифровкой фамилий. Экземпляр, выдаваемый на руки пациенту, заверяется печатью. Пациент должен ознакомиться с выпиской и рекомендациями под роспись.

Смерть пациента

В случае смерти пациента в истории болезни заполняется *посмертный эпикриз*. Посмертный эпикриз содержит краткую историю госпитализации, динамику симптомов, лабораторные тесты, подтверждающие диагноз, проведенное лечение. Детально, в хронологической последовательности описываются причина и обстоятельства наступления летального исхода и проведенные реанимационные мероприятия с указанием доз и пути введения лекарственных препаратов, длительности сердечно-легочной реанимации, количества и мощности разрядов дефибриллятора, критериев прекращения реанимационной помощи.

Диагноз оформляется с указанием основного (конкурирующего, сочетанного) заболевания, его осложнений, фоновых и сопутствующих заболеваний. В диагнозе необходимо четко сформулировать причину смерти. В случае если смерть пациента наступила до осмотра лечащего врача профильного отделения, например, в выходные и праздничные дни, в

течение нескольких часов от момента госпитализации, в вечернее и ночное время, посмертный эпикриз оформляется совместно врачом приемного или реанимационного отделения, лечившим пациента, и врачом профильного отделения. В этом случае врач, лечивший пациента, должен в приемном статусе отразить свое мнение о диагнозе.

Если патологоанатомическое вскрытие не проведено по просьбе ближайших родственников (обязательно указывается степень родства) или законных представителей умершего, в историю болезни подшивается их мотивированное заявление на имя директора учреждения. В резолюции ответственного лица медицинской организации указывается ссылка на пункт статьи закона в соответствии с которым вынесено решение о проведении или отказе от проведения патологоанатомического исследования.

После проведения патологоанатомического исследования трупа в медицинской карте не позднее чем через 10 дней вносится краткий протокол исследования с подробным патологоанатомическим диагнозом и эпикризом, а в случае расхождения диагнозов предположительной причиной и степенью расхождения.

2. Медицинская карта пациента ,страдающего туберкулезом, получающего помощь в амбулаторных условиях--Амбулаторная карта. (форма)

Заполнение всех разделов, предусмотренных амбулаторной картой;

Наличие информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство(приказ № 1177н от 20.12.2012года);

Оформление результатов первичного осмотра, включая данные анамнеза заболевания, записью в амбулаторной карте;

Установление предварительного диагноза лечащим врачом в ходе первичного приема пациента;

Формирование плана обследования пациента при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза;

Формирование плана лечения при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза, клинических проявлений заболевания, тяжести заболевания или состояния пациента;

Оформление обоснования клинического диагноза соответствующей записью в амбулаторной карте в течении 10 рабочих дней;

Представление на ЦВКК в течение 10 рабочих дней с момента

обращения для регистрации случая туберкулеза и назначения лечения;
Проведение экспертизы временной нетрудоспособности в установленном порядке;

Осуществление диспансерного наблюдения в установленном порядке с соблюдением периодичности обследования и длительности диспансерного наблюдения;

Приложение 4
к приказу от _____ № _____

**Журнал учёта контроля качества и безопасности медицинской
деятельности**

20__ г.

Настоящий журнал ведётся в медицинской организации в соответствии с пунктом 9 Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, утверждённых приказом Минздрава России от 7 июня 2019 г. № 381н, в целях:

- сбора статистических данных, характеризующих качество и безопасность медицинской деятельности медицинской организации, и их анализа;
- учёта 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).

п/п №	Дата контроля	ФИО лечащего врача/наименование подразделения	ФИО пациента	Адрес пациента	Пол, возраст	Диагноз (основной, сопутствующих)	Вид контроля (плановый, целевой, при целевом контроле указать основание его проведения в соответствии с Положением-жалоба, др.)
1	2	3	4	5	6	7	8
1							
2							

Сроки лечения	Оценка качества ведения медицинской документации	Соблюдение установленного порядка оказания медицинской помощи	Соблюдение стандарта медицинской помощи, клинической рекомендации	Выявленные несоответствия критериям оценки качества медицинской помощи, утверждённым Минздравом РФ
9	10	11	12	13
1				
2				

Несоответствие установленным Показателям, оценка которых выполняется, при осуществлении плановых и целевых (внеплановых) проверок, осуществляемых в рамках внутреннего контроля качества и безопасности медицинской	В данной графе указывается предмет проверки, который не указан в остальных графах, но являлся предметом проверки в соответствии с планом проверок (например, соблюдение прав граждан или иное)	Подпись лица, осуществляющего контроль
14	15	16

Примечание: строки соответствующих граф заполняются в произвольной форме лицом, проводившим контроль. Если какие-либо позиции не оценивались, то данные графы не заполняются

Приложение 5
к приказу от _____ № _____

УТВЕРЖДАЮ
Руководитель медицинской организации

_____ ФИО

_____ (подпись)

дата _____ 20 _____

М.П.

**План проверок
по контролю качества и безопасности медицинской деятельности
на 2020 г.**

Проверки в 1-м квартале 2020 г.

№	Перечень проверяемых вопросов (предметом проверки по каждому вопросу является или может являться конкретный случай(и) оказания медицинской помощи, те или иные аспекты её организации, медицинская документация, медицинский(ие) работник(и) и/или его(их) действия, бездействие)	Срок (срок проверки применительно к предмету её проведения не превышает 10 дней)	Ответственные
Проверки на 1 этапе контроля			
1	Проверка применения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи	Не реже 1 раза в месяц	Заведующий отделений
2	Проверка соответствия оказываемой медицинскими работниками медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи	Не реже 1 раза в месяц	
Проверки на 2-м этапе контроля			
1	Проверка применения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи	Не реже 1 раза в месяц	Заведующие обособленных структурных подразделений медицинск
2	Проверка соответствия оказываемой медицинскими работниками медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи, а также рассмотрение причин несоответствия качества оказываемой медицинской помощи указанным критериям;	Не реже 1 раза в месяц	

3	Проверка результатов мероприятий по повышению качества и безопасности медицинской деятельности на 1-м этапе контроля.	Последняя неделя каждого месяца	ой организации
Проверки на 3-м этапе контроля (Врачебная комиссия – далее ВК)			
1	Проверка применения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи	На заседаниях ВК в рамках вопросов, рассматриваемых на ВК в соответствии с функциями ВК, предусмотренными по приказу МЗиСР РФ № 502н, или от-дельным во-просом в со-ответствии с Планом-графи ком за-седаний ВК	Уполномо ченное лицо по качеству и безопаснос ти медицинск ой деятельнос ти в медицинск ой организац ии
2	Проверка соответствия оказываемой медицинскими работниками медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи, а также рассмотрение причин несоответствия качества оказываемой медицинской помощи указанным критериям	На заседаниях ВК в рамках вопросов, рассматриваемых на ВК в соответствии с функциями ВК, предусмотренными по приказу МЗиСР РФ № 502н, или от-дельным	

		во-просом в со-ответствии с Планом-графи ком заседаний ВК	
3	Проверка результатов мероприятий по повышению качества и безопасности медицинской деятельности на 1-м и 2-м этапах контроля.	1 раз в квартал	

Проверки во 2-м квартале 2020 г.

№	Перечень проверяемых вопросов <i>(предметом проверки по каждому вопросу является или может являться конкретный случай(и) оказания медицинской помощи, те или иные аспекты её организации, медицинская документация, медицинский(ие) работник(и) и/или его(их) действия, бездействие)</i>	Срок (срок проверки применительн о к предмету её проведения не превышает 10 дней)	Ответстве нные
Проверки на 1 этапе контроля			
1	Проверка соблюдения прав граждан в сфере охраны здоровья при осуществлении медицинской деятельности	Не реже 1 раза в месяц	Заведующ ий отделений
2	Проверка применения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи	Не реже 1 раза в месяц	
3	Проверка соответствия оказываемой медицинскими работниками медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи	Не реже 1 раза в месяц	
4	Проверка результатов мероприятий по повышению качества и безопасности медицинской деятельности	Последняя неделя каждого месяца	
Проверки на 2-м этапе контроля			
	Проверка соблюдения прав граждан в сфере охраны здоровья при осуществлении	Не реже 1 раза в месяц	Заведующ ие

1	медицинской деятельности		обособлен ных структурн ых подразделе ний медицинск ой организац ии
2	Проверка применения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи	Не реже 1 раза в месяц	
3	Проверка соответствия оказываемой медицинскими работниками медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи, а также рассмотрение причин несоответствия качества оказываемой медицинской помощи указанным критериям;	Не реже 1 раза в месяц	
4	Проверка результатов мероприятий по повышению качества и безопасности медицинской деятельности на 1-м этапе контроля.	Не реже 1 раза в месяц	
Проверки на 3-м этапе контроля (Врачебная комиссия – далее ВК)			
1	Проверка соблюдения прав граждан в сфере охраны здоровья при осуществлении медицинской деятельности	На заседаниях ВК в рамках вопросов, рассматриваемых на ВК в соответствии с функциями ВК, предусмотренными по приказу МЗиСР РФ № 502н, или отдельным вопросом в соответствии с Планом-графиком заседаний ВК	Уполномоченное лицо по качеству и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации
2	Проверка применения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи	На заседаниях ВК в рамках вопросов, рассматриваемых на ВК в	

		соответствии с функциями ВК, предусмотренными по приказу МЗиСР РФ № 502н, или от-дельным во-просом в со-ответствии с Планом-графи ком за-седаний ВК	
3	Проверка соответствия оказываемой медицинскими работниками медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи, а также рассмотрение причин несоответствия качества оказываемой медицинской помощи указанным критериям	На заседаниях ВК в рамках вопросов, рассматриваемых на ВК в соответствии с функциями ВК, предусмотренными по приказу МЗиСР РФ № 502н, или от-дельным во-просом в со-ответствии с Планом-графи ком за-седаний ВК	
4	Проверка результатов мероприятий по повышению качества и безопасности медицинской деятельности на 1-м и 2-м этапах контроля.	1 раз в квартал	

Проверки в 3-м квартале 2020 г.

№	Перечень проверяемых вопросов (предметом проверки по каждому вопросу является или может являться конкретный случай(и) оказания медицинской помощи, те или иные аспекты её организации, медицинская документация, медицинский(ие) работник(и) и/или его(их) действия, бездействие)	Срок (срок проверки применительно к предмету её проведения не превышает 10 дней)	Ответственные
Проверки на 1 этапе контроля			
1	Проверка применения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи	Не реже 1 раза в месяц	Заведующий отделений
2	Проверка соблюдения порядков проведения медицинских экспертиз, диспансеризации, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований	Не реже 1 раза в месяц	
3	Проверка соответствия оказываемой медицинскими работниками медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи	Не реже 1 раза в месяц	
4	Проверка результатов мероприятий по повышению качества и безопасности медицинской деятельности	Последняя неделя каждого	

		месяца	
Проверки на 2-м этапе контроля			
1	Проверка применения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи	Не реже 1 раза в месяц	Заведующие обособленных структурных подразделений медицинской организации
2	Проверка соблюдения порядков проведения медицинских экспертиз, диспансеризации, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований	Не реже 1 раза в месяц	
3	Проверка соответствия оказываемой медицинскими работниками медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи, а также рассмотрение причин несоответствия качества оказываемой медицинской помощи указанным критериям;	Не реже 1 раза в месяц	
4	Проверка результатов мероприятий по повышению качества и безопасности медицинской деятельности на 1-м этапе контроля.	Не реже 1 раза в месяц	
Проверки на 3-м этапе контроля (Врачебная комиссия – далее ВК)			
1	Проверка применения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи	На заседаниях ВК в рамках вопросов, рассматриваемых на ВК в соответствии с функциями ВК, предусмотренными по приказу МЗиСР РФ № 502н, или от-дельным во-просом в со-ответствии с Планом-графи ком	Уполномоченное лицо по качеству и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации

		за-седаний ВК	
2	Проверка соблюдения порядков проведения медицинских экспертиз, диспансеризации, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований	На заседаниях ВК в рамках вопросов, рассматриваемых на ВК в соответствии с функциями ВК, предусмотренными по приказу МЗиСР РФ № 502н, или отдельным во-просом в со-ответствии с Планом-графи ком за-седаний ВК	
3	Проверка соответствия оказываемой медицинскими работниками медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи, а также рассмотрение причин несоответствия качества оказываемой медицинской помощи указанным критериям	На заседаниях ВК в рамках вопросов, рассматриваемых на ВК в соответствии с функциями ВК, предусмотренными по приказу МЗиСР РФ № 502н, или отдельным во-просом в со-ответствии с Планом-графи	

		ком за-седаний ВК	
4	Проверка результатов мероприятий по повышению качества и безопасности медицинской деятельности на 1-м и 2-м этапах контроля.	Не реже 1 раза в квартал	

Проверки в 4-м квартале 2020 г.

№	Перечень проверяемых вопросов <i>(предметом проверки по каждому вопросу является или может являться конкретный случай(и) оказания медицинской помощи, те или иные аспекты её организации, медицинская документация, медицинский(ие) работник(и) и/или его(их) действия, бездействие)</i>	Срок (срок проверки применительно к предмету её проведения не превышает 10 дней)	Ответственные
Проверки на 1 этапе контроля			
1	Проверка применения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи	Не реже 1 раза в месяц	Заведующий отделений
2	Проверка соблюдения медицинскими работниками ограничений, применяемых к ним при осуществлении профессиональной деятельности в соответствии с Федеральным	Не реже 1 раза в месяц	

	законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;		
3	Проверка соответствия оказываемой медицинскими работниками медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи	Не реже 1 раза в месяц	
4	Проверка результатов мероприятий по повышению качества и безопасности медицинской деятельности	Последняя неделя каждого месяца	
Проверки на 2-м этапе контроля			
1	Проверка применения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи	Не реже 1 раза в месяц	Заведующие обособленных структурных подразделений медицинской организации
2	Проверка соблюдения медицинскими работниками ограничений, применяемых к ним при осуществлении профессиональной деятельности в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;	Не реже 1 раза в месяц	
3			
4	Проверка соответствия оказываемой медицинскими работниками медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи, а также рассмотрение причин несоответствия качества оказываемой медицинской помощи указанным критериям;	Не реже 1 раза в месяц	
5	Проверка результатов мероприятий по повышению качества и безопасности медицинской деятельности на 1-м этапе контроля.	Не реже 1 раза в месяц	
Проверки на 3-м этапе контроля (Врачебная комиссия – далее ВК)			
1	Проверка применения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи	На заседаниях ВК в рамках вопросов, рассматриваемых на ВК в соответствии с	Уполномоченное лицо по качеству и безопасности

		<p>функциями ВК, предусмотрен ными по приказу МЗиСР РФ № 502н, или от-дельным во-просом в со-ответствии с Планом-графи ком за-седаний ВК</p>	<p>медицинск ой деятельнос ти в медицинск ой организац ии</p>
2	<p>Проверка соблюдения порядков проведения медицинских экспертиз, диспансеризации, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований</p>	<p>На заседаниях ВК в рамках вопросов, рассматривае мых на ВК в соответствии с функциями ВК, предусмотрен ными по приказу МЗиСР РФ № 502н, или от-дельным во-просом в со-ответствии с Планом-графи ком за-седаний ВК</p>	
3	<p>Проверка соблюдения медицинскими работниками ограничений, применяемых к ним при осуществлении профессиональной деятельности в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах</p>	<p>1 раз в квартал</p>	

	охраны здоровья граждан в Российской Федерации»: рассмотрение состояния этой работы на заседании Врачебной комиссии		
4	Проверка соответствия оказываемой медицинскими работниками медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи, а также рассмотрение причин несоответствия качества оказываемой медицинской помощи указанным критериям	На заседаниях ВК в рамках вопросов, рассматриваемых на ВК в соответствии с функциями ВК, предусмотренными по приказу МЗиСР РФ № 502н, или отдельным во-просом в со-ответствии с Планом-графи ком за-седаний ВК	
5	Проверка результатов мероприятий по повышению качества и безопасности медицинской деятельности на 1-м и 2-м этапах контроля.	1 раз в квартал	

Приложение 6
к приказу от _____ № _____

ПОДГОТОВИЛ

Уполномоченное лицо по качеству и безопасности медицинской деятельности

_____ **ФИО**

_____ **(подпись)**

дата _____ **20** _____

**Отчёт
по результатам проверок
по контролю качества и безопасности медицинской деятельности
за _____ квартал 20 _____ г.**

Вопросы, по которым проведена проверка	Количество нарушений и/или событий, подлежащих мониторингу, выявленных на 1-м этапе контроля	Количество нарушений и/или событий, подлежащих мониторингу, выявленных на 2-м этапе контроля	Количество нарушений и/или событий, подлежащих мониторингу, выявленных на 3-м этапе контроля
Проверка соблюдения прав граждан в сфере охраны здоровья при осуществлении медицинской деятельности			
Проверка применения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи			
Проверка соблюдения порядков проведения медицинских экспертиз, диспансеризации, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований			
Проверка соблюдения медицинскими работниками ограничений, применяемых к ним при осуществлении профессиональной деятельности в соответствии с			

Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»			
Случаи побочных действий, нежелательных реакций, серьезных нежелательных реакций, непредвиденных нежелательных реакций при применении лекарственных препаратов, индивидуальной непереносимости, отсутствии эффективности лекарственных препаратов, а также иные факты и обстоятельства, представляющих угрозу жизни или здоровью человека при применении лекарственных препаратов и выявленных на всех этапах обращения лекарственных препаратов, информация о которых сообщается медицинской организацией в уполномоченный орган исполнительной власти			
Случаи выявления побочных действий, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия, нежелательных реакций при его применении, особенности взаимодействия медицинских изделий между собой, факты и обстоятельства, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации медицинских изделий, информация о которых сообщается медицинской организацией в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения			
Оценка выполнения показателей, предусмотренных Положением о порядке организации и проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации, в зависимости от вида медицинской организации, видов, условий и			

форм оказания медицинской помощи, перечня работ (услуг), указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности			
Проверка соответствия оказываемой медицинскими работниками медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи			
Мониторинг наличия лекарственных препаратов и медицинских изделий в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций			
Иные нежелательные события (<i>если таковые были выявлены, то указать какие именно</i>) 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) (<i>в данную строку вносятся сведения о событиях, не относящиеся к тем направлениям внутреннего контроля, которые указаны в строках выше</i>)			
Проверка результатов мероприятий по повышению качества и безопасности медицинской деятельности			

Мероприятия
по устранению выявленных нарушений и улучшению деятельности
медицинской организации и медицинских работников
(нужное подчеркнуть, необходимую информацию вписать)

1. Проведение совещания (разбора, конференции) по выявленным нарушениям (указать по какому конкретно вопросу, с кем, где и когда)

2. Наложение дисциплинарного(ых) взыскания(ий) в соответствии с трудовым законодательством (указать конкретных лиц и за что)

3. Меры морального поощрения и/или материального стимулирования медицинских работников (указать конкретных лиц и за что)

4. Направить медицинских работников на повышение квалификации (указать конкретных лиц и в связи с чем)

5. Иные мероприятия, направленные на совершенствование качества и безопасности медицинской деятельности (указать, что именно необходимо сделать)

Предложения
по устранению и предупреждению нарушений в процессе диагностики и
лечения пациентов и их реализация
(нужное подчеркнуть, необходимую информацию вписать)

1. Подготовка и издание необходимого локального нормативного акта
(указать по какому конкретно вопросу, кто должен подготовить и когда)

2. Дополнительные меры морального поощрения и/или материального стимулирования медицинских работников (указать конкретных лиц и за что)

3. Мероприятия по совершенствованию материально-технической базы медицинской организации (указать, что именно необходимо сделать)

4. Иные предложения, направленные на совершенствование качества и безопасности медицинской деятельности (указать, что именно необходимо сделать)

**Форма анализа результатов
внутреннего контроля в целях их использования для совершенствования
подходов к осуществлению медицинской деятельности**

Причины выявленных нарушений

(нужное подчеркнуть и/или вписать):

1. Недостаточные знания медицинских работников *(в этом случае указать у кого именно и каких знаний недостаточно)* _____

2. Невыполнение медицинскими работниками должностных инструкций и/или иных нормативных актов *(в этом случае указать, кем именно и какой*

нормативный акт и/или должностная инструкция не выполняется) _____

3. Недосточная информированность медицинских работников (в этом случае указать у кого именно и в чём) _____

4. Отсутствие/недостаточность исполнительской дисциплины (в этом случае указать у кого именно и в чём) _____

5. Отсутствие текущего контроля (в этом случае указать с чьей стороны контроль отсутствует и кого/что именно необходимо контролировать) _____

6. Несообщение медицинским работником 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 орган исполнительной власти (в этом случае указать, кем именно и почему не сообщалась информация) _____

7. Несообщение медицинским работником 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 *(в этом случае указать, кем именно и почему не сообщалась информация)* _____

8.Отсутствие/недостаточность лекарственных препаратов и/или медицинских изделий в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций *(в этом случае указать наименование соответствующих лекарственных препаратов и/или медицинских изделий и причины их отсутствия/недостаточности)* _____

9.Недостаточное регулирование того или иного вопроса локальными нормативными актами медицинской организации *(в этом случае указать, что именно недостаточно регулируется и на какой предмет необходимо издать локальный нормативный акт)* _____

10.Иные причины выявленных нарушений *(в этом случае указать какие именно)* _____

ПОДГОТОВИЛ
Уполномоченное лицо по качеству и
безопасности медицинской деятельности

ФИО

(подпись)
дата _____ 20 _____

Сводный отчёт
о состоянии качества и безопасности медицинской деятельности
за _____ полугодие/год 20 ____ г.

Состояние качества и безопасности медицинской деятельности	Количество выявленных нарушений и/или событий, подлежащих мониторингу, и их динамика («+» или «-» в %) по отношению к предыдущему полугодью/году
Соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья при осуществлении медицинской деятельности	
Применение порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи	
Соблюдение порядков проведения медицинских экспертиз, диспансеризации, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований	
Соблюдение медицинскими работниками ограничений, применяемых к ним при осуществлении профессиональной деятельности в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»	

Федерации»	
Соответствие оказываемой медицинскими работниками медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи	
Случаи побочных действий, нежелательных реакций, серьезных нежелательных реакций, непредвиденных нежелательных реакций при применении лекарственных препаратов, индивидуальной непереносимости, отсутствии эффективности лекарственных препаратов, а также иные факты и обстоятельства, представляющих угрозу жизни или здоровью человека при применении лекарственных препаратов и выявленных на всех этапах обращения лекарственных препаратов, информация о которых сообщается медицинской организацией в уполномоченный орган исполнительной власти	
Случаи выявления побочных действий, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия, нежелательных реакций при его применении, особенности взаимодействия медицинских изделий между собой, факты и обстоятельства, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации медицинских изделий, информация о которых сообщается медицинской организацией в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения	
Оценка выполнения показателей, предусмотренных Положением о порядке организации и проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации, в зависимости от вида медицинской организации, видов, условий и форм оказания медицинской помощи, перечня работ (услуг), указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности	
Мониторинг наличия лекарственных препаратов и медицинских изделий в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических	

рекомендаций	
Иные нежелательные события (<i>если таковые были выявлены, то указать какие именно</i>) 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) (<i>в данную строку вносятся сведения о событиях, не относящиеся к тем направлениям внутреннего контроля, которые указаны в строках выше</i>)	

УТВЕРЖДАЮ

Руководитель медицинской организации

_____ **ФИО**

_____ **(подпись)**

дата _____ **20** _____

Перечень

корректирующих мер в части повышения качества и безопасности медицинской деятельности

(нужное подчеркнуть, необходимую информацию вписать)

Данный перечень в соответствии с пунктом 22 Требований, утверждённых приказом Минздрава России от 07.06.2019 г. № 381н, при необходимости утверждается руководителем медицинской организации на основании сводный отчет, содержащего информацию о состоянии качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации.

1.Проведение совещания (разбора, конференции) по выявленным нарушениям (указать по какому конкретно вопросу, с кем, где и когда)

2.Подготовка и издание необходимого локального нормативного акта (указать по какому конкретно вопросу и когда)

3. Наложение дисциплинарного(ых) взыскания(ий) в соответствии с трудовым законодательством (указать конкретных лиц и за что)

4. Направление медицинских работников на повышение квалификации (указать конкретных лиц и сроки)

5. Меры морального поощрения и/или материального стимулирования медицинских работников (указать конкретных лиц и конкретные меры)

6. Мероприятия по совершенствованию материально-технической базы медицинской организации (указать, что конкретно и сроки)

7. Иные мероприятия, направленные на совершенствование качества и безопасности медицинской деятельности (указать конкретные мероприятия и сроки)

Приложение 8
к приказу от _____ № _____

Акт
контроля качества медицинской помощи в амбулаторных условиях
от _____ 20_____
(контроль проводится на предмет определения соответствия
оказанной медицинской помощи, критериям оценки качества медицинской
помощи, установленными уполномоченным федеральным органом
исполнительной власти)

ФИО
пациента _____

Адрес _____

Пол _____

Диагноз (основной,
сопутствующий) _____

Сроки оказания медицинской помощи
(лечения) _____

ФИО лечащего
врача _____

1. Ведение медицинской документации - медицинской карты пациента,
получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях:

- заполнение всех разделов, предусмотренных амбулаторной картой

(Выполнено или не выполнено, при невыполнении указать выявленные дефекты)

- наличие информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство

(Имеется или не имеется согласие)

2. Первичный осмотр пациента и сроки оказания медицинской помощи:

- оформление результатов первичного осмотра, включая данные анамнеза заболевания, записью в амбулаторной карте

(Выполнено или не выполнено, при невыполнении указать выявленные дефекты)

3. Установление предварительного диагноза лечащим врачом в ходе
первичного приема пациента

(Выполнено или не выполнено, при невыполнении указать выявленные дефекты)

4. Формирование плана обследования пациента при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза;

(Выполнено или не выполнено, при невыполнении указать выявленные дефекты)

5. Формирование плана лечения при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза, клинических проявлений заболевания, тяжести заболевания или состояния пациента;

(Выполнено или не выполнено, при невыполнении указать выявленные дефекты)

6. Назначение лекарственных препаратов для медицинского применения с учетом инструкций по применению лекарственных препаратов, возраста пациента, пола пациента, тяжести заболевания, наличия осложнений основного заболевания (состояния) и сопутствующих заболеваний;

(Выполнено или не выполнено, при невыполнении указать выявленные дефекты)

7. Установление клинического диагноза на основании данных анамнеза, осмотра, данных лабораторных, инструментальных и иных методов исследования, результатов консультаций врачей-специалистов, предусмотренных стандартами медицинской помощи, а также клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи (далее - клинические рекомендации):

- оформление обоснования клинического диагноза соответствующей записью в амбулаторной карте;

(Выполнено или не выполнено, при невыполнении указать выявленные дефекты)

- установление клинического диагноза в течение 10 дней с момента обращения;

(Выполнено или не выполнено, при невыполнении указать выявленные дефекты)

- проведение при затруднении установления клинического диагноза консилиума врачей

(Выполнено или не выполнено)

8. Внесение соответствующей записи в амбулаторную карту при наличии заболевания (состояния), требующего оказания медицинской помощи в стационарных условиях, с указанием перечня рекомендуемых лабораторных и инструментальных методов исследований, а также оформление направления с указанием клинического диагноза при необходимости оказания медицинской помощи в стационарных условиях в плановой форме:

(Выполнено или не выполнено, при невыполнении указать выявленные дефекты)

9. Проведение коррекции плана обследования и плана лечения с учетом клинического диагноза, состояния пациента, особенностей течения заболевания, наличия сопутствующих заболеваний, осложнений заболевания и результатов проводимого лечения на основе стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций;

(Выполнено или не выполнено, при невыполнении указать выявленные дефекты)

10. Назначение и выписывание лекарственных препаратов в соответствии с установленным порядком:

- оформление протокола решения врачебной комиссии медицинской организации (в тех случаях, когда такое решение должно быть оформлено):

(Выполнено или не выполнено, при невыполнении указать выявленные дефекты)

- внесение записи в амбулаторную карту при назначении лекарственных препаратов для медицинского применения и применении медицинских изделий по решению врачебной комиссии медицинской организации

(Выполнено или не выполнено, при невыполнении указать выявленные дефекты)

11. Проведение экспертизы временной нетрудоспособности в установленном порядке

(Выполнено или не выполнено, при невыполнении указать выявленные дефекты)

12. Осуществление диспансерного наблюдения в установленном порядке с соблюдением периодичности обследования и длительности диспансерного наблюдения;

(Выполнено или не выполнено, при невыполнении указать выявленные дефекты)

13. Проведение медицинских осмотров, диспансеризации в установленном порядке, назначение по их результатам, в случае необходимости, дополнительных медицинских мероприятий, в том числе установление диспансерного наблюдения.

(Выполнено или не выполнено, при невыполнении указать выявленные дефекты)

14. Соблюдение критериев качества по группам заболеваний (состояний) в соответствии с критериями оценки качества медицинской помощи, утверждёнными Приказом МЗ РФ от 10 мая 2017 г. № 203н.

(Выполнено или не выполнено, при невыполнении указать выявленные дефекты)

Должность, ФИО и подпись лица,
осуществляющего контроль качества
медицинской
помощи _____

Приложение 9
к приказу от _____ № _____

Акт
контроля качества медицинской помощи в стационарных условиях
и в условиях дневного стационара от _____ 20 _____
(контроль проводится на предмет определения соответствия
оказанной медицинской помощи, критериям оценки качества медицинской
помощи, установленными уполномоченным федеральным органом
исполнительной власти)

ФИО
пациента _____

Адрес _____

Пол _____

Диагноз (основной,
сопутствующий) _____

Сроки оказания медицинской помощи
(лечения) _____

ФИО лечащего
врача _____

1. Ведение медицинской документации - медицинской карты стационарного больного, истории родов, истории развития новорожденного (далее - стационарная карта):

- заполнение всех разделов, предусмотренных стационарной картой;

(Выполнено или не выполнено, при невыполнении указать выявленные дефекты)

- наличие информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство

(Выполнено или не выполнено, при невыполнении указать выявленные дефекты)

2. Первичный осмотр пациента и сроки оказания медицинской помощи в приемном отделении или профильном структурном подразделении (далее - профильное отделение) (дневном стационаре) или отделении (центре) анестезиологии-реанимации медицинской организации:

- оформление результатов первичного осмотра, включая данные анамнеза заболевания, записью в стационарной карте;

(Выполнено или не выполнено, при невыполнении указать выявленные дефекты)

3. Установление предварительного диагноза врачом приемного отделения или врачом профильного отделения (дневного стационара) или врачом отделения (центра) анестезиологии-реанимации медицинской организации не позднее 2 часов с момента поступления пациента в медицинскую организацию;

(Выполнено или не выполнено, при невыполнении указать выявленные дефекты)

4. Формирование плана обследования пациента при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза;

(Выполнено или не выполнено, при невыполнении указать выявленные дефекты)

5. Формирование плана лечения при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза, клинических проявлений заболевания, тяжести заболевания или состояния пациента, лабораторных и инструментальных методов исследования (при наличии);

(Выполнено или не выполнено, при невыполнении указать выявленные дефекты)

6. Назначение лекарственных препаратов с учетом инструкций по применению лекарственных препаратов, возраста пациента, пола пациента, тяжести заболевания, наличия осложнений основного заболевания (состояния) и сопутствующих заболеваний;

(Выполнено или не выполнено, при невыполнении указать выявленные дефекты)

7. Указание в плане лечения метода (объема) хирургического вмешательства при заболевании (состоянии) и наличии медицинских показаний, требующих хирургических методов лечения и (или) диагностики;

(Выполнено или не выполнено, при невыполнении указать выявленные дефекты)

8. Установление клинического диагноза на основании данных анамнеза, осмотра, данных лабораторных и инструментальных методов обследования, результатов консультаций врачей-специалистов, предусмотренных стандартами медицинской помощи, а также клинических рекомендаций:

- установление клинического диагноза в течение 72 часов с момента поступления пациента в профильное отделение (дневной стационар) медицинской организации;

(Выполнено или не выполнено, при невыполнении указать выявленные дефекты)

- установление клинического диагноза при поступлении пациента по экстренным показаниям не позднее 24 часов с момента поступления пациента в профильное отделение;

(Выполнено или не выполнено, при невыполнении указать выявленные дефекты)

9. Внесение в стационарную карту в случае особенностей течения заболевания, требующих дополнительных сложных и длительно проводимых методов исследований, соответствующей записи, заверенной подписью заведующего профильным отделением (дневным стационаром):

- принятие решения о необходимости проведения дополнительных исследований вне данной медицинской организации врачебной комиссией медицинской организации с оформлением протокола и внесением в стационарную карту;

(Выполнено или не выполнено, при невыполнении указать выявленные дефекты)

- принятие при затруднении установления клинического диагноза и (или) выбора метода лечения решения консилиумом врачей с оформлением протокола и внесением в стационарную карту;

(Выполнено или не выполнено, при невыполнении указать выявленные дефекты)

- оформление обоснования клинического диагноза соответствующей записью в стационарной карте, подписанного лечащим врачом и заведующим профильным отделением (дневным стационаром);

(Выполнено или не выполнено, при невыполнении указать выявленные дефекты)

10. Проведение в обязательном порядке осмотра заведующим профильным отделением (дневным стационаром) в течение 48 часов (рабочие дни) с момента поступления пациента в профильное отделение (дневной стационар)

медицинской организации, далее по необходимости, но не реже 1 раза в неделю, с внесением в стационарную карту соответствующей записи, подписанной заведующим профильным отделением (дневным стационаром);

(Выполнено или не выполнено, при невыполнении указать выявленные дефекты)

11. Проведение коррекции плана обследования и плана лечения с учетом клинического диагноза, состояния пациента, особенностей течения заболевания, наличия сопутствующих заболеваний, осложнений заболевания и результатов проводимого лечения:

- проведение коррекции плана обследования и плана лечения по результатам осмотра лечащего врача профильного отделения (дневного стационара), осмотра заведующим профильным отделением (дневным стационаром) после установления клинического диагноза;

(Выполнено или не выполнено, при невыполнении указать выявленные дефекты)

- проведение коррекции плана обследования и плана лечения по результатам осмотра лечащего врача профильного отделения (дневного стационара), осмотра заведующим профильным отделением (дневным стационаром) при изменении степени тяжести состояния пациента;

(Выполнено или не выполнено, при невыполнении указать выявленные дефекты)

12. Назначение лекарственных препаратов, не включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения и перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, врачебной комиссией медицинской организации, с оформлением решения протоколом с внесением в стационарную карту;

(Выполнено или не выполнено, при невыполнении указать выявленные дефекты)

13. Осуществление при наличии медицинских показаний перевода пациента в другое профильное отделение внутри медицинской организации с принятием решения о переводе заведующими соответствующими структурными подразделениями (из которого переводится пациент и в которое переводится пациент) с внесением соответствующей записи в стационарную карту;

(Выполнено или не выполнено, при невыполнении указать выявленные дефекты)

14. Осуществление при наличии медицинских показаний перевода пациента в другую медицинскую организацию, имеющую оборудование в соответствии со стандартом оснащения и кадры в соответствии с рекомендуемыми штатными нормативами, утвержденными соответствующими порядками оказания медицинской помощи по профилям или группам заболеваний, с принятием решения о переводе врачебной комиссией медицинской организации, из которой переводится пациент (с оформлением протокола и внесением в стационарную карту), и согласованием с руководителем медицинской организации, в которую переводится пациент;

(Выполнено или не выполнено, при невыполнении указать выявленные дефекты)

15. Проведение экспертизы временной нетрудоспособности в установленном порядке

(Выполнено или не выполнено, при невыполнении указать выявленные дефекты)

16. Проведение при летальном исходе патолого-анатомического вскрытия в установленном порядке

(Выполнено или не выполнено, при невыполнении указать выявленные дефекты)

17. Отсутствие расхождения клинического диагноза и патолого-анатомического диагноза;

(Выполнено или не выполнено, при невыполнении указать выявленные дефекты)

18. Оформление по результатам лечения в стационарных условиях и в условиях дневного стационара выписки из стационарной карты с указанием клинического диагноза, данных обследования, результатов проведенного лечения и рекомендаций по дальнейшему лечению, обследованию и наблюдению, подписанной лечащим врачом, заведующим профильным отделением (дневным стационаром) и заверенной печатью медицинской организации, на которой идентифицируется полное наименование медицинской организации в соответствии с учредительными документами, выданной на руки пациенту (его законному представителю) в день выписки из медицинской организации.

(Выполнено или не выполнено, при невыполнении указать выявленные дефекты)

14. Соблюдение критериев качества по группам заболеваний (состояний) в соответствии с критериями оценки качества медицинской помощи, утверждёнными Приказом МЗ РФ от 10 мая 2017 г. № 203н.

(Выполнено или не выполнено, при невыполнении указать выявленные дефекты)

Должность, ФИО и подпись лица,
осуществляющего контроль качества
медицинской
помощи _____

**Критерии оценки качества медицинской помощи больным туберкулезом,
подтвержденном бактериологически или гистологически (взрослые)
(код по МКБ-10: A15)**

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (общий билирубин, аспаратаминотрансфераза, аланинаминотрансфераза, креатинин)	Да/Нет
2.	Выполнен забор мокроты и/или другого биологического материала (бронхоальвеолярной лаважной жидкости, промывных вод бронхов, плевральной жидкости, биоптата бронхо-легочной ткани) для микробиологического (культурального) и микроскопического и молекулярно-генетического исследования до начала курса химиотерапии	Да/Нет
3.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование мокроты и/или другого биологического материала (бронхоальвеолярной лаважной жидкости, промывных вод бронхов, плевральной жидкости, биоптата бронхо-легочной ткани), собранного до начала курса химиотерапии, на жидких питательных средах на микобактерии туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis complex</i>) с идентификацией возбудителя и определением чувствительности возбудителя к противотуберкулезным лекарственным препаратам первого и второго ряда	Да/Нет
4.	Выполнено микроскопическое исследование мокроты и/или другого биологического материала (бронхоальвеолярной лаважной жидкости, промывных вод бронхов, плевральной жидкости, биоптата бронхо-легочной ткани) на микобактерии (<i>Mycobacterium spp.</i>) до начала курса химиотерапии	Да/Нет
5.	Выполнено определение ДНК <i>Mycobacterium tuberculosis complex</i> в мокроте и/или другом биологическом материале (бронхоальвеолярной лаважной жидкости, промывных водах бронхов, плевральной жидкости, биоптате бронхо-легочной ткани) методом полимеразной цепной реакции с идентификацией возбудителя и определением мутации, ассоциированной с лекарственной устойчивостью как минимум к рифампицину до начала курса химиотерапии	Да/Нет
6.	Проведена химиотерапия по режиму 1 (при лекарственной чувствительности возбудителя)	Да/Нет
7.	Проведена химиотерапия по режиму 2 (при монорезистентности к изониазиду или полирезистентности)	Да/Нет
8.	Проведена химиотерапия по режиму 4 (при множественной лекарственной устойчивости микобактерии и чувствительности к лекарственным препаратам группы фторхинолонов)	Да/Нет
9.	Проведена химиотерапия по режиму 5 (при множественной лекарственной устойчивости микобактерии и резистентности к лекарственным препаратам группы фторхинолонов)	Да/Нет
10.	Выполнен непосредственный контроль медицинским персоналом за приемом не менее 80% назначенных суточных доз противотуберкулезных лекарственных препаратов	Да/Нет
11.	Выполнено повторное микробиологическое (культуральное) исследование мокроты на	Да/Нет

	плотных или жидких питательных средах на микобактерии туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis complex</i>) не реже 1 раза в месяц (в интенсивной фазе лечения)	
12.	Выполнено повторное микроскопическое исследование мокроты на микобактерии (<i>Mycobacterium spp.</i>) не реже 1 раза в месяц (в интенсивной фазе лечения)	Да/Нет
13.	Отсутствие нарастания спектра лекарственной устойчивости возбудителя при повторном обследовании микробиологическим (культуральным) и/или молекулярно-генетическим методом в период госпитализации	Да/Нет

**Критерии оценки качества медицинской помощи больным туберкулезом,
не подтвержденным бактериологически или гистологически (взрослые)
(код по МКБ-10: A16)**

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (общий билирубин, аспаратаминотрансфераза, аланинаминотрансфераза, креатинин)	Да/Нет
2.	Выполнена внутрикожная проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным в стандартном разведении	Да/Нет
3.	Выполнен забор мокроты и/или другого биологического материала (бронхоальвеолярной лаважной жидкости, промывных вод бронхов, плевральной жидкости, биоптата бронхо-легочной ткани) для микробиологического (культурального), микроскопического, молекулярно-генетического исследования до начала курса химиотерапии	Да/Нет
4.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование мокроты и/или другого биологического материала (бронхоальвеолярной лаважной жидкости, промывных вод бронхов, плевральной жидкости, биоптата бронхо-легочной ткани), собранного до начала курса химиотерапии, на жидких питательных средах на микобактерии туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis complex</i>)	Да/Нет
5.	Выполнено микроскопическое исследование мокроты и/или другого биологического материала (бронхоальвеолярной лаважной жидкости, промывных вод бронхов, плевральной жидкости, биоптата бронхо-легочной ткани) на микобактерии (<i>Mycobacterium spp.</i>) до начала курса химиотерапии	Да/Нет
6.	Выполнено определение ДНК <i>Mycobacterium tuberculosis complex</i> в мокроте и/или другом биологическом материале (бронхоальвеолярной лаважной жидкости, промывных водах бронхов, плевральной жидкости, биоптате бронхо-легочной ткани) методом полимеразной цепной реакции до начала курса химиотерапии	Да/Нет
7.	Проведена химиотерапия по режиму 3 (при предполагаемой лекарственной чувствительности возбудителя)	Да/Нет
8.	Проведена химиотерапия по режиму 4 (при предполагаемой множественной лекарственной устойчивости)	Да/Нет
9.	Проведена химиотерапия по режиму 5 (при предполагаемой широкой лекарственной устойчивости)	Да/Нет
10.	Выполнен непосредственный контроль медицинским персоналом за приемом не менее 80% назначенных суточных доз противотуберкулезных лекарственных препаратов	Да/Нет
11.	Выполнено повторное микробиологическое (культуральное) исследование мокроты на плотных и жидких питательных средах на микобактерии туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis complex</i>) не реже 1 раза в месяц (в	Да/Нет

	интенсивной фазе лечения)	
12.	Выполнено повторное микроскопическое исследование мокроты на микобактерии (<i>Mycobacterium spp.</i>) не реже 1 раза в месяц (в интенсивной фазе лечения)	Да/Нет
13.	Отсутствие появления бактериовыделения при повторном обследовании микробиологическим (культуральным) и/или микроскопическим методом в период госпитализации	Да/Нет

**Критерии оценки качества медицинской помощи больным туберкулезом
(дети) (коды по МКБ-10: A15; A16)**

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (общий билирубин, аспаратаминотрансфераза, аланинаминотрансфераза)	Да/Нет
3.	Выполнен анализ мочи общий	Да/Нет
4.	Выполнена проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным	Да/Нет
5.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки и/или компьютерная томография органов грудной клетки	Да/Нет
6.	Выполнен забор мокроты и/или другого биологического материала (бронхоальвеолярной лаважной жидкости, промывных вод бронхов или желудка, плевральной жидкости, ликвора, отделяемого из свищей, биоптата измененных тканей) для бактериологических исследований до начала химиотерапии	Да/Нет
7.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование мокроты и/или другого биологического материала (бронхоальвеолярной лаважной жидкости, промывных вод бронхов или желудка, плевральной жидкости, ликвора, отделяемого из свищей, биоптата измененных тканей) на плотных и жидких питательных средах на микобактерии туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis complex</i>) с идентификацией возбудителя и определением чувствительности возбудителя к противотуберкулезным лекарственным препаратам первого и второго ряда (при наличии бактериовыделения)	Да/Нет
8.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование мокроты и/или другого биологического материала (бронхоальвеолярной лаважной жидкости, промывных вод бронхов или желудка, плевральной жидкости, ликвора, отделяемого из свищей, биоптата измененных тканей) на плотных и/или жидких питательных средах на микобактерии туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis complex</i>) (при отсутствии бактериовыделения)	Да/Нет
9.	Выполнено микроскопическое исследование мокроты и/или другого биологического материала (бронхоальвеолярной лаважной жидкости, промывных вод бронхов или желудка, плевральной жидкости, ликвора, отделяемого из свищей, биоптата измененных тканей) на микобактерии (<i>Mycobacterium spp.</i>)	Да/Нет
10.	Выполнено определение ДНК <i>Mycobacterium tuberculosis complex</i> в мокроте и/или другом биологическом материале (бронхоальвеолярной лаважной жидкости, промывных вод бронхов или желудка, плевральной жидкости, ликвора, отделяемого из свищей, биоптата измененных тканей) методом полимеразной цепной реакции с идентификацией возбудителя и определением мутации, ассоциированной с лекарственной устойчивостью к рифампицину	Да/Нет

	(при наличии бактериовыделения)	
11.	Выполнено определение ДНК <i>Mycobacterium tuberculosis complex</i> в мокроте и/или другом биологическом материале (бронхоальвеолярной лаважной жидкости, промывных вод бронхов или желудка, плевральной жидкости, ликвора, отделяемого из свищей, биоптата измененных тканей) методом полимеразной цепной реакции с идентификацией (при отсутствии бактериовыделения)	Да/Нет
12.	Проведена химиотерапия по режиму 1 (при наличии бактериовыделения и при лекарственной чувствительности возбудителя)	Да/Нет
13.	Проведена химиотерапия по режиму 2 (при наличии бактериовыделения и при монорезистентности к изониазиду или полирезистентности)	Да/Нет
14.	Проведена химиотерапия по режиму 3 (при отсутствии бактериовыделения и при предполагаемой лекарственной чувствительности возбудителя)	Да/Нет
15.	Проведена химиотерапия по режиму 4 (при определяемой и предполагаемой множественной лекарственной устойчивости микобактерии (к изониазиду и рифампицину или рифампицину и чувствительности к лекарственным препаратам группы фторхинолонов)	Да/Нет
16.	Проведена химиотерапия по режиму 5 (при наличии бактериовыделения и при множественной лекарственной устойчивости микобактерии и резистентности к лекарственным препаратам группы фторхинолонов)	Да/Нет
17.	Выполнен непосредственный контроль медицинским персоналом за приемом всех суточных доз противотуберкулезных лекарственных препаратов	Да/Нет
18.	Выполнено повторное микробиологическое (культуральное) исследование мокроты и/или другого биологического материала (бронхоальвеолярной лаважной жидкости, промывных вод бронхов или желудка, плевральной жидкости, ликвора, отделяемого из свищей, биоптата измененных тканей) на плотных или жидких питательных средах на микобактерии туберкулеза (<i>Mycobacterium tuberculosis complex</i>) не реже 1 раз в месяц (в интенсивной фазе лечения)	Да/Нет
19.	Выполнено повторное микроскопическое исследование мокроты на микобактерии (<i>Mycobacterium spp.</i>) не реже 1 раза в месяц (в интенсивной фазе лечения)	Да/Нет
20.	Выполнено повторный анализ крови биохимический общетерапевтический (общий билирубин, аспартатаминотрансфераза, аланинаминотрансфераза) не реже 1 раза в месяц	Да/Нет
21.	Выполнена повторная рентгенография органов грудной клетки и/или компьютерная томография органов грудной клетки не позднее 2 месяца от момента начала химиотерапии	Да/Нет
22.	Отсутствие появления бактериовыделения при повторном обследовании микробиологическим (культуральным) и/или микроскопическим методом в период госпитализации (при отсутствии бактериовыделения)	Да/Нет
23.	Отсутствие появления бактериовыделения при повторном обследовании микробиологическим (культуральным) и/или микроскопическим методом в период госпитализации (при наличии бактериовыделения)	Да/Нет

Состав центральной врачебной комиссии по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности

Председатель комиссии:

Заместитель директора по медицинской части Козыкина В. И.;

Заместитель председателя комиссии:

Заместитель директора по клинко-экспертной работе Мамотенко Л. Д.;

Члены комиссии:

Заместитель директора по оказанию медицинской помощи в амбулаторных условиях Мусаев Т. А.;

Заведующий ОСП «ПТД с. Пионерское» Филатов Г. М.;

Заведующий ОСП «СПТД» Польский И. В.;

Секретарь комиссии:

Заведующая ОМО Подгайная О. А.

Приложение 11.1

к приказу от _____ № _____

**План-график работы врачебной комиссии по внутреннему контролю
качества и безопасности медицинской деятельности**

в _____ 2019 г.

№ заседания ВК	Дата	Перечень рассматриваемых вопросов (вопросы формулируются мед. организацией самостоятельно, ниже представлен примерный перечень вопросов, которые так же должны рассматриваться ВК)	Ответственный(е) за подготовку вопроса
1.	После дня пятница месяца	1. О Результатах внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации замесяц (обоснованность принимаемых мер, анализ эффективности)	Заместитель директора по медицинской части Козыкина В. И.
	После дня пятница	2. О выполнении требований порядка оказания медицинской помощи (Приказ МЗ РФ от 15.11.2012 №932н «Об утверждении	Заместитель директора по медицинской

	ца месяц а	порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом»)»	части Козыкина В. И.
	Посл едня пятни ца месяц а	3. О соответствии оказываемой медицинскими работниками медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи, а также рассмотрение причин несоответствия качества оказываемой медицинской помощи указанным критериям (если в подразделении, то указать в каком именно)	Заместитель директора по медицинской части Козыкина В. И.
2.	Посл едня пятни ца месяц а	1. О соблюдении медицинскими работниками ограничений, применяемых к ним при осуществлении профессиональной деятельности в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»	Заместитель директора по медицинской части Козыкина В. И.
	Посл едня пятни ца месяц а	2. О выполнении требований стандарта медицинской помощи (указать какого) в (указать подразделение – отделение, кабинет)	Заместитель директора по медицинской части Козыкина В. И.
	Посл едня пятни ца месяц а	3. О работе по безопасному обращению медицинских изделий	Заместитель директора по медицинской части Козыкина В. И.
3.	Посл едний вторн ик месяц а	1. О состоянии работы с обращениями граждан в медицинской организации	Заместитель директора по медицинской части Козыкина В. И.
	Посл едня пятни	2. О результатах внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в подразделении	Заместитель директора по медицинской

	ца месяц а	медицинской организации ОСП «Белогорская туберкулезная больница» за март месяц (обоснованность принимаемых мер, анализ эффективности)	части Козыкина В. И.
	Посл едня пятни ца месяц а	3. О соблюдении прав граждан на проведение консультаций врачами-специалистами	Заместитель директора по медицинской части Козыкина В. И.
4.	Посл едня пятни ца месяц а	1. О соблюдении прав граждан в сфере охраны здоровья при осуществлении медицинской деятельности	Заместитель директора по медицинской части Козыкина В. И.
	Посл едня пятни ца месяц а	2. О выполнении требований стандарта оказания фтизиатрической медицинской помощи в ОСП «Белогорская туберкулезная больница»	Заместитель директора по медицинской части Козыкина В. И.

Приложение 11.2

к приказу от _____ № _____

**План-график работы врачебной комиссии по внутреннему контролю
качества и безопасности медицинской деятельности**

в _____ 2020 г.

№ заседан ия ВК	Дата	Перечень рассматриваемых вопросов (вопросы формулируются мед. организацией самостоятельно, ниже	Ответственный(е) за подготовку вопроса
-----------------------	------	---	--

		<i>представлен примерный перечень вопросов, которые так же должны рассматриваться ВК)</i>	
1.	Последняя пятница месяца	1. О Результатах внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации замесяц (обоснованность принимаемых мер, анализ эффективности)	Заместитель директора по медицинской части Козыкина В. И.
	Последняя пятница месяца	2. О выполнении требований порядка оказания медицинской помощи (Приказ МЗ РФ от 15.11.2012 №932н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом»)	Заместитель директора по медицинской части Козыкина В. И.
	Последняя пятница месяца	3. О соответствии оказываемой медицинскими работниками медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи, а также рассмотрение причин несоответствия качества оказываемой медицинской помощи указанным критериям (если в подразделении, то указать в каком именно)	Заместитель директора по медицинской части Козыкина В. И.
2.	Последняя пятница месяца	1. О соблюдении медицинскими работниками ограничений, применяемых к ним при осуществлении профессиональной деятельности в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»	Заместитель директора по медицинской части Козыкина В. И.
	Последняя пятница месяца	2. О выполнении требований стандарта медицинской помощи (указать какого) в (указать подразделение – отделение, кабинет)	Заместитель директора по медицинской части Козыкина В. И.
	Последняя пятница	3. О работе по безопасному обращению медицинских изделий	Заместитель директора по медицинской

	ца месяц а		части Козыкина В. И.
3.	Посл едний вторн ик месяц а	1.О состоянии работы с обращениями граждан в медицинской организации	Заместитель директора по медицинской части Козыкина В. И.
	Посл едняя пятни ца месяц а	2.О результатах внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в подразделении медицинской организации ОСП «Белогорская туберкулезная больница» за март месяц (обоснованность принимаемых мер, анализ эффективности)	Заместитель директора по медицинской части Козыкина В. И.
	Посл едняя пятни ца месяц а	3. О соблюдении прав граждан на проведение консультаций врачами-специалистами	Заместитель директора по медицинской части Козыкина В. И.
4.	Посл едняя пятни ца месяц а	1. О соблюдении прав граждан в сфере охраны здоровья при осуществлении медицинской деятельности	Заместитель директора по медицинской части Козыкина В. И.
	Посл едняя пятни ца месяц а	2. О выполнении требований стандарта оказания фтизиатрической медицинской помощи в ОСП «Белогорская туберкулезная больница»	Заместитель директора по медицинской части Козыкина В. И.

Приложение 12
к приказу от _____ № _____

ПОЛОЖЕНИЕ
о Врачебной комиссии

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Крым
«Крымский республиканский клинический центр фтизиатрии и
пульмонологии»

1. Общие положения

1.1. Настоящее положение (далее Положение) разработано в соответствии с Порядком создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации, утверждённым приказом Министерства здравоохранения и социального развития от 5 мая 2012 г. № 502н, Уставом настоящей организации.

1.2. Положение определяет цели создания, правила деятельности, функции и порядок деятельности Врачебной комиссии.

1.3. Врачебная комиссия создается в медицинской организации в целях совершенствования организации оказания медицинской помощи гражданам.

1.4. В своей деятельности Врачебная комиссия руководствуется Конституцией Российской Федерации, федеральными законами, указами и распоряжениями Президента Российской Федерации, постановлениями и распоряжениями Правительства Российской Федерации, нормативными правовыми актами федеральных органов исполнительной власти, законами и иными нормативными правовыми актами субъекта Российской Федерации.

1.5. При необходимости в структуре Врачебной комиссии могут создаваться подкомиссии по разным направлениям обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности, в т.ч. по качеству и безопасности медицинской деятельности в целом, по обеспечению безопасного обращения лекарственных средств, по обеспечению безопасного обращения медицинских изделий, по инфекционной безопасности, по информационной безопасности и т.д. (далее подкомиссии). Деятельность подкомиссий регулируется настоящим Положением, положением о работе соответствующей подкомиссии, а также соответствующими Порядками (положениями, правилами, инструкциями и т.д.), утверждаемыми руководителем медицинской организации по тем или иным направлениям обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности.

2. Функции врачебной комиссии

2.1. Врачебная комиссия осуществляет функции, направленные на обеспечение и совершенствование организации медицинской помощи, на организацию и проведение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

2.2. Врачебная комиссия в сфере организации медицинской помощи осуществляет следующие функции:

2.2.1. Принятие решений по вопросам профилактики, диагностики, лечения, медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения граждан в наиболее сложных и конфликтных ситуациях, требующих комиссионного рассмотрения;

2.2.2. Определение трудоспособности граждан;

2.2.3. Продление листков нетрудоспособности в случаях, установленных законодательством Российской Федерации;

2.2.4. Принятие решения по вопросу о направлении пациента на медико-социальную экспертизу в соответствии с законодательством Российской Федерации;

2.2.5. Проведение экспертизы профессиональной пригодности некоторых категорий работников;

2.2.6. Оценка качества, обоснованности и эффективности лечебно-диагностических мероприятий, в том числе назначения лекарственных препаратов;

2.2.7. Принятие решения о назначении лекарственных препаратов при наличии медицинских показаний (индивидуальная непереносимость, по жизненным показаниям):

не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи;

по торговым наименованиям;

2.2.8. Направление сообщений в Федеральную службу по надзору сфере здравоохранения в целях осуществления мониторинга безопасности лекарственных препаратов о выявленных случаях побочных действий, не указанных в инструкции по применению лекарственного препарата, серьезных нежелательных реакций и непредвиденных нежелательных реакций при применении лекарственных препаратов, в том числе послуживших основанием для назначения лекарственных препаратов в соответствии с подпунктом 2.2.7. настоящего Положения;

2.2.9. Оценка соблюдения в медицинской организации установленного порядка ведения медицинской документации;

2.2.10. Разработка мероприятий по устранению и предупреждению

нарушений в процессе диагностики и лечения пациентов, проведения профилактики и реабилитации;

2.2.11. Изучение каждого случая смерти пациента в целях выявления причины смерти, а также выработки мероприятий по устранению нарушений в деятельности медицинской организации и медицинских работников в случае, если такие нарушения привели к смерти пациента;

2.2.12. Принятие решения по вопросам назначения и коррекции лечения в целях учета данных пациентов при обеспечении лекарственными препаратами в соответствии с законодательством Российской Федерации;

2.2.13. Принятие решения о назначении лекарственных препаратов в случаях и в порядке, которые установлены нормативными правовыми актами Российской Федерации и субъектов Российской Федерации, устанавливающими порядок назначения и выписывания лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты, а также лекарственных препаратов, обеспечение которыми осуществляется в соответствии со стандартами медицинской помощи по рецептам врача (фельдшера) при оказании государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг;

2.2.14. Проведение отбора пациентов, формирование и направление комплекта документов в Комиссию органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения по отбору пациентов для оказания высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии с Порядком направления граждан Российской Федерации для оказания высокотехнологичной медицинской помощи за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации, путем применения специализированной информационной системы, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 декабря 2011 г. N 1689н;

2.2.15. Вынесение медицинского заключения о наличии (отсутствии) медицинских показаний и медицинских противопоказаний для медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения граждан в случаях, предусмотренных нормативными правовыми актами Российской Федерации и субъектов Российской Федерации, устанавливающими порядок направления граждан на медицинскую реабилитацию и санаторно-курортное лечение;

2.2.16. Выдача заключения о нуждаемости ветерана в обеспечении протезами (кроме зубных протезов), протезно-ортопедическими изделиями в соответствии с Правилами обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации и отдельных категорий граждан из числа ветеранов протезами

(кроме зубных протезов), протезно-ортопедическими изделиями, утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации от 7 апреля 2008 г. N 240;

2.2.17. Осуществление медицинского освидетельствования 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 января 2011 г. N 3;

2.2.18. Проведение обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда;

2.2.19. Выдача справки об отсутствии медицинских противопоказаний для работы с использованием сведений, составляющих государственную тайну;

2.2.20. Анализ заболеваемости, в том числе матерей и новорожденных, внутрибольничными инфекциями, разработка и реализация мероприятий по профилактике заболеваемости внутрибольничными инфекциями;

2.2.21. Организация и проведение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в соответствии с Положением о порядке организации и проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, утвержденном в медицинской организации, а также в соответствии с настоящим Положением.

2.2.22. Взаимодействие в работе по вопросам, относящимся к компетенции врачебной комиссии, с территориальными фондами обязательного медицинского страхования, региональными отделениями Фонда социального страхования Российской Федерации, территориальными органами Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы, со страховыми медицинскими организациями, иными органами и организациями;

2.2.23. Рассмотрение обращений (жалоб) по вопросам, связанным с оказанием медицинской помощи граждан в медицинской организации;

2.2.24. Рассмотрение вопросов, связанных с изучением мнения пациентов о качестве, доступности и безопасности медицинской помощи, в том числе организации и анализа результатов анкетирования пациентов;

2.2.25. Рассмотрение вопросов, связанных с обеспечением гарантий

предоставления населению бесплатной медицинской помощи;

2.2.26. Обеспечение и контроль порядка предоставления платных медицинских услуг;

2.2.27. Рассмотрение вопросов мониторинга безопасности медицинских изделий, а именно случаев 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. Принятие решений по указанным вопросам о направлении в установленном порядке необходимых материалов в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения.

2.2.28. Иные функции, предусмотренные федеральными законами, нормативными правовыми актами Президента Российской Федерации, Правительства Российской Федерации, федеральных органов исполнительной власти и органов государственной власти субъекта Российской Федерации.

3. Полномочия Врачебной комиссии (подкомиссии) по организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности

3.1. Врачебная комиссия в своей работе по организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности руководствуется Положением о порядке организации и проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, утверждённом в медицинской организации, а также настоящим Положением;

3.2. Направления работы Врачебной комиссии по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности включают:

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

- обеспечение и оценку применения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи

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

- обеспечение и оценку соблюдения медицинскими работниками, руководителей медицинских организаций ограничений, применяемых к ним при осуществлении профессиональной деятельности в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья

граждан в Российской Федерации»;

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

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

3.3. Врачебная комиссия является третьим этапом контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации и выполняет следующие функции по организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности:

- определение соответствия оказываемой медицинской помощи порядкам оказания медицинской помощи, стандартам медицинской помощи, правилам проведения диагностических исследований, клиническим рекомендациям, другим нормативным документам в сфере здравоохранения, устанавливающим требования к качеству и безопасности медицинской помощи;

- контроль соблюдения прав граждан в сфере охраны здоровья при осуществлении медицинской деятельности;

- контроль соблюдения медицинскими работниками ограничений, применяемых к ним при осуществлении профессиональной деятельности в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

- контроль соответствия оказываемой медицинскими работниками медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи, утверждённых уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, а также рассмотрение причин несоответствия качества оказываемой медицинской помощи указанным критериям;

- оценка показателей, предусмотренных Положением о порядке организации и проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации, в зависимости от вида медицинской организации, видов, условий и форм оказания медицинской помощи, перечня работ (услуг), указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности;

- контроль безопасности медицинской деятельности с учётом особенностей данной работы, указанных в Положении о порядке организации и проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, утверждённом в медицинской организации;

- анализ работы по контролю качества и безопасности медицинской

деятельности в медицинской организации в целом, отдельных структурных подразделений, а так же отдельных специалистов;

- анализ всех случаев побочных действий, нежелательных реакций, серьезных нежелательных реакций, непредвиденных нежелательных реакций при применении лекарственных препаратов, индивидуальной непереносимости, отсутствии эффективности лекарственных препаратов, а также иных фактов и обстоятельствах, представляющих угрозу жизни и здоровью человека при применении лекарственных препаратов на всех этапах обращения лекарственных препаратов;

- анализ всех случаев побочных действий, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия, нежелательных реакций при его применении, особенностей взаимодействия медицинских изделий между собой, фактов и обстоятельств, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации медицинских изделий;

- решение в пределах своей компетенции наиболее сложных вопросов в области качества и безопасности медицинской деятельности;

- оценка результатов мероприятий по повышению качества и безопасности медицинской деятельности.

- оценка своевременности оказания медицинской помощи;

- оценка правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи;

- оценка степени достижения запланированного результата;

- оценка обеспечения предусмотренного законодательством приоритета интересов пациента при оказании ему медицинской помощи;

- оценка полноты и эффективности выполняемых медицинских вмешательств и медицинских услуг;

- выполнение установленных требований к качеству оформления учётно-отчётной документации;

- предупреждение несоответствий оказания медицинской помощи и обеспечение соблюдения прав пациентов при её оказании;

- анализ деятельности руководителей структурных подразделений в области качества и безопасности медицинской деятельности;

- выявление и анализ дефектов, допущенных при оказании медицинской помощи в медицинской организации;

- разработка и реализация предложений по повышению качества и безопасности медицинской деятельности на основе результатов внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности;

- организация и проведение внутренних разборов (в т.ч. совещаний,

конференций) по вопросам качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации;

- рассмотрение жалоб и обращений пациентов в установленном порядке.

3.4. Объем контроля качества и безопасности медицинской деятельности Врачебной комиссией определяется в соответствии с планом проверок, утверждаемым руководителем медицинской организации не реже 1 раза в квартал, и планом-графиком работы Врачебной комиссии, утверждаемых руководителем медицинской организации в установленном порядке.

3.5. На всех этапах контроля качества и безопасности медицинской деятельности обязательным условием контроля качества медицинской помощи является его оценка в соответствии с критериями, утверждёнными уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

3.6. По решению руководителя медицинской организации председателем, или заместителем председателя, или членом Врачебной комиссии является Уполномоченное лицо по качеству и безопасности медицинской деятельности Уполномоченное лицо является ответственным за организацию и проведение данной работы в составе Врачебной комиссии.

4. Состав Врачебной комиссии и организация её работы

4.1. Врачебная комиссия состоит из председателя, заместителя председателя, секретаря и членов комиссии. Состав Врачебной комиссии утверждается руководителем организации.

4.2. Руководит работой Врачебной комиссии Председатель.

4.3. Председателем Врачебной комиссии назначается руководитель медицинской организации или заместитель руководителя медицинской организации, в должностные обязанности которого входит решение вопросов, отнесенных к компетенции комиссии.

4.4. Председателями подкомиссий Врачебной комиссии назначаются заместители руководителя (руководители структурных подразделений) медицинской организации, в должностные обязанности которых входит решение вопросов, отнесенных к компетенции подкомиссий.

4.5. Председатель Врачебной комиссии (подкомиссии) несет ответственность за деятельность Врачебной комиссии (подкомиссии), своевременность, обоснованность и объективность принятых решений Врачебной комиссии (подкомиссии).

4.6. В состав Врачебной комиссии и ее подкомиссий включаются заведующие структурными подразделениями медицинской организации, врачи-специалисты из числа работников медицинской организации.

4.7. Секретарь Врачебной комиссии (подкомиссии) осуществляет следующие функции:

- составление Планов-графиков заседаний Врачебной комиссии (ее подкомиссии);
- подготовка материалов для заседания Врачебной комиссии (ее подкомиссии);
- уведомление членов Врачебной комиссии (ее подкомиссии) о дате и времени проведения заседания врачебной комиссии (ее подкомиссии);
- оформление решений Врачебной комиссии (ее подкомиссии) и ведение специального(ых) журнала(ов), в котором(ых) учитываются принятые решения Врачебной комиссии (ее подкомиссии) (далее – журнал(ы));
- организация хранения материалов работы Врачебной комиссии (ее подкомиссии).

4.8. Вопросы, рассмотренные на заседаниях врачебной комиссии, а так же принятые по ним решения отражаются в журналах Врачебной комиссии (в том числе в журналах учёта клинико-экспертной работы лечебно-профилактического учреждения).

4.9. Заседания Врачебной комиссии (подкомиссии) проводятся не реже одного раза в неделю на основании планов-графиков, утверждаемых руководителем медицинской организации.

4.11. В случае необходимости по решению руководителя медицинской организации могут проводиться внеплановые заседания Врачебной комиссии (подкомиссии).

4.12. На заседания Врачебной комиссии (подкомиссии) по инициативе Председателя, а так же по инициативе лица, ответственного за подготовку вопроса (в этом случае по предварительному согласованию с Председателем), могут быть приглашены любые заинтересованные лица и стороны.

4.13. Решение Врачебной комиссии (подкомиссии) считается принятым, если его поддержало две трети членов врачебной комиссии (подкомиссии).

4.14. Решение Врачебной комиссии (подкомиссии) оформляется в виде Протокола, который содержит следующие сведения:

- дата проведения заседания Врачебной комиссии (ее подкомиссии);
- список членов Врачебной комиссии (подкомиссии), присутствовавших на заседании;
- перечень обсуждаемых вопросов;
- решения Врачебной комиссии (ее подкомиссии) и его обоснование.

4.15. Выписка из протокола решения Врачебной комиссии выдается на руки пациенту либо его законному представителю на основании письменного заявления.

4.16. Протоколы решений Врачебной комиссии (подкомиссии) подлежат хранению в течение 10 лет.

4.17. Председатель Врачебной комиссии ежеквартально, а также по итогам года представляет руководителю медицинской организации письменный отчет о работе Врачебной комиссии и её подкомиссий.

4.18. Контроль за деятельностью Врачебной комиссии и её подкомиссий осуществляет руководитель медицинской организации.

5. Порядок организации и проведения Врачебной комиссией (подкомиссией) внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности

5.1. Проводимый Врачебной комиссией (подкомиссией) внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности носит плановый и внеплановый характер.

5.2. Плановый контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется в соответствии с Планом-графиком заседаний Врачебной комиссии, утверждаемым руководителем медицинской организации.

5.3. Внеплановый контроль проводится по определённому поводу, в том числе по жалобе или обращению пациента или его законного представителя.

5.4. Данные о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности, осуществляемом Врачебной комиссией, заносятся в Журнал Врачебной комиссии установленной в медицинской организации формы.

5.5. При необходимости для проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности могут привлекаться любые иные специалисты, в том числе не работающие в данной медицинской организации. Привлечение иных специалистов для проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется на основе приказа руководителя организации.

5.6. Контроль качества и безопасности медицинской деятельности в ходе плановых и внеплановых проверок осуществляется в соответствии с Положением о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности, принятым в данной организации.

5.7. По результатам планового и внепланового контроля качества и безопасности медицинской деятельности секретарь Врачебной комиссии (подкомиссии) оформляет Протокол решения Врачебной комиссии в соответствии с принятой в медицинской организации формой.

5.8. Врачебной комиссией (подкомиссией) по результатам планового и

внепланового контроля качества и безопасности медицинской деятельности в случае выявления нарушений и (или) невыполнения требований к качеству и безопасности медицинской деятельности (порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, положений, клинических рекомендаций (протоколов лечения), регламентов и других нормативных и нормативно-технических документов), действующих в сфере здравоохранения, а также принятых в данной организации, по отношению к сотруднику организации, их допустившему, могут быть предложены руководителю организации меры дисциплинарного воздействия или меры, касающиеся корректировки выплат стимулирующего характера.

5.9. Врачебная комиссия (подкомиссия):

- разрабатывает и принимает необходимые меры по результатам проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности;

- проводит анализ эффективности проводимого внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Приложение 13

к приказу от _____ № _____

Наименование медицинской организации

Протокол решения Врачебной комиссии

от _____ № _____

Члены врачебной комиссии, присутствовавшие на заседании (ФИО, должность)

Секретарь комиссии _____

Перечень обсуждаемых вопросов

1. _____

2. _____

Решения врачебной комиссии и их обоснование

1. Решение по первому вопросу.

Приглашённые (ФИО, должность) _____

Вопрос доложил (ФИО, должность) _____

Решение: _____

Обоснование решения (в т.ч. указывается представленная мед. документация, акты экспертного контроля, служебного расследования, иные материалы) _____

Результаты голосования _____

2. Решение по второму вопросу.

Приглашённые _____

Вопрос доложил _____

Решение: _____

Обоснование решения (в т.ч. указывается представленная мед. документация, акты экспертного контроля, материалы служебного расследования, иные материалы) _____

Результаты голосования _____

Подписи

Председатель комиссии: подпись _____ расшифровка подписи _____

Члены комиссии: подпись _____ расшифровка подписи _____

 подпись _____ расшифровка подписи _____

Приложение 14

к приказу от _____ № _____

Дата заседан ия ВК	№ рассм отрен ного	Содержание вопроса	Принятое решение	Подпись председателя ВК (ФИО,	Подпись секретаря ВК (ФИО,
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------	---------------------	--	-------------------------------------

	вопр оса			расшифровка)	расшифров ка)

Форма журнала Врачебной комиссии

Примечание – журнал Врачебной комиссии (ВК) прошнуровывается, все страницы пронумеровываются; на тыльной стороне журнала место шнуровки проклеивается бумагой, на которой делается надпись «Прошнуровано и пронумеровано ... листов» и указывается дата; надпись заверяется печатью организации и подписью Председателя ВК

Порядок рассмотрения обращений граждан в медицинской организации

1. Общие положения

1.1. Предметом регулирования настоящего порядка (далее Порядок) является организация обеспечения своевременного и полного рассмотрения устных и письменных обращений граждан с уведомлением заявителей о принятии по ним решений и направление ответов в установленный законодательством Российской Федерации срок.

1.2. В соответствии с настоящим Порядком в медицинской организации обеспечивается рассмотрение устных и письменных обращений граждан Российской Федерации, иностранных граждан и лиц без гражданства, за исключением случаев, установленных международными договорами Российской Федерации или законодательством Российской Федерации.

1.3. Положения настоящего Порядка распространяются на все устные обращения, обращения, поступившие в письменной форме или в форме электронного документа, индивидуальные и коллективные обращения граждан (далее - обращения).

2. Перечень нормативных правовых актов, регулирующих отношения, возникающие в связи с рассмотрением обращений граждан

2.1. Рассмотрение обращений граждан в медицинской организации регламентируется следующими нормативными правовыми актами:

- законом Российской Федерации от 2 мая 2006 г. № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации»;

- законом Российской Федерации от 7 февраля 1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителей»;

- законом Российской Федерации от 27 апреля 1993 г. № 4866-1 «Об обжаловании в суде действий и решений, нарушающих права и свободы граждан»;

- законом Российской Федерации от 27 июля 2006 г. № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации»;

- законом Российской Федерации от 21.11.2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

- законом Российской Федерации от 29.11.2010 г. N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

- Гражданским процессуальным кодексом Российской Федерации от 14 ноября 2002 г. № 138-ФЗ.

3. Требования к порядку информирования граждан о рассмотрении обращений

3.1. Сведения о месте нахождения медицинской организации, почтовом адресе для направления обращений, о справочных телефонных номерах и адресе электронной почты для направления обращений, сведения о приёме заявителей размещаются на официальном сайте медицинской организации в сети Интернет: http://_____, а также на информационных стендах медицинской организации.

3.2. Почтовый адрес медицинской организации: _____.

Телефон(ы) для справок по обращениям граждан, личному приёму _____.

Телефон(ы) доверия _____.

Адрес электронной почты для приёма обращений граждан: _____.

Номер телефакса для приема обращений граждан: _____.

3.3. Самостоятельная передача заявителями письменных обращений, с доставкой по почте или курьером, осуществляется по адресу: _____.

Приём заявителей осуществляется по следующему графику:

понедельник, вторник, среда, четверг, пятница- с 9.00 до 18.00;

обеденный перерыв - с 13.00 до 14.00.

3.4. На официальном сайте медицинской организации, в средствах массовой информации, на информационных стендах медицинской организации размещается следующая информация:

- место нахождения медицинской организации;

- номера телефонов для справок, адреса электронной почты, адреса официального сайта медицинской организации;

- порядок обжалования решений и действий (бездействия) должностных лиц медицинской организации в рамках рассмотрения и по результатам рассмотрения обращения;

- извлечения из нормативных правовых актов, регламентирующих работу с обращениями граждан.

3.5. Стенд, содержащий информацию об организации рассмотрения

обращений граждан, размещается при входе (в холле, в ином удобном месте) в медицинскую организацию.

3.6. Обеспечивается возможность граждан направить обращения с официального сайта медицинской организации через систему «Интернет».

3.7. Для получения информации о порядке рассмотрения обращений граждане обращаются:

- лично в медицинскую организацию;
- по телефону;
- в письменном виде почтой в медицинскую организацию;
- электронной почтой в медицинскую организацию.

3.8. Особенности работы с обращениями граждан, поступившими на телефон доверия, регламентируются отдельным Порядком. В остальном работа с обращениями, поступившими на телефон доверия, осуществляется в соответствии с данным Порядком.

4. Сроки регистрации и рассмотрения обращения

4.1. Срок регистрации письменных обращений в медицинскую организацию с момента поступления – не более одного дня.

4.2. Письменные обращения граждан по вопросам, не относящимся к компетенции медицинской организации, в срок до пяти дней со дня их регистрации в медицинской организации подлежат переадресации в соответствующие организации или органы, в компетенцию которых входит решение поставленных в обращении вопросов, с одновременным уведомлением гражданина, направившего обращение, о переадресации его обращения.

4.3. В случае, если гражданин в одном обращении ставит ряд вопросов, разрешение которых находится в компетенции различных организаций или органов, копии обращения должны быть направлены в течение пяти дней со дня регистрации в соответствующие организации или органы.

4.4. Общий срок рассмотрения письменных обращений граждан - тридцать дней со дня регистрации письменного обращения.

4.5. В случаях, требующих проведения соответствующих проверок, изучения и истребования дополнительных материалов, принятия других мер, сроки рассмотрения могут быть в порядке исключения продлены руководителем (заместителем руководителя) медицинской организации не более чем на тридцать дней. При этом в течение месяца с момента поступления обращения его автору письменно сообщается о принятых мерах и о продлении срока рассмотрения обращения.

4.6. При индивидуальном устном информировании граждан (по телефону

или лично) сотрудник медицинской организации, осуществляющий информирование, дает ответ самостоятельно при обращении гражданина. Если сотрудник, к которому обратился гражданин, не может ответить на вопрос самостоятельно, то он предлагает гражданину обратиться в письменной форме либо назначить другое удобное для гражданина время для получения информации.

5. Основания для рассмотрения обращения гражданина

5.1. Основанием для рассмотрения обращения гражданина является обращение гражданина, направленное:

- в письменном виде по почте или факсу в медицинскую организацию;
- электронной почтой в медицинскую организацию;
- лично в медицинскую организацию;
- по телефону.

5.2. При рассмотрении обращения медицинская организация не вправе требовать от гражданина осуществления действий, в том числе согласований, необходимых для рассмотрения обращения и связанных с обращением в иные государственные органы, органы местного самоуправления, организации.

5.3. В обращении заявитель указывает либо наименование медицинской организации, в которую направляет обращение, либо фамилию, имя, отчество соответствующего должностного лица, либо должность соответствующего лица, а также свои фамилию, имя, отчество (последнее - при наличии), адрес электронной почты, если ответ должен быть направлен в форме электронного документа, почтовый адрес, по которому должен быть направлен ответ, уведомление о переадресации обращения, излагает суть предложения, заявления или жалобы, ставит личную подпись и дату.

5.4. Гражданин вправе приложить к такому обращению необходимые документы и материалы в электронной форме либо направить указанные документы и материалы или их копии в письменной форме.

5.5. В случае, если обращение направляется через представителя заявителя, также представляется документ, подтверждающий полномочия на осуществление действий от имени заявителя. В качестве документа, подтверждающего полномочия на осуществление действий от имени заявителя, могут быть представлены:

а) оформленная в соответствии с законодательством Российской Федерации доверенность;

б) копия решения о назначении или об избрании либо приказа о назначении физического лица на должность, в соответствии с которым такое физическое лицо обладает правом действовать от имени заявителя без

доверенности.

5.6. Обращение, поступившее в медицинскую организацию, подлежит обязательному приему.

6. Порядок рассмотрения отдельных обращений

6.1. В случае, если в письменном обращении не указаны фамилия гражданина, направившего обращение, или почтовый адрес, по которому должен быть направлен ответ, ответ на обращение не дается. Если в указанном обращении содержатся сведения о подготавливаемом, совершаемом или совершенном противоправном деянии, а также о лице, его подготавливающем, совершающем или совершившем, обращение подлежит направлению в государственный орган в соответствии с его компетенцией.

6.2. Обращение, в котором обжалуется судебное решение, в течение семи дней со дня регистрации возвращается гражданину, направившему обращение, с разъяснением порядка обжалования данного судебного решения.

6.3. Должностное лицо медицинской организации при получении письменного обращения, в котором содержатся нецензурные либо оскорбительные выражения, угрозы жизни, здоровью и имуществу должностного лица, а также членов его семьи, вправе оставить обращение без ответа по существу поставленных в нем вопросов и сообщить гражданину, направившему обращение, о недопустимости злоупотребления правом.

6.4. В случае, если текст письменного обращения не поддается прочтению, ответ на обращение не дается и оно не подлежит направлению на рассмотрение в государственный орган, орган местного самоуправления или должностному лицу в соответствии с их компетенцией, о чем в течение семи дней со дня регистрации обращения сообщается гражданину, направившему обращение, если его фамилия и почтовый адрес поддаются прочтению.

6.5. В случае, если в письменном обращении гражданина содержится вопрос, на который ему неоднократно давались письменные ответы по существу в связи с ранее направляемыми обращениями, и при этом в обращении не приводятся новые доводы или обстоятельства, руководитель, должностное лицо медицинской организации либо уполномоченное на то лицо вправе принять решение о безосновательности очередного обращения и прекращении переписки с гражданином по данному вопросу при условии, что указанное обращение и ранее направляемые обращения направлялись одному и тому же должностному лицу. О данном решении уведомляется гражданин, направивший обращение.

6.6. В случае, если ответ по существу поставленного в обращении вопроса не может быть дан без разглашения сведений, составляющих государственную или иную охраняемую федеральным законом тайну,

гражданину, направившему обращение, сообщается о невозможности дать ответ по существу поставленного в нем вопроса в связи с недопустимостью разглашения указанных сведений.

6.7. В случае, если причины, по которым ответ по существу поставленных в обращении вопросов не мог быть дан, в последующем были устранены, гражданин вправе вновь направить обращение в соответствующий государственный орган, орган местного самоуправления или соответствующему должностному лицу медицинской организации.

7. Права граждан и обязанности должностных лиц медицинской организации при рассмотрении обращений

7.1. Гражданин на стадии рассмотрения его обращения в медицинской организации, при желании, имеет право:

- представлять дополнительные документы и материалы по рассматриваемому обращению либо обращаться с просьбой об их истребовании, в том числе в электронной форме;

- знакомиться с документами и материалами, касающимися рассмотрения обращения, если это не затрагивает права, свободы и законные интересы других лиц и если в указанных документах и материалах не содержатся сведения, составляющие государственную или иную охраняемую федеральным законом тайну;

- получать письменный ответ по существу поставленных в обращении вопросов, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством;

- получать уведомление о переадресации обращения в государственный орган, орган местного самоуправления или должностному лицу, в компетенцию которых входит разрешение поставленных в обращении вопросов;

- обращаться с жалобой на принятое по обращению решение или на действия (бездействие) в связи с рассмотрением обращения в административном и (или) судебном порядке в соответствии с законодательством Российской Федерации;

- обращаться с заявлением о прекращении рассмотрения обращения.

7.2. Должностные лица медицинской организации обеспечивают:

- объективное, всестороннее и своевременное рассмотрение обращений граждан, в случае необходимости - с участием граждан, направивших обращения;

- получение, в том числе в электронной форме, необходимых для рассмотрения письменных обращений граждан документов и материалов в других государственных органах, органах местного самоуправления и у иных

должностных лиц, за исключением судов, органов дознания и органов предварительного следствия;

- принятие мер, направленных на восстановление или защиту нарушенных прав, свобод и законных интересов граждан;

- уведомление гражданина о направлении его обращения на рассмотрение в другой государственный орган, орган местного самоуправления или иному должностному лицу в соответствии с их компетенцией.

7.3. Конфиденциальные сведения, ставшие известными должностным лицам медицинской организации при рассмотрении обращений граждан, не могут быть использованы во вред этим гражданам, в том числе, если они могут повлечь ущемление чести и достоинства граждан.

7.4. Основными требованиями к качеству рассмотрения обращений в медицинской организации являются:

- достоверность предоставляемой заявителям информации о ходе рассмотрения обращения;

- четкость в изложении информации;

- полнота информирования заявителей о ходе рассмотрения обращения;

- наглядность форм предоставляемой информации об административных процедурах;

- удобство и доступность получения информации заявителями о порядке рассмотрения обращений.

8. Иные требования, в том числе учитывающие особенности работы с обращениями граждан в электронной форме

В медицинской организации осуществляется:

8.1. Обеспечение возможности получения заявителями информации о работе с обращениями на официальном сайте медицинской организации.

8.2. При необходимости обеспечение возможности получения заявителями на официальном сайте медицинской организации форм заявлений и иных документов, необходимых для рассмотрения обращения.

8.3. Обеспечение возможности для заявителей представлять документы в электронном виде с использованием официального сайта медицинской организации.

8.4. Обеспечение при направлении заявителем обращения в форме электронного документа представления заявителю электронного сообщения, подтверждающего поступление обращения в медицинскую организацию.

9. Личный прием граждан в медицинской организации

9.1. Организация личного приёма граждан

9.1.1. Личный прием граждан осуществляется руководителем медицинской организации и его заместителями (далее – руководство

медицинской организации) в соответствии с графиком приёма граждан, утвержденным руководителем медицинской организации.

9.1.2. В случае обращения гражданина к руководству медицинской организации по срочному с точки зрения гражданина вопросу, касающемуся его состояния здоровья и вопросов оказания медицинской помощи конкретному пациенту, то приём данного гражданина осуществляется представителем руководства в ближайшее время независимо от утверждённого графика приёма.

9.1.3. Подготовка документов для приема граждан руководителем медицинской организации и его заместителями возлагается на руководителей структурных подразделений, к компетенции которых относятся вопросы, поставленные в обращении.

9.1.4. График личного приема граждан руководством медицинской организации размещается на официальном сайте медицинской организации и на информационном стенде медицинской организации.

9.1.4. При личном приеме гражданин предъявляет документ, удостоверяющий его личность (паспорт, военный билет, а также иные документы, удостоверяющие личность, в соответствии с законодательством Российской Федерации).

9.1.5. Во время личного приема гражданин делает устное заявление либо оставляет письменное обращение по существу задаваемых им вопросов, в том числе в целях принятия мер по восстановлению или защите его нарушенных прав, свобод и законных интересов. Максимально допустимое время личного приема гражданина не должно превышать 30 минут.

9.1.6. Устные обращения гражданина регистрируются в журнале личного приёма граждан, установленной в медицинской организации формы. В случае, если изложенные в устном обращении факты и обстоятельства являются очевидными и не требуют дополнительной проверки, ответ на обращение с согласия гражданина может быть дан устно в ходе личного приема. В остальных случаях дается письменный ответ по существу поставленных в письменном обращении гражданина вопросов.

9.1.6. Письменные обращения граждан, принятые в ходе личного приема, подлежат регистрации и рассмотрению в соответствии с настоящим Порядком.

9.1.7. Если в ходе личного приема выясняется, что решение поднимаемых гражданином вопросов не входит в компетенцию медицинской организации, гражданину разъясняется, куда и в каком порядке ему следует обратиться.

9.1.8. В ходе личного приема гражданину может быть отказано в рассмотрении его обращения, если ему ранее был дан ответ по существу

поставленных в обращении вопросов.

9.1.9. Контроль за организацией личного приема и учет обращений граждан, рассмотренных на личном приеме в медицинской организации осуществляются соответствующим структурным подразделением медицинской организации (уполномоченным лицом), ответственным за работу с обращениями граждан.

9.1.10. Учет (регистрация) обращений граждан, принятых на личном приеме руководителем медицинской организации и его заместителями, заносятся в журнал, установленной в медицинской организации формы, который должен быть пронумерован, прошнурован и скреплен печатью.

9.1.11. В обязательном порядке журнал личного приема руководителя, заместителя руководителя медицинской организации должен включать следующие разделы:

- дата обращения;
- Ф.И.О. обратившегося;
- адрес фактического проживания;
- тематика обращения;
- Ф.И.О. и должность уполномоченного за рассмотрение;
- результат рассмотрения.

9.1.12. Ведение журналов личного приема руководителя, заместителя руководителя медицинской организации осуществляется в соответствии с Порядком, установленным в медицинской организации.

9.2. Максимальный срок ожидания в очереди при подаче обращения и при получении результата рассмотрения обращения

9.2.1. Срок ожидания заявителя в очереди при личном обращении в медицинскую организацию не должен превышать 20 минут.

9.3. Требования к месту ожидания и приема заявителей

9.3.1. Организация приема граждан осуществляется в специально отведенном месте, учитывающим необходимость обеспечения комфортными условиями заявителей и должностных лиц, в том числе обеспечения возможности реализации прав инвалидов.

9.3.2. Для ожидания приема гражданами, заполнения необходимых документов отводятся места, оборудованные столами, стульями, а также необходимыми канцелярскими принадлежностями (для возможности оформления документов). Имеются справочники (перечни) служебных телефонов сотрудников медицинской организации.

9.3.3. Вход и передвижение по помещениям, в которых проводится личный прием, не должен создавать затруднений для лиц с ограниченными физическими возможностями.

9.3.4. Места получения информации о рассмотрении обращений оборудуются информационными стендами.

9.3.5. Информирование заявителей в части факта поступления обращения, его входящих регистрационных реквизитов, наименования структурного подразделения (уполномоченного лица) медицинской организации, ответственного за его исполнение, осуществляет соответствующее структурное подразделение (уполномоченное лицо), ответственное за регистрацию обращений граждан.

9.3.6. Справочные, статистические и аналитические материалы, касающиеся рассмотрения обращений граждан, могут быть размещены в соответствующем разделе официального сайта медицинской организации.

9.3.7. Информация о приеме граждан размещается на информационных стендах медицинской организации, а также на официальном сайте медицинской организации.

10. Работа с письменными обращениями граждан в медицинской организации

10.1. Приём письменных обращений граждан

10.1.1. Поступающие в медицинскую организацию письменные обращения (бандероли, посылки) принимаются структурным подразделением (уполномоченным лицом), ответственным за регистрацию обращений граждан.

10.1.2. В целях обеспечения безопасности при работе с письменными обращениями они подлежат обязательному вскрытию и предварительному просмотру. В случае выявления опасных или подозрительных вложений в конверте (бандероли, посылке) работа с письменным обращением приостанавливается до выяснения обстоятельств и принятия соответствующего решения руководством структурного подразделения (уполномоченным лицом), ответственного за регистрацию обращений граждан.

10.1.3. При приеме письменных обращений:

- проверяется правильность адресности корреспонденции;
- сортируются телеграммы;
- вскрываются конверты, проверяется наличие в них документов (разорванные документы подклеиваются);
- сортируются ответы на запросы по обращениям граждан;
- поступившие с письмом документы (паспорт, военный билет, трудовая книжка, пенсионное удостоверение, фотографии и другие приложения к письму) подкалываются под скрепку после текста письма, затем подкалывается конверт.

10.1.4. В случае отсутствия самого текста письма работником, принимающим почту, подкалывается бланк с текстом: «Письменного обращения к адресату нет», который прилагается к конверту;

- по выявленным нарушениям и недостаткам составляются акты на письма:

- к которым прилагаются вложенные в конверты денежные знаки, ценные бумаги и т.п.;

- на письма, при вскрытии которых не обнаружилось обращения;

- в конвертах которых обнаружилась недостача документов, упоминаемых автором или вложенной в конверт описью документов.

Акт составляется в двух экземплярах и подписывается работником структурного подразделения (или уполномоченным лицом), ответственным за регистрацию обращений граждан. При этом один экземпляр акта посылается отправителю, второй приобщается к полученным документам и передается вместе с ними на рассмотрение.

10.1.5. Ошибочно (не по адресу) присланные письма возвращаются на почту невскрытыми.

10.2. Регистрация письменных обращений граждан

10.2.1. Регистрация обращений граждан, поступивших в медицинскую организацию, производится работниками структурного подразделения (уполномоченным лицом), ответственного за регистрацию обращений граждан, в соответствующем журнале (базе данных), установленной в медицинской организации формы, в течение одного дня с даты их поступления.

10.2.2. Регистрация письменных обращений и обращений граждан, поступивших по электронной почте, осуществляется работниками структурного подразделения (уполномоченным лицом), ответственного за регистрацию обращений граждан, путем ввода необходимых данных об обратившихся гражданах и содержании их обращений в соответствующую базу данных.

10.2.3. На каждом письменном обращении проставляется регистрационный штамп, дата регистрации и регистрационный номер. Все эти сведения вносятся в журнал регистрации письменных обращений граждан, поступивших в медицинскую организацию (базу данных).

10.2.4. Работники структурного подразделения (уполномоченное лицо), ответственного за регистрацию обращений граждан, при регистрации проверяют установленные реквизиты письма, наличие указанных автором вложений и приложений. При необходимости проверяют поступившие обращения на повторность.

10.2.5. Повторными считаются обращения, поступившие в медицинскую организацию от одного и того же лица по одному и тому же вопросу:

- если заявитель не удовлетворен данным ему ответом по первоначальному заявлению.

10.2.6. Не считаются повторными:

- обращения одного и того же лица, но по разным вопросам;

- обращения, в которых содержатся новые вопросы или дополнительные сведения.

10.2.7. Если адрес отсутствует и на конверте, и в тексте обращения, при определении региона проживания заявителя следует руководствоваться данными почтового штемпеля по месту отправки.

10.2.8. Прошедшие регистрацию обращения граждан в зависимости от содержания вопроса в тот же день направляются для рассмотрения руководителю медицинской организации. При этом в журнале регистрации делается отметка о направлении обращения гражданина на рассмотрение.

10.3. Рассмотрение письменных обращений граждан

10.3.1. По письменному обращению и обращению, поступившему по электронной почте и принятому к рассмотрению, должно быть принято одно из следующих решений о:

- принятии к рассмотрению;

- передаче на рассмотрение заместителям руководителя медицинской организации;

- направлении в другие организации и учреждения;

- приобщении к ранее поступившему обращению;

- сообщении гражданину о невозможности рассмотрения его обращения;

- сообщении гражданину о прекращении переписки;

- списании «В дело».

10.3.2. Обращения граждан по вопросам, не относящимся к компетенции медицинской организации, в течение пяти дней со дня их регистрации пересылаются должностными лицами в соответствующие организации или соответствующему должностному лицу, в компетенцию которых входит решение поставленных в обращении вопросов, с уведомлением гражданина, направившего обращение. Если текст письменного обращения не поддается прочтению, оно не подлежит направлению на рассмотрение в государственный орган, орган местного самоуправления или должностному лицу в соответствии с их компетенцией, о чем в течение пяти дней со дня регистрации сообщается заявителю, направившему обращение, если его фамилия и почтовый адрес поддаются прочтению.

10.3.3. О ходе работы с обращениями граждан, поступившим на

рассмотрение в медицинскую организацию из вышестоящего органа управления, в который они были направлены непосредственно или из Администрации Президента Российской Федерации, Аппарата Правительства Российской Федерации, Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации, Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации, Общественной палаты Российской Федерации, Генеральной прокуратуры Российской Федерации, Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации, Уполномоченного по правам ребенка в Российской Федерации, Министерства здравоохранения Российской Федерации, и взятые ими на контроль, докладывается лично руководителю медицинской организации.

10.3.4. Обращение гражданина, содержащее обжалование решений, действий (бездействия) конкретных должностных лиц и сотрудников медицинской организации, не может направляться этим должностным лицам и сотрудникам для рассмотрения и ответа гражданину. Если исполнение данного условия невозможно, обращение возвращается гражданину с разъяснением его права обжаловать соответствующие решения или действия (бездействие) в установленном порядке в суд.

10.3.4. Все обращения, поступившие в медицинскую организацию, подлежат обязательному рассмотрению. Обращение, в котором содержатся нецензурные либо оскорбительные выражения, угрозы жизни, здоровью и имуществу должностного лица медицинской организации, а также членов его семьи, может быть оставлено без ответа по существу поставленных в нем вопросов с одновременным уведомлением заявителя, направившего обращение, о недопустимости злоупотребления правом.

10.3.5. Обращения, рассмотренные руководителем медицинской организации, передаются в структурное подразделение (уполномоченному лицу), ответственному за регистрацию обращений граждан, для регистрации резолюции в базе данных и последующего направления обращения заместителям руководителя или в соответствующее структурное подразделение для рассмотрения и подготовки ответа.

10.4. Подготовка ответов на письменные обращения граждан

10.4.1. Проект ответа гражданину, подготовленный должностным лицом, ответственным за исполнение поручения (непосредственно или указанного в поручении руководителя, заместителя руководителя медицинской организации первым), согласовывается:

- руководителем структурного подразделения, ответственного за исполнение поручения, либо лицом, его замещающим;
- начальником структурного подразделения - соисполнителя поручения

(если руководством медицинской организации определён соисполнитель), либо лицом, его замещающим.

10.4.2. Ответственность за своевременное, всестороннее и объективное рассмотрение обращений в равной степени несут все указанные в резолюции исполнители.

10.4.3. Обращения, поступившие с пометкой о срочности доставки: «Вручить немедленно» или «Срочно», рассматриваются незамедлительно.

10.4.4. Передача обращений граждан из одного структурного подразделения в другое осуществляется только через соответствующее структурное подразделение (уполномоченное лицо) медицинской организации, ответственное за регистрацию обращений граждан.

10.4.5. В случае разногласий между руководителями структурных подразделений о принадлежности обращения окончательное решение по этому вопросу принимается руководителем медицинской организации или его заместителями в соответствии с курируемыми направлениями деятельности.

10.4.6. Обращение считается разрешенным, если рассмотрены все поставленные в нём вопросы, приняты необходимые меры и дан письменный ответ.

10.4.7. В случае, если данных, указанных в обращении, недостаточно для принятия окончательного решения, запрашиваются необходимые материалы для заключения и обоснованного принятия решения.

10.4.8. Результаты рассмотрения обращения сообщаются его автору.

10.4.9. Ответ должен быть конкретным, ясным по содержанию, обоснованным и охватывать все вопросы, поставленные в обращении.

10.4.10. Если просьба, изложенная в обращении, не может быть разрешена положительно, то указывается, по каким причинам она не может быть удовлетворена.

10.4.11. Исполнитель и лицо, подписавшее ответ, несут ответственность за полноту, содержание, ясность и четкость изложения сути ответа, достоверность ссылки на нормативные акты.

10.4.12. Вносить какие-либо изменения в содержание ответа без разрешения должностного лица, подписавшего его, запрещается.

10.4.13. Ответы на обращения граждан подписывают руководитель медицинской организации или уполномоченный им его заместитель.

10.4.14. Подлинные документы (паспорта, дипломы, трудовые книжки и др.) возвращаются заявителю заказным отправлением вместе с ответом. При этом в ответе должны быть перечислены их наименования и указано общее количество листов приложения.

10.4.15. При рассмотрении обращения не допускается разглашение

сведений, содержащихся в обращении, а также сведений, касающихся частной жизни гражданина, без его согласия.

10.4.16. Не является разглашением сведений, содержащихся в обращении, направление письменного обращения в государственный орган, орган местного самоуправления или должностному лицу, в компетенцию которых входит решение поставленных в обращении вопросов.

10.4.17. Исходящий регистрационный номер ответа на обращение фиксируется в журнале регистрации письменных обращений граждан, поступивших в медицинскую организацию (базе данных).

10.4.18. Перед передачей ответов заявителям на отправку работник структурного подразделения, ответственный за работу по регистрации обращений граждан (уполномоченное лицо), проверяет наличие подписей, виз на копиях ответов, соответствие и наличие приложений, указанных в ответе, правильность написания индекса почтового отделения, адреса, фамилии и инициалов корреспондента и исходящего номера письма.

10.4.19. Оформленные надлежащим образом ответы передаются в структурное подразделение (уполномоченному лицу) медицинской организации, ответственное за рассылку почты, для отправки адресатам почтовым отправлением.

10.4.20. Ответ на обращение, поступившее в медицинскую организацию в форме электронного документа, направляется соответствующим структурным подразделением (уполномоченным лицом) в форме электронного документа по адресу электронной почты, указанному в обращении, или в письменной форме по почтовому адресу, указанному в обращении.

10.4.21. Материалы исполненного обращения с визовой копией ответа заявителю формируются в дела в структурном подразделении (уполномоченным лицом), ответственном за делопроизводство, в соответствии с номенклатурой дел.

10.4.22. Структурное подразделение (уполномоченное лицо), ответственное за информационно-техническое обеспечение, осуществляет администрирование и сопровождение программного обеспечения базы данных по работе с обращениями граждан.

10.4.23. Оформление дел для архивного хранения обращений граждан осуществляется в соответствии с требованиями делопроизводства.

11. Результаты рассмотрения обращений граждан

11.1. Конечными результатами рассмотрения обращения являются:

- ответ на все поставленные в обращении (устном, в письменной форме или в форме электронного документа) вопросы или уведомление о переадресовании обращения в соответствующую организацию или орган, в

компетенцию которого входит решение поставленных в обращении вопросов;

- отказ в рассмотрении обращения (устного, в письменной форме или в форме электронного документа) с изложением причин отказа.

11.2. Процедура рассмотрения обращения завершается путем направления ответа или отказа по существу обращения заявителя и получения гражданином результата рассмотрения обращения в письменной или устной форме или в форме электронного документа.

12. Анализ обращений, поступивших в медицинскую организацию

12.1. По результатам работы с обращениями граждан выполняется анализ работы с обращениями граждан в соответствии с установленной в медицинской организации формой.

12.2. В целях подготовки и проведения мероприятий по устранению причин, порождающих обоснованные жалобы граждан, уполномоченное должностное лицо медицинской организации осуществляют учет и анализ обращений граждан, поступивших в медицинскую организацию.

12.3. Структурное подразделение (уполномоченное лицо), ответственное за работу с обращениями граждан, по итогам года (или за иной период) подготавливает анализ работы с обращениями граждан по установленной в медицинской организации форме.

13. Организация контроля за исполнением Порядка

13.1. Контроль за рассмотрением обращений осуществляется в целях обеспечения своевременного и качественного исполнения поручений по обращениям граждан, принятия оперативных мер по своевременному выявлению и устранению причин нарушения прав, свобод и законных интересов граждан, анализа содержания поступающих обращений, хода и результатов работы с обращениями.

13.2. Контроль за исполнением обращений граждан включает:

- постановку поручений по исполнению обращений на контроль;
- сбор и обработку информации о ходе рассмотрения обращений;
- подготовку оперативных запросов исполнителям о ходе и состоянии исполнения поручений по обращениям;
- подготовку и обобщение данных о содержании и сроках исполнения поручений по обращениям граждан;
- снятие обращений с контроля.

13.3. Контроль за организацией работы по рассмотрению обращений граждан осуществляется Ответственным лицом за организацию работы с обращениями граждан в медицинской организации.

13.4. Соответствующее структурное подразделение (или уполномоченное лицо) медицинской организации, ответственное за регистрацию обращений

граждан, осуществляет особый контроль за исполнением обращений, поступивших в медицинскую организацию из органов управления здравоохранением, иных органов власти с контролем исполнения, а также осуществляет выборочный контроль исполнения любых обращений, поступивших на рассмотрение в медицинскую организацию в соответствии с поручением руководителя медицинской организации.

13.5. Датой снятия с контроля является дата отправления окончательного ответа заявителю и в контролирующий орган (при необходимости).

13.6. Обращения, на которые даются промежуточные ответы, с контроля не снимаются.

13.7. Соответствующее структурное подразделение медицинской организации (или уполномоченное лицо), ответственное за регистрацию обращений граждан, оперативно представляет информацию об обращениях, срок рассмотрения которых истек либо истекает в ближайшие семь дней, руководителю медицинской организации.

13.8. Личная ответственность за исполнение обращений в установленные законодательством Российской Федерации сроки возлагается на заместителей руководителя медицинской организации по направлениям.

13.9. Основанием для проведения внутренней проверки (служебного расследования) по вопросам работы с обращениями граждан являются:

- истечение срока исполнения обращения;
- поступление в медицинскую организацию обращений и заявлений граждан, юридических лиц, индивидуальных предпринимателей, информации от органов государственной власти, органов местного самоуправления, из средств массовой информации о нарушении законодательства о рассмотрении обращений граждан.

13.10. Нарушения установленного Порядка рассмотрения обращений, неправомерный отказ в их приеме, затягивание сроков рассмотрения обращений, их необъективное разбирательство, принятие необоснованных, нарушающих законодательство Российской Федерации решений, предоставление недостоверной информации, разглашение сведений о частной жизни гражданина влекут в отношении виновных должностных лиц медицинской организации ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

13.11. Граждане, их объединения и организации, обратившиеся в установленном законодательством порядке в медицинскую организацию, имеют право на любые предусмотренные действующим законодательством формы контроля за деятельностью медицинской организации по работе с обращениями граждан.

Приложение 16

**ЖУРНАЛ
регистрации обращений граждан**

(Полное наименование лечебного учреждения)

Начат: «__»_____201__г.

Окончен: «__»_____201__г.

Ответственный: _____

Левая сторона

№ п/п	Фамилия, имя отчество заявителя	№ моб. телефона (+7-978-XXX-XX-XX); адрес электронной почты	Адрес места жительства пациента	Наименование организации, направившей обращение	Дата обращения	Дата регистрации обращения	Регистрационный номер обращения
1	2	3	4	5	6	7	8

Правая сторона

Фамилия, имя, отчество работника, его должность. осуществляющего рассмотрение обращения	Краткое содержание (повод) обращения	Результат рассмотрения обращения	Дата регистрации ответа на обращение	Регистрационный номер ответа на обращение	Подпись работника осуществляющего рассмотрение обращения
1	2	3	4	5	6

Форма
анализа работы с обращениями граждан в медицинской организации
(за _____)

указать период

1. Количество обращений граждан, поступивших в медицинскую организацию всего _____

в том числе:

поступивших в письменном виде _____

принятых на личном приёме и зарегистрированных в журналах личного приема руководителя, заместителя руководителя медицинской организации _____

принятых по телефону _____

обращений граждан (жалоб) по вопросам, связанным с оказанием медицинской помощи гражданам в медицинской организации и рассмотренных на заседаниях врачебной комиссии _____

2. Структура поступивших обращений граждан:

жалоб (абс. и в % от общего числа обращений) _____

заявлений (абс. и в % от общего числа обращений) _____

предложений (абс. и в % от общего числа обращений) _____

3. Обращения граждан (жалоб) по вопросам, связанным с оказанием медицинской помощи гражданам в медицинской организации и рассмотренные на заседаниях врачебной комиссии:

всего (абс. и % от всех поступивших обращений в мед. организацию) _____

в том числе:

отказ в медицинской помощи (абс. и в % от общего числа обращений, связанных с оказанием мед. помощи) _____

отсутствие необходимых медикаментов (абс. и в % от общего числа обращений, связанных с оказанием мед. помощи) _____

отказ в приглашении консультантов (абс. и в % от общего числа обращений, связанных с оказанием мед. помощи) _____

отказ в направлении на следующий этап мед. помощи или в другую медицинскую организацию (абс. в % от общего числа обращений, связанных с оказанием мед. помощи) _____

неудовлетворённость качеством лечения и диагностики (абс. и в % от общего числа обращений, связанных с оказанием мед. помощи) _____

не предоставление необходимой информации (абс. и в % от общего числа обращений, связанных с оказанием мед. помощи) _____

нарушения медицинской этики (абс. и в % от общего числа обращений, связанных с оказанием мед. помощи) _____

неправомерное взимание денежных средств (абс. и в % от общего числа обращений, связанных с оказанием мед. помощи) _____

иное (абс. и в % от общего числа обращений, связанных с оказанием мед. помощи) _____

4. Подразделения (медицинские работники) медицинской организации, на деятельность которых поступили обращения (жалобы) граждан за анализируемый период (в т.ч. указать количество поступивших обращений (жалоб)) _____

5. Количество поступивших жалоб граждан, признанных обоснованными _____

6. Меры, принятые по результатам рассмотрения обращений граждан, признанных обоснованными _____ -

7. Количество поступивших жалоб граждан, признанных необоснованными _____

8. Количество обращений (абс. и % от общего числа обращений), на которые ответ был дан непосредственно на личном приёме руководителя, заместителя руководителя медицинской организации _____

9. Количество обращений (абс. и % от общего числа обращений), на которые заявителю был дан письменный ответ по существу в установленные законодательством сроки _____

10. Количество обращений (абс. и % от общего числа обращений), на которые заявителю был дан письменный ответ по существу с нарушением установленных законодательством сроков с указанием причин, допущенных нарушений _____

11. Динамика по количеству и структуре поступивших обращений (жалоб) (граждан) в сравнении с аналогичным по продолжительности предыдущим периодом анализа работы с обращениями граждан _____

12. Основные проблемы в медицинской организации, влияющие на качество работы по рассмотрению обращений граждан (указать) _____

Должность лица,
проводившего анализ

Дата

(подпись)

ФИО

Приложение 18

ПОЛОЖЕНИЕ О ПРОВЕДЕНИИ АНКЕТИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ

1. Положение о проведении анкетирования в разработано в целях учета мнения пациентов об уровне оказания медицинской помощи.

2. Предмет анкетирования - удовлетворенность пациентов медицинской помощью. Под удовлетворенностью понимается степень реализации потребности и ожиданий пациента в отношении полученной медицинской помощи в медицинской организации.

3. Проведение анкетирования осуществляется ежеквартально.

Анкетный опрос пациентов проводится ежеквартально в первые 3-5 дней месяца, следующего за отчетным кварталом, во всех отделениях медицинской организации, участвующих в оказании медицинских услуг пациентам.

4. Исследование выборочное. Объем выборочной совокупности составляет не менее 50 случайно отобранных респондентов при каждом опросе (для обеспечения выборочной совокупности, составляющей малую статистическую группу). Респондентами являются лица, получающие медицинскую помощь.

Во избежание однотипных ответов, лица, привлекаемые к анкетному опросу, должны находиться в разных стационарных отделениях или иметь разных лечащих врачей.

5. Анкеты предлагают выписывающимся стационарным больным и амбулаторным пациентам, решившим проблему, послужившую причиной обращения («законченный случай»).

6. Заполнение анкет для изучения удовлетворенности пациентов медицинской помощью в медицинской организации осуществляется на

добровольной основе всеми желающими пациентами медицинской организации.

7. Респондентам должна быть гарантирована анонимность анкетирования: заполнение анкет в специально отведенном помещении, самостоятельное опускание анкеты в закрытый ящик, проведение опроса с помощью сотрудников медицинской организации, не участвующих в оказании медицинской помощи анкетизируемому лицу.

8. Формулировки вопросов в анкете должны быть четкими и доступными для понимания лицам без медицинского образования.

9. Сводный отчет о результатах проведенного анкетирования в целом по медицинской организации предоставляется в Министерство здравоохранения Республики Крым один раз в полгода в срок до 20 числа месяца, следующего за отчетным периодом (Приложение 18.3).

АНКЕТА

**анализа удовлетворенности качеством предоставления медицинских услуг
в условиях стационара**

Удовлетворены ли Вы:

		Удовлетворен	Частично	Не удовлетворен (указать чем)
1	Оснащенностью материально-бытовым оборудованием (пандусы, поручни, лифты, мебель др.)?			
2	Состоянием помещений стационара (потолки, стены, напольное покрытие, окна, проводка, сантехника)			
3	Условиями содержания в стационаре (наличие доступа к туалету, питьевой воде, качеством уборки помещений, качеством постельного белья, освещенность, температурный режим, режим тишины)?			
4	Питанием в стационаре			
5	Пребывания и обслуживанием в приемном отделении			
6	Информационным обеспечением (информационные стенды, сайт)			
7	Отношением медицинского персонала (вежливость, внимательность, ответы на вопросы по лечению)			

8. Сколько времени Вы ожидали предоставления медицинской помощи, в том числе оформление на госпитализацию, в приемном отделении?

До 30 мин.	От 30 мин. до 1 часа	Свыше 1 часа

9. Была ли у Вас необходимость приобретения лекарственных препаратов, необходимых для лечения, за свои денежные средства?

Да, в качестве лучшей альтернативы	Да, т.к. необходимых лекарственных средств не было в наличии	Нет, нужные лекарства предоставлялись бесплатно	Не возникло необходимости приема лекарственных средств

10. Была ли у Вас необходимость во время пребывания в медицинском учреждении, дополнительного проведения диагностического исследования за свои денежные средства?

Да

Нет

Если да, указать какого именно _____

11. Приходилось ли Вам благодарить (деньгами, подарками) медицинский персонал во время пребывания в стационаре?

Да

Нет

12. Кто был инициатором благодарения _____

Я сам(а)	Медицинский персонал	Мне подсказали

Дата заполнения анкеты « ____ » « _____ » 201__ г.

Благодарим Вас за участие в опросе!

АНКЕТА
анализа удовлетворенности качеством предоставления медицинских услуг
в условиях амбулатории

1) Срок ожидания приема у врача составил:

Меньше 30 мин.	Больше 30 мин.	Больше 1 часа	Больше 2-х часов
----------------	----------------	---------------	------------------

2) Срок ожидания направления на лабораторные исследования составил:

Меньше 5 дней	5 дней	7 дней	8-10 дней
---------------	--------	--------	-----------

3) Срок ожидания направления на диагностические исследования (МРТ, КТ, др.) составил, дней:

До 15	15	От 16 до 20	От 21 до 30	От 31 до 60	Больше 60
-------	----	-------------	-------------	-------------	-----------

4) Удовлетворены ли Вы работой регистратуры (вежливость персонала, скорость обработки информации)?

Удовлетворен	Частично удовлетворен	Не удовлетворен
--------------	-----------------------	-----------------

5) Удовлетворены ли Вы условиями ожидания приема (наличие мест для сидения, доступность туалета, доступность питьевой воды, чистота помещения)?

Удовлетворен	Частично удовлетворен	Не удовлетворен
--------------	-----------------------	-----------------

6) Удовлетворены ли Вы информационным обеспечением (информационные стенды сайт) в данном учреждении?

Удовлетворен	Частично удовлетворен	Не удовлетворен
--------------	-----------------------	-----------------

7) Удовлетворены ли Вы обслуживанием участкового фтизиатра (вежливость, внимательность, предоставление рекомендаций по лечению, разъяснение информации о состоянии здоровья)?

Удовлетворен	Частично удовлетворен	Не удовлетворен
--------------	-----------------------	-----------------

8) Оплачивали ли Вы из своих личных денежных средств какие-либо медицинские услуги в данном медицинском учреждении?

Нет, не оплачивал	Да, оплачивал, а именно _____
-------------------	-------------------------------

Дата заполнения анкеты «__» _____ 201__ г.

Благодарим Вас за участие в опросе!

**Сводный отчет о результатах анкетирования в ГБУЗ РК
«Крымский республиканский клинический центр фтизиатрии и пульмонологии»**

[название учреждение]

за _____ 20_____ года

Всего подразделений (отделений) в учреждении: _____

Количество подразделений (отделений), в которых проведено
одно анкетирование за отчетный период _____

Количество подразделений (отделений), в которых проведено
два анкетирования за отчетный период _____

количество респондентов по стационару _____

Общее количество респондентов по амбулатории _____

Основные жалобы/неудовлетворенность пациентов стационара:

Основные жалобы/неудовлетворенность пациентов амбулатории:

Отчет составил:

_____ должность _____ дата _____ Ф. И. О., подпись

Контактный телефон: _____

Отчет предоставляется в Министерство здравоохранения Республики Крым по итогам полугодия в срок до 20 числа месяца, следующего за отчетным периодом.

Ответственные лица за внутренний КК и БМД