

**государственное бюджетное учреждение здравоохранения
Ставропольского края
«Кисловодская городская стоматологическая поликлиника»**

ПРИКАЗ

9 января 2024 года

№15

«О порядке организации и проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности»

В соответствии с международными и национальными стандартами РФ в области управления качеством в том числе ГОСТ Р ИСО 9000-2015, ГОСТ Р ИСО 9001-2015, ГОСТ Р ИСО 9004-2019, ГОСТ Р 53092-2008, ГОСТ Р ИСО 19011-2021, Указом Президента РФ №548 от 14.11.2017г. «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов РФ», приказом МЗ РФ «О введении формы учета клинико-экспертной работы в лечебно-профилактических учреждениях» №154 от 21.05.2002г., методическими рекомендациями №202/140 от 20.12.2002г. «Учет, оценка и анализ клинико-экспертной деятельности лечебно-профилактических учреждений» (разработанных в соответствии с приказом МЗ РФ №154 от 21.05.2002г.), приказом МЗ СК № 05-02/179 от 01.06.2004 года «О внедрении в работу лечебно-профилактических учреждений края методических рекомендаций МЗ РФ №2002/92 «Управление качеством медицинской помощи в многопрофильном ЛПУ» и «Индустриальные методы управления качеством медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях №2003/1102, на основании Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказа Министерства здравоохранения РФ от 10.05.2017г. №203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи», приказа Министерства здравоохранения РФ от 07.06.2019г. №381н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности», приказа Министерства здравоохранения Ставропольского края от 13.11.2019г. №01-05/1188 «О создании служб по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности» в целях обеспечения прав граждан на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества в соответствии с порядком оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской и на основе клинических рекомендаций, а также соблюдения обязательных требований к обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности, приказа Министерства здравоохранения РФ от 31.07.2020г. №785н «Об утверждении требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности»

П Р И К А З Ы В А Ю:

1. Утвердить и ввести в ГБУЗ СК «КГСП» положение «О порядке организации и проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ СК «КГСП» (Приложение №1).
2. Назначить в ГБУЗ СК «КГСП» уполномоченным по качеству и безопасности медицинской деятельности заместителя главного врача по медицинской части Степанову Светлану Олеговну.
3. Довести настоящий приказ и данное положение до сведения всех работников участвующих в организации и проведении внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ СК «КГСП» под роспись.
4. Создать постоянно действующую комиссию по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ СК «КГСП».
5. Организовать внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности в учреждении в соответствии с положением «О порядке

- организации и проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ СК «КГСП».
6. При выявлении дефектов в лечебно-диагностическом процессе, некачественное оказание медицинской помощи, выявление других нарушений принимать меры к устранению выявленных недостатков.
 7. Утвердить положение «Об уполномоченном в области качества и безопасности в ГБУЗ СК «КГСП» (Приложение №2).
 8. В части проведения мониторинга показателей качества и безопасности медицинской деятельности Комиссия по внутреннему контролю осуществляет следующие функции:
 - разработка, внедрение и актуализация показателей мониторинга качества и безопасности медицинской деятельности, в том числе разработка и оценка критериев качества и безопасности медицинской деятельности;
 - анализ данных, полученных от руководителей структурных подразделений соответствующего профиля, о состоянии медицинской деятельности для учета измерения выявленных показателей и закономерностей для принятия управленческих решений в рамках внутреннего контроля;
 - разработка, утверждение у руководителя Учреждения плана корректирующих мероприятий на основании результатов проверки и анализа мониторинга показателей качества и безопасности медицинской деятельности;
 - анализ результатов корректирующих мероприятий.
 9. Участвовать комиссии в процессе проведения экспертизы оказания медицинской помощи в соответствии с положением ГБУЗ СК «КГСП» «О порядке организации и проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ СК «КГСП» .
 10. Экспертиза в учреждении проводится в соответствии с «Порядком проведения экспертизы процесса оказания медицинской помощи».
 11. Ответственный за качество и безопасность медицинской деятельности в меру своих полномочий в подразделениях
Заведующий терапевтическим отделением №1 – Каграманов Э.С.
Заведующий терапевтическим отделением №2 – Гейвандов Ю.Г.
заведующий ортопедическим отделением – Акаев А-Д. Г.
 12. Уполномоченный по качеству и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ СК «КГСП» руководит комиссией по качеству и безопасности медицинской деятельности, и ответственными за качество и безопасность медицинской деятельности в подразделениях.
 13. Руководитель подразделений ежеквартально проводит тренинг с персоналом по взаимодействию с пациентами.
 14. Утвердить «Порядок проведения экспертизы процесса оказания медицинской помощи в ГБУЗ СК «КГСП»» (Приложение №3).
 15. Утвердить чек-лист для самостоятельной оценки системы контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (Приложение №4).
 16. Утвердить план мероприятий, посвященных Всемирному дню безопасности пациентов к 17 сентября 2024 года (Приложение №5).
 17. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Главный врач

А.А. Чекунов

Приложение №1
к приказу № 1 от 01.01.2024г.

УТВЕРЖДАЮ:
Главный врач
ГБУЗ СК «КГСП»

А.А. Чесунов



ПОЛОЖЕНИЕ

о порядке организации и проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ СК «КГСП»

1. Общие положения

1.1. Настоящее Положение устанавливает требования к организации системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ СК «КГСП» (далее Учреждение) и разработано в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказом Министерства здравоохранения РФ от 7 июня 2019 года №381Н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности», приказом Министерства здравоохранения Ставропольского края от 13 ноября 2019 года №0105/1188 «О создании служб по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности».

1.2. Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ СК «КГСП» (далее - внутренний контроль), проводится Комиссией по внутреннему контролю в состав которой включены специалисты Учреждения.

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

1.4. Организация и проведение внутреннего контроля направлены на решение следующих задач:

- совершенствование подходов к осуществлению медицинской деятельности для предупреждения, выявления и предотвращения рисков, создающих угрозу жизни и здоровью граждан, и минимизации последствий их наступления;
- обеспечение и оценка соблюдения прав граждан в сфере охраны здоровья при осуществлении медицинской деятельности;
- обеспечение и оценка применения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, клинических рекомендаций;
- обеспечение и оценка соблюдения порядков проведения медицинских экспертиз, диспансеризации, медицинских осмотров; • обеспечение и оценка соблюдения медицинскими работниками и руководителем Учреждения ограничений, налагаемых на указанных лиц при осуществлении ими профессиональной деятельности в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», статья 74;

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

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

- предупреждение нарушений при оказании медицинской помощи, являющихся результатом:

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

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

в) не соблюдения сроков ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановой форме, проведения отдельных диагностических обследований и консультаций врачей-специалистов;

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

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

1.5. Ответственным за организацию и проведение внутреннего контроля является уполномоченный по качеству и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ СК «КГСП» заместитель главного врача по медицинской части (далее Уполномоченный по качеству).

1.6. По решению руководителя Учреждения, Комиссией по внутреннему контролю (подкомиссия ВК), для организации и проведения внутреннего контроля качества и безопасности

медицинской деятельности, разрабатываются локальные акты (стандартные операционные процедуры, алгоритмы действий работников организации) в соответствии с нормативными правовыми актами, регламентирующими вопросы организации медицинской деятельности, в том числе порядками оказания медицинской помощи, а также с учетом стандартов медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций.

1.7. По решению руководителя Учреждения для осуществления мероприятий внутреннего контроля могут привлекаться научные и иные организации, ученые и специалисты.

2. Функции Комиссии по внутреннему контролю.

2.1. В части проведения проверок Комиссия по внутреннему контролю осуществляет следующие функции:

- организация и обеспечение проведения проверок Учреждения;
- контроль за соблюдением обязательных требований к внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности и сроков проведения проверок в Учреждении;
- разработка, внедрение и актуализация критериев проверки Учреждения.

2.2. В части проведения мониторинга показателей качества и безопасности

медицинской деятельности Комиссия по внутреннему контролю осуществляет следующие функции:

- разработка, внедрение и актуализация показателей мониторинга качества и безопасности медицинской деятельности, в том числе разработка и оценка критериев качества и безопасности медицинской деятельности;
 - анализ данных, полученных от руководителей структурных подразделений соответствующего профиля, о состоянии медицинской деятельности для учета измерения выявленных показателей и закономерностей для принятия управленческих решений в рамках внутреннего контроля;
- 2.3. Разработка, утверждение у руководителя Учреждения плана корректирующих мероприятий на основании результатов проверки и анализа мониторинга показателей качества и безопасности медицинской деятельности.
- 2.4. Контроль за реализацией плана корректирующих мероприятий.

3. Порядок взаимодействия Комиссии по внутреннему контролю

3. 1. Комиссия по внутреннему контролю взаимодействует:

С главным врачом по вопросам:

- утверждения локальных нормативных документов в области качества;
- утверждения отчетов о результатах внутреннего контроля и планов корректирующих мероприятий;
- принятия управленческих решений в части устранения несоответствий и достижения целевых показателей качества.

С заместителями главного врача в части обсуждения и согласования:

- кандидатур аудиторов для проведения внутреннего контроля;
- целевых показателей в области качества;
- локальных нормативных документов в области качества;
- результатов внутреннего контроля, выявленных проблем и несоответствий;
- планов корректирующих мероприятий и стратегии развития системы по управлению качеством в Учреждении;
- деятельности врачебных комиссий и проведения экспертизы качества медпомощи.

4. Структура внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности

Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ СК «КГСП» осуществляется на следующих уровнях:

Первый уровень — внутренний контроль

Внутренний контроль подразделений (I) - контроль качества осуществляет заведующий отделением

Метод контроля — сбор и обработка показателей.

Заведующий отделением в течение месяца обязан провести внутренний контроль качества, используя критерии оценки качества медицинской помощи и оформить результаты в Журнале регистрации результатов проведения контроля качества и безопасности медицинской деятельности и в оценочных листах критериев оценки качества стоматологической помощи.

Области контроля:

- деятельность подразделения, которая подлежит внутреннему контролю;

- правильность и своевременность оформления медицинской документации (не менее 30% от общего числа законченных случаев);
- компетентность персонала области качества и безопасности медицинской деятельности, в том числе соблюдение ОСТ, СанПин, знание клинических рекомендаций и стандартов оказания медицинской помощи.

Выявленные недостатки в оказании медицинской помощи анализируются и предоставляются в виде отчетов ежемесячно заместителю главного врача по медицинской части для принятия управленческого решения

Второй уровень (II)

Внутренний экспертно-аналитический контроль - контроль качества осуществляет заместитель главного врача по медицинской части.

Метод контроля — клиничко-экспертный контроль случаев обращений за медпомощью на основании первичной медицинской документации пациента, разработка плана корректирующих мероприятий, проведение образовательных мероприятий.

Проверке подлежат все амбулаторные карты пациентов, временно утративших трудоспособность, случаи осложнений в период лечения, после него, с анализом причин госпитализации. Выборочно проводится проверка амбулаторных карт врачей-стоматологов (не менее 30% от числа случаев, проверенных зав. отделением, при внутреннем контроле подразделений). Учет контроля качества ведется в Журнале учета клиничко-экспертной работы. Составляются карты экспертной оценки качества. Заместителем главного врача по медицинской части, ежемесячно осуществляется анализ сведений об объемах и результатах контроля качества и экспертиз качества медицинской помощи.

Область контроля:

- показатели деятельности подразделений;
- нормативное обеспечение медицинской помощи (порядки, алгоритмы, регламенты).

Третий уровень (III) — внутренние проверки Учреждения, осуществляет Комиссия по контролю качества и безопасности медицинской деятельности (III а) и уполномоченный по качеству (III б). Методы и формы проверки:

- оценка текущего состояния деятельности поликлиники;
- анализ деятельности на соответствие критериям;
- разработка и проведение корректирующих мероприятий.

Виды проверок — плановая и внеплановая.

Контролируемые показатели по направлениям:

- управление персоналом;
- идентификация личности пациентов;
- эпидемиологическая безопасность (профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи ИСМП)
- лекарственная безопасность;
- контроль качества и безопасности обращения медицинских изделий;
- организация неотложной помощи;
- хирургическая безопасность, профилактика рисков, связанных с оперативными вмешательствами;
- организация медицинской помощи на основании порядков, стандартов и клинических рекомендаций (протоколов лечения);
- организация профилактической работы, формирование здорового образа жизни среди населения;
- организация работы регистратуры;
- соблюдение безопасных условий труда;
- обращения граждан.

Третий уровень (III б) – организация корректирующих мероприятий, которые осуществляет Уполномоченный по качеству

Методы и формы:

- сбор показателей мониторинга качества и безопасности медицинской деятельности;
- сбор предложений по корректирующим мероприятиям;
- формирование сводного отчета и аналитической справки;
- формирование плана корректирующих мероприятий; — проведение образовательных мероприятий.

Четвертый уровень (IV) - анализ со стороны высшего руководства и принятие управленческих решений осуществляет Главный врач.

Методы и формы:

- рассмотрение результатов внутреннего контроля и проверок Учреждения.

Область контроля:

- сводные отчеты о результатах внутреннего контроля и проверок;
- утвержденный план мероприятий по совершенствованию качества и безопасности медицинской деятельности на предстоящий период.

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

5.1. Внутренний контроль включает следующие мероприятия:

- оценку качества и безопасности медицинской деятельности Учреждения, структурных подразделений путем проведения плановых и целевых (внеплановых) проверок;
- сбор статистических данных, характеризующих качество и безопасность медицинской деятельности Учреждения, и их анализ;
- учет нежелательных событий при осуществлении медицинской деятельности (фактов и обстоятельств, создающих угрозу причинения или повлекших причинение вреда жизни и здоровью граждан и (или) медицинских работников, а также приведших к удлинению сроков оказания медицинской помощи);
- мониторинг наличия лекарственных препаратов и медицинских изделий в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций;
- анализ информации о побочных действиях, нежелательных реакциях, серьезных нежелательных реакциях, непредвиденных нежелательных реакциях при применении лекарственных препаратов, об индивидуальной непереносимости, отсутствии эффективности лекарственных препаратов, а также об иных фактах и обстоятельствах, представляющих угрозу жизни или здоровью человека при применении лекарственных препаратов и выявленных на всех этапах обращения лекарственных препаратов, сообщаемой Учреждением в уполномоченный федеральный орган исполнительной власти;
- анализ информации обо всех случаях выявления побочных действий, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия, о нежелательных реакциях при его применении, об особенностях взаимодействия медицинских изделий между собой, о фактах и об обстоятельствах, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации медицинских изделий, сообщаемой Учреждением в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения.

5.2. Плановые проверки проводятся в соответствии с ежегодным планом, утверждаемым Главным врачом ГБУЗ СК «КГСП» не реже 1 раза в год.

Предмет плановых и целевых (внеплановых) проверок определяется в соответствии с пунктом 1.4. настоящего Положения.

5.3. Целевые (внеплановые) проверки проводятся:

- при наличии отрицательной динамики статистических данных, характеризующих качество и безопасность медицинской деятельности Учреждения, 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 Учреждении, содержащим информацию об угрозе причинения и (или) причинении вреда жизни и здоровью граждан;
- в случаях внутрибольничного инфицирования и осложнений (ИСМП), вызванных медицинским вмешательством.

5.4. Анализ случаев оказания медицинской помощи в ходе плановых и целевых (внеплановых) проверок осуществляется для оценки качества и безопасности медицинской деятельности Учреждения, в том числе для оценки характера, частоты и причин возможных нарушений при оказании медицинской помощи пациенту, приведших к ухудшению состояния здоровья пациента, создавшего риск прогрессирования имеющегося заболевания, создавших риск возникновения нового заболевания, а также к неэффективному использованию ресурсов Учреждения, неудовлетворенности пациента медицинской помощью.

5.5. Срок проведения плановых и целевых (внеплановых) проверок устанавливается руководителем Учреждения либо Уполномоченным по качеству, в зависимости от предмета проверки, но не должен превышать 10 рабочих дней.

5.6. Плановые и целевые (внеплановые) проверки, осуществляемые в рамках внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, предусматривают оценку следующих показателей:

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

- преемственность оказания медицинской помощи на всех этапах;
- оказание медицинской помощи, в том числе в условиях чрезвычайных ситуаций;
- маршрутизацию пациентов, включая организацию консультаций, дополнительных методов обследования в иных медицинских организациях;

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

3) обеспечение взаимодействия Учреждения с медицинскими организациями, оказывающими скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь;

4) обеспечение преемственности оказания медицинской помощи на всех этапах (в том числе при переводе пациента к специалисту другого стоматологического профиля, передаче дежурства и иных обстоятельствах) с соблюдением требований к ведению медицинской документации;

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

вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи;

б) наличие локальных нормативных актов, регламентирующих работу регистратуры, в том числе при оказании медицинской помощи в экстренной и неотложной форме;

7) обеспечение своевременного оказания медицинской помощи при обращении пациента на всех этапах ее оказания;

8) обеспечение оказания гражданам медицинской помощи в экстренной форме, наличие в Учреждении лекарственных препаратов и медицинских изделий для оказания медицинской помощи в экстренной форме;

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

10) обеспечение комфортных условий пребывания пациентов в Учреждении, включая организацию мест ожидания для пациентов, законных представителей и членов семей пациентов;

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

- обеспечение контроля сроков годности лекарственных препаратов;
- обеспечение контроля условий хранения лекарственных препаратов, требующих особых условий хранения;
- хранение лекарственных препаратов в специально оборудованных помещениях и (или) зонах для хранения;
- соблюдение требований к назначению лекарственных препаратов, а также учет рисков при применении лекарственных препаратов (в том числе, аллергологического анамнеза, особенностей взаимодействия и совместимости лекарственных препаратов) с внесением соответствующих сведений в медицинскую документацию);
- осуществление контроля качества письменных назначений лекарственных препаратов; Мониторинг наличия лекарственных препаратов и медицинских изделий проводится по решению руководителя Учреждения, но не реже, чем раз в квартал.

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

- профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (в том числе внутрибольничных инфекций);
- направление на микробиологические исследования (включая случаи подозрения и (или) возникновения внутрибольничных инфекций);
- организация дезинфекции и стерилизации медицинских изделий;
- соблюдение технологий проведения инвазивных вмешательств;
- обеспечение условий оказания медицинской помощи пациентам, требующим изоляции (с инфекциями, передающимися воздушно-капельным путем, особо опасными инфекциями), в соответствии с порядками и алгоритмами 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 противозидемических мероприятий при возникновении случая инфекции;

13) подтверждение соответствия на всех этапах оказания медицинской помощи, начиная с регистратуры (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;

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

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

- обучение работников Учреждения применению, эксплуатации медицинских изделий;

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

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

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

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

Учреждения, в том числе информирование пациентов о методах профилактики инфекционных заболеваний, основах здорового образа жизни;

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

- проведение обучения медицинских работников по вопросам раннего выявления онкологических заболеваний;
- информирование пациентов по вопросам раннего выявления онкологических заболеваний;

19) организация работы регистратуры, включая:

- деятельность регистратуры;
- предварительную запись пациентов на прием к врачу; прием и регистрацию вызовов в стационар;
- соблюдение порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- систематизацию хранения медицинской документации и ее доставки в кабинеты приема врачей-специалистов;
- обеспечение навигационной информации для пациентов с учетом характера расположения помещений;
- взаимодействие регистратуры со структурными подразделениями Учреждения;
- коммуникация работников регистратуры с пациентами, в том числе наличие «речевых модулей» на разные типы взаимодействия, порядка действия в случае жалоб пациентов и конфликтных ситуаций;
- порядок записи и отмены записи пациентов на прием при непосредственном обращении в поликлинику, по телефону, через медицинскую информационную систему;
- порядок уведомления пациента об отмене приема по инициативе Учреждения;
- распределение потоков пациентов, требующих оказания медицинской помощи в плановой, неотложной и экстренной формах;

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

21) проведение информирования граждан в доступной форме, в том числе с использованием сети

«Интернет», об осуществляемой медицинской деятельности и о медицинских работниках Учреждения, об уровне их образования и об их квалификации;

22) организация проведения профилактических и периодических медицинских осмотров;

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

24) обеспечение доступа работников Учреждения к информации, содержащей клинические рекомендации, порядки оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи, а также осуществление мероприятий по информированию работников Учреждения об

опубликовании новых клинических рекомендаций, порядков оказания медицинской помощи и их пересмотре.

25) обеспечение порядка проведения экспертизы процесса оказания медицинской помощи в

ГБУЗ СК «КГСП»

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

6.1. По результатам плановых и целевых (внеплановых) проверок Комиссией по внутреннему контролю и (или) Уполномоченным по качеству составляется протокол, включающий в том числе выработку мероприятий по устранению выявленных нарушений и улучшению деятельности Учреждения и медицинских работников.

6.2. По итогам проведенных мероприятий внутреннего контроля осуществляются:

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

6.3. Комиссией по внутреннему контролю и (или) Уполномоченным по качеству не реже 1 раза в полугодие, а также по итогам года формируется сводный отчет, содержащий информацию о состоянии качества и безопасности медицинской деятельности в Учреждении, на основании которого руководителем при необходимости утверждается перечень корректирующих мер.

6.4. Информация, указанная в пунктах 6.2 и 6.3 настоящего Положения, доводится до сведения сотрудников Учреждения путем проведения совещаний, конференций, в том числе клинических разборов и иных организационных мероприятий.

7. Права Комиссии по внутреннему контролю

Комиссия по внутреннему контролю имеет право:

- осуществлять в пределах своей компетенции проверку и координацию деятельности структурных подразделений Учреждения по вопросам обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности;
- осуществлять получение, сбор и анализ сведений о деятельности структурных подразделений;
- знакомиться с документами, связанными с целями, задачами и предметом внутреннего контроля, в том числе с медицинской документацией, снимать копии с указанных документов, а также производить в необходимых случаях фото- и видеосъемку при осуществлении осмотра и обследования;
- знакомиться с результатами анкетирования и устных опросов пациентов и (или) их законных представителей, членов семьи пациента, работников Учреждения, а также результата анализа жалоб и обращений граждан;
- доступа в структурные подразделения Учреждения, а также в здания, строения, сооружения, помещения, к используемому оборудованию и транспортным средствам;

- организовывать проведение необходимых исследований, экспертиз, анализов и оценок; вносить руководству предложения по совершенствованию форм и методов работы Учреждения в области качества и безопасности медицинской деятельности;
- по результатам плановых и целевых (внеплановых) проверок составлять отчет, включающий в том числе выработку мероприятий по устранению выявленных нарушений и улучшению деятельности Учреждения и медицинских работников.

8. Ответственность Комиссии по внутреннему контролю

8.1. Комиссия по внутреннему контролю несет ответственность за несоблюдение утвержденного Положения о порядке организации и проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ СК «КГСП».

8.2. Комиссия по внутреннему контролю, в своей работе, должна обеспечивать объективность при организации и проведении проверок.