

ФБУ ЦЕНТР РЕАБИЛИТАЦИИ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО
СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ «ТУМАННЫЙ»

«15» 01 2025 года

г. Сорск

№ 7/1

О внутреннем контроле качества и безопасности медицинской
деятельности в ФБУ Центр реабилитации СФР «Туманный»

В соответствии со статьей 90 Федерального закона от 21 ноября 2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 № 785н «Об утверждении требований в организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности», П Р И К А З Ы В А Ю :

1. Утвердить:

-Положение о порядке организации и проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ФБУ Центр реабилитации СФР «Туманный» (приложение № 1);

-Положение о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности в ФБУ Центр реабилитации СФР «Туманный» (Приложение № 2);

-Положение о комиссии по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности в ФБУ Центр реабилитации СФР «Туманный» (Приложение № 3).

-Состав комиссии по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности в ФБУ Центр реабилитации СФР «Туманный» (Приложение № 4);

-Форму журнала внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности и инструкцию по его ведению (Приложение № 5);

-Форму Карты экспертной оценки внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (Приложение № 6);

-Форму Отчета по экспертной оценке медицинских карт (Приложение № 7);

-Форму отчёта о проведении внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (Приложение № 8);

-Форму отчёта о результатах проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности путем проведения плановых и целевых (внеплановых) проверок (Приложение № 9);

-Перечень статистических данных, характеризующих качество и безопасность медицинской деятельности ФБУ Центр реабилитации СФР «Туманный», мероприятия по их анализу и сбору (Приложение № 10);

-Форму учета статистических данных, характеризующих качество и безопасность медицинской деятельности, сбор и анализ которых осуществляется в ФБУ ЦР СФР «Туманный» (Приложение № 11);

-Оценочные чек-листы по внутреннему контролю качества и безопасность медицинской деятельности: «Управление персоналом при осуществлении медицинской деятельности»; «Эпидемиологическая безопасность (профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи)»; «Лекарственная безопасность»; «Безопасность обращения медицинских изделий»; «Безопасность при организации экстренной и неотложной помощи»; «Безопасность среды в медицинской организации»; «Безопасность при организации ухода за пациентами, в том числе профилактике пролежней и падений»; «Обеспечение качества медицинской помощи. Контроль соблюдения порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций и стандартов медицинской помощи» (Приложение № 12);

-План проверок по контролю качества и безопасности медицинской деятельности на 2024 год. (Приложение № 13).

2. Назначить ответственной за организацию и проведение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности и.о. заместителя директора по медицинской части Кирееву Л.Н.

3. Признать утратившим силу Приказ «О внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности в ФБУ Центр реабилитации СФР «Туманный» от 29.12.2023 № 290-п.

4. Руководителям структурных подразделений ознакомить подчиненных работников с настоящим приказом под подпись.

5. Контроль исполнения приказа возложить на и.о. заместителя директора по медицинской части.

И.о. директора



Н.М. Тарасова

Согласованно:
И.о. заместителя директора
по медицинской части



Е.А. Мартынова

Приложение № 1
к приказу ФБУ Центр реабилитации
СФР «Туманный»
от 15.01.25. № 7/1

Положение о порядке организации и проведения
внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности
в ФБУ Центр реабилитации СФР «Туманный»

I. Общие положения

1. Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности (далее - внутренний контроль) в Федеральном бюджетном учреждении Центр реабилитации Фонда социального страхования Российской Федерации «Туманный» (далее - Центр реабилитации) осуществляется с целью обеспечения прав граждан на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, правилами проведения лабораторных, инструментальных и иных видов диагностических исследований, положениями об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядками организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, порядками проведения медицинских экспертиз, медицинских осмотров, с учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций, а также соблюдения обязательных требований к обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности.

2. Организация и проведение внутреннего контроля с учетом вида Центра реабилитации, условий и форм оказания медицинской помощи в Центре реабилитации и перечня работ (услуг), указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности, направлены на решение следующие 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, правил проведения лабораторных, инструментальных и иных видов диагностических исследований, положений об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядков организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, стандартов медицинской помощи;

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

обеспечение и оценка соблюдения медицинскими работниками и руководителем Центра реабилитации ограничений, налагаемых на указанных лиц при осуществлении ими профессиональной деятельности в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

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

предупреждение нарушений при оказании медицинской помощи, являющихся результатом:

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

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

- несоблюдения сроков ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановой форме, включая сроки ожидания оказания медицинской помощи в стационарных условиях, проведения отдельных диагностических обследований и консультаций врачей-специалистов;

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

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

3. Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности организуется и проводится Комиссией по внутреннему контролю качества Центра реабилитации (далее - Комиссия), включающей работников Центра реабилитации.

4. В целях организации и проведения внутреннего контроля Центром реабилитации разрабатывается положение о порядке организации и проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, регламентирующее:

- функции и порядок взаимодействия Комиссии, директора Центра реабилитации и уполномоченных работников структурных подразделений Центра реабилитации и врачебной комиссии Центра реабилитации в рамках организации и проведения внутреннего контроля;

- цель, задачи и сроки проведения внутреннего контроля;

- основания для проведения внутреннего контроля;

- права и обязанности лиц, участвующих в организации и проведении внутреннего контроля;

- порядок регистрации и анализа результатов внутреннего контроля;

- порядок использования результатов внутреннего контроля в целях управления качеством и безопасностью медицинской деятельности.

-

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

5. Внутренний контроль включает следующие мероприятия:

- оценку качества и безопасности медицинской деятельности Центра реабилитации, его структурных подразделений путем проведения плановых и целевых (внеплановых) проверок;

- сбор статистических данных, характеризующих качество и безопасность медицинской деятельности Центра реабилитации, 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 Центром реабилитации 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 Центром реабилитации в установленном Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти порядке;

мониторинг наличия у медицинских работников документов об образовании и сертификата специалиста либо свидетельства об аккредитации специалиста.

6. Плановые проверки качества и безопасности медицинской деятельности проводятся в соответствии с ежегодным планом, утверждаемым директором Центра реабилитации, не реже 1 раза в квартал.

Предмет плановых и целевых (внеплановых) проверок определяется в соответствии с пунктом 2 Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности согласно приложению, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 № 785н.

7. Целевые (внеплановые) проверки проводятся:

- при наличии отрицательной динамики статистических данных, характеризующих качество и безопасность медицинской деятельности Центра реабилитации, 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 Центре реабилитации, содержащим информацию об угрозе причинения и (или) причинении вреда жизни и здоровью граждан;

- во всех случаях: летальных исходов;

- внутрибольничного инфицирования и осложнений, вызванных медицинским вмешательством.

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

9. Проверка по тематически однородной совокупности случаев проводится в отношении определенной совокупности случаев, отобранных по тематическим признакам.

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

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

11. Срок проведения плановых и целевых (внеплановых) проверок устанавливается директором Центра реабилитации, либо уполномоченным им заместителем в зависимости от предмета проверки и особенностей деятельности Центра реабилитации, но не должен превышать 10 рабочих дней.

12. При проведении плановых и целевых (внеплановых) проверок Комиссия имеет право:

- осуществлять получение, сбор и анализ сведений о деятельности структурных подразделений Центра реабилитации;
- 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 Центра реабилитации, а также результата анализа жалоб и обращений граждан;
- доступа в структурные подразделения Центра реабилитации, а также в здания, строения, сооружения, помещения, к используемому оборудованию и транспортным средствам;
- организовывать проведение необходимых исследований, экспертиз, анализов и оценок.

13. Плановые и целевые (внеплановые) проверки, осуществляемые в рамках внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, в соответствии с видами, условиями и формами оказания медицинской помощи, перечня работ (услуг), указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности, предусматривают оценку следующих показателей:

1) наличие в Центре реабилитации нормативных правовых актов (в том числе, изданных федеральными органами государственной власти, органами государственной власти Республики Хакасия, органами местного самоуправления), регламентирующих вопросы организации медицинской деятельности, включая:

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

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

2) обеспечение оказания медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, правилами проведения лабораторных, инструментальных и иных видов диагностических исследований, положениями об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядками организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, порядками проведения медицинских экспертиз с учетом стандартов медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций;

3) соблюдение безопасных условий при транспортировке пациента (в пределах Центра реабилитации и (или) переводе в другую медицинскую организацию);

4) обеспечение преемственности оказания медицинской помощи на всех этапах (в том числе при переводе пациента, выписке из Центра реабилитации, 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;

6) наличие локальных нормативных актов, регламентирующих работу, с учетом особенностей деятельности структурных подразделений Центра реабилитации;

7) осуществление сортировки пациентов при поступлении и (или) обращении в зависимости от диагноза;

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

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

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

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

12) обеспечение возможности проведения лабораторных и инструментальных исследований в Центре реабилитации, в случае оказания медицинской помощи в стационарных условиях (в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, правилами проведения лабораторных, инструментальных и иных видов диагностических исследований);

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

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

15) соблюдение прав пациентов при оказании медицинской помощи, в том числе, обеспечение комфортных условий пребывания пациентов в Центре реабилитации, включая организацию мест ожидания для пациентов, законных представителей и членов семей пациентов;

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

- обеспечение контроля сроков годности лекарственных препаратов;
- обеспечение контроля условий хранения лекарственных препаратов, требующих особых условий хранения;
- хранение лекарственных препаратов в специально оборудованных помещениях и (или) зонах для хранения;

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

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

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

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

- организация дезинфекции и стерилизации медицинских изделий;

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

- соблюдение технологий проведения инвазивных вмешательств;

- 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;

18) проведение мониторинга длительности пребывания пациента в стационарных отделениях Центра реабилитации;

19) 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;

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

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

- обучение работников медицинской организации применению, эксплуатации медицинских изделий;

21) осуществление мероприятий по облегчению боли, связанной с заболеванием, состоянием и (или) медицинским вмешательством, методами и лекарственными препаратами;

22) осуществление мероприятий по организации безопасной среды для пациентов и работников Центра реабилитации, в том числе:

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

- проведение мероприятий по снижению риска травматизма и профессиональных заболеваний;

- обеспечение защиты от травмирования элементами медицинских изделий;

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

наличие и исправность систем жизнеобеспечения (включая резервное электроснабжение);

- соблюдение внутреннего распорядка Центра реабилитации;

- обеспечение охраны и безопасности в Центре реабилитации (включая организацию доступа в 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 Центра реабилитации;

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

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

- оценка риска возникновения пролежней;
- проведение мероприятий по профилактике пролежней;
- анализ информации о случаях пролежней.

24) организация мероприятий по профилактике неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни структурными подразделениями Центра реабилитации, в том числе информирование пациентов о методах профилактики неинфекционных заболеваний, основах здорового образа жизни;

25) обеспечение функционирования медицинской информационной системы Центра реабилитации, включая информационное взаимодействие с государственными информационными системами в сфере здравоохранения Республики Хакасия и единой государственной информационной системой в сфере здравоохранения, размещение в них сведений в соответствии с законодательством Российской Федерации;

26) проведение информирования граждан в доступной форме, в том числе с использованием сети «Интернет», об осуществляемой медицинской деятельности и о медицинских работниках Центра реабилитации, об уровне их образования и об их квалификации;

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

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

29) обеспечение доступа работников Центра реабилитации к информации, содержащей клинические рекомендации, порядки оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи, а также осуществление мероприятий по информированию работников Центра реабилитации об опубликовании новых клинических рекомендаций, порядков оказания медицинской помощи и их пересмотре.

14. Мониторинг наличия лекарственных препаратов и медицинских изделий проводится по решению директора Центра реабилитации, но не реже, чем 1 раз в квартал.

15. Анализ информации, указанной в абзацах пятом и шестом пункта 1 из раздела II настоящего Положения, проводится Комиссией не реже 1 раза в квартал.

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

1. По результатам плановых и целевых (внеплановых) проверок Комиссией оформляются документы, составляется отчет, включающий, в том числе выработку мероприятий по устранению выявленных нарушений и улучшению деятельности Центра реабилитации и медицинских работников.

2. По итогам проведенных мероприятий внутреннего контроля осуществляются:

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

3. Комиссией не реже 1 раза в полугодие, а также по итогам года формируется сводный отчет, содержащий информацию о состоянии качества и безопасности медицинской деятельности в Центре реабилитации, на основании которого директором Центра реабилитации при необходимости утверждается перечень корректирующих мер.

4. Информация, указанная в пунктах 2 и 3 раздела III настоящего Положения, доводится до сведения сотрудников Центра реабилитации путем проведения совещаний, конференций, в том числе клинических разборов и иных организационных мероприятий с составлением протоколов о выполнении мероприятий по устранению выявленных при проведении внутреннего контроля нарушений с подписью всех присутствующих.

Положение о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской
деятельности в ФБУ Центр реабилитации СФР «Туманный»

I. Общие положения

1. Положение о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности в ФБУ Центр реабилитации СФР «Туманный» (далее - Положение) устанавливает единый порядок организации и проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (далее - внутренний контроль) соответствия качества выполняемых медицинских услуг установленным требованиям (стандартам) и безопасностью медицинской помощи, оказываемой гражданам.

2. Настоящее Положение разработано в соответствии с:

- Федеральным законом от 22.11.2011 № 323-ФЗ «Об Основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- законом Российской Федерации от 07.02.92 № 2300-1 «О защите прав потребителей»;
- постановлением Правительства Российской Федерации от 16.04.2012 № 291 «Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности»;
- постановлением Правительства Российской Федерации от 12.11.2012 № 1152 «Об утверждении Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности»;
- приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 05.05.2012 № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации»;
- приказом Министерства здравоохранения РФ от 31.07.2020 № 785н «Об утверждении требований в организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности»

3. Основные термины и определения, используемые при организации и проведении внутреннего контроля:

- 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;
- медицинская деятельность - профессиональная деятельность по оказанию медицинской помощи, проведению медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий;
- медицинский работник - физическое лицо, которое имеет медицинское или иное образование, работает в медицинской организации и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности;
- 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;
- компоненты качества медицинской помощи - выполнение медицинских технологий; оптимальность использования кадровых, материально-технических, информационных ресурсов; риск для пациента; удовлетворенность пациентов медицинской помощью;

- контроль качества и безопасности медицинской деятельности - деятельность по проверке и оценке соответствия оказываемой медицинской помощи требованиям стандартов медицинской помощи, порядков оказания медицинской помощи, клинических протоколов, других нормативных документов, устанавливающих объем и содержание медицинской помощи;

- специалист по контролю качества и безопасности медицинской деятельности - врач-специалист, имеющий высшее профессиональное образование, сертификат специалиста, стаж работы по соответствующей врачебной специальности не менее 5 лет, прошедший подготовку по вопросам контроля качества медицинской помощи, владеющий специальными знаниями и методическими приемами планирования, организации контроля качества и безопасности медицинской деятельности, анализа ее результатов, подготовки проектов управленческих решений по улучшению качества медицинской помощи;

- объект контроля - медицинский работник, оказывающий медицинскую помощь, качество и безопасность которой подвергается оценке;

- дефекты медицинской помощи - действия или бездействия медицинских работников, проявляющиеся несоответствием медицинской помощи (медицинской услуги) обязательным требованиям, предусмотренным законодательством; нарушением требований безопасности медицинской услуги; несоответствием медицинской помощи (услуги) целям, для которых данная медицинская помощь (услуга) обычно оказывается, выразившимся в причинении вреда жизни и здоровью пациентов; неоптимальным выбором технологии оказания медицинских услуг; нарушением правил оформления медицинской документации;

- управление качеством медицинской помощи - совокупность мер организационного, медицинского, научного, правового, экономического характера, направленных на обеспечение правильного выполнения медицинских технологий, снижение риска ухудшения состояния пациентов и неблагоприятного социального прогноза вследствие медицинской помощи, оптимизацию расходов ресурсов здравоохранения, обеспечение удовлетворенности потребителей медицинских услуг;

- управленческое решение по улучшению качества и безопасности медицинской деятельности - совокупность мероприятий, направленных на улучшение качества медицинской помощи, представленная в форме нормативного правового акта или распорядительного документа.

II. Порядок организации и проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности

1. Внутренний контроль проводится во всех структурных подразделениях Центра реабилитации, оказывающих медицинскую помощь и осуществляется Комиссией по внутреннему контролю качества Центра реабилитации.

2. Внутренний контроль осуществляется по трёхуровневой системе в соответствии с показателями и балами:

№	Показатели	балл
A.	Оценка диагностических мероприятий (ОДМ)	3
	1. Объем и качество обследования (сбор жалоб, анамнеза, физикальных данных, консультация специалистов, осмотр зав. отделением)	1
	Полное	1
	Частичное, несвоевременное, избыточное, что не отразилось на исходе заболевания	0,5
	Неполное, несвоевременное, повлекшее за собой ухудшение состояния больного	0
	2. Объем лабораторных обследований в соответствии со стандартами	1

	Полное	1
	Неполное, в т.ч. не выполнены контрольные анализы при выписке при имеющихся изменениях, избыточное	0,5
	Нет интерпретации лабораторных данных лечащим врачом	0
	3. Объем инструментальных обследований в соответствии со стандартами	1
	Полное	1
	Частичное, несвоевременное, избыточное	0,5
	Не выполнено	0
Б.	Оценка полноты диагноза (ОПД)	2
	1. Диагноз поставлен в соответствии с правилами классификации (фаза, стадия процесса, локализация, нарушение функции, соп. заб. осложнения)	1
	Правильно	1
	Не полностью сформулирован, нарушена структура диагноза, не отмечены соп. заболевания	0,5
	Не соответствует клинике, расхождение с патологоанатомическим диагнозом	0
	2. Обоснование диагноза	
	Обоснование полное, с данными клиники и исследований	1
	Частично обоснован, нет плана ведения, нет этапных эпикризов, неинформативные записи, нет осмотра заведующего отделением	0,5
	Не обоснован	0
В.	Оценка лечебно-профилактических мероприятий (ОЛПМ)	2
	1. Адекватность лечения по диагнозу	1
	Адекватное, своевременное	1
	Неполное, избыточное (полипрогмазия), несвоевременно начато, необоснованное назначение препаратов.	0,5
	Не проведено лечение сопутствующего (их) заболевания (й) в стадии обострения, не соответствует стандартам	0
	2. Цель лечения в Центре реабилитации	1
	Достигнута (выздоровление, улучшение)	1
	Частично достигнута (без перемен)	0,5
	Не достигнута	0
Г.	Преемственность этапов (ПЭ)	1
	Соблюдена	1
	Частично соблюдена	0,5
	Не соблюдена	0
	Оформление документации (ОД)	1
Д.	Соответствует принятым нормам	1
	Небрежное оформление, неточность и разночтения в истории болезни, не принятые сокращения	0,5
	Невозможность прочтения, утераны анализы, не записаны заключения проведенных исследований и консультации специалистов	0
	Сумма баллов	9

где:

- качественно оказанная медицинская помощь (итоговый коэффициент качества КМП

>8);

- качественно оказанная медицинская помощь, сопровождавшаяся единичными дефектами медицинской помощи, которые не привели и не могли привести к ухудшению состояния здоровья пациента или его смерти (итоговый коэффициент качества КМП=5,5 - 8);

- некачественно оказанная медицинская помощь (итоговый коэффициент качества КМП <5,5).

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

4. В Центре реабилитации обеспечивается прохождение ответственными за проведение контроля тематического повышения квалификации по контролю качества медицинской помощи с установленной периодичностью.

5. Ответственные за проведение контроля несут персональную ответственность за объективность оценки качества оказанной медицинской помощи при проведении внутреннего контроля в соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации и должностными инструкциями.

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

7. Внутренний контроль проводится по медицинской документации (медицинская карта стационарного больного, иная медицинская документация, содержащая информацию о медицинской помощи, оказанной в конкретном проверяемом случае).

8. В обязательном порядке внутреннему контролю подлежат следующие случаи медицинской помощи:

- случаи летальных исходов;

- случаи, сопровождающиеся нежелательными реакциями на применение лекарственных препаратов;

- случаи, сопровождавшиеся жалобами пациентов или их законных представителей на качество оказания медицинской помощи;

- случаи, при проверках которых контролирующими органами и организациями (Роспотребнадзор, Росздравнадзор, и др.) были выявлены дефекты медицинской помощи.

9. Случаи, подлежащие внутреннему контролю в обязательном порядке, отбираются для контроля и проверяются в первую очередь. Отбор случаев для проведения контроля осуществляется с охватом всех структурных подразделений (отделений, должностей медицинских работников) Центра реабилитации.

10. Из случаев, подлежащих внутреннему контролю в обязательном порядке, врачебной комиссией Центра реабилитации рассматриваются:

- случаи, сопровождавшиеся жалобами пациентов или их законных представителей на качество оказания медицинской помощи;

- случаи, сопровождающиеся ятрогенными осложнениями;

- иные случаи, в соответствии с положением о деятельности врачебной комиссии.

11. Устанавливаются следующие минимальные объемы проведения внутреннего контроля, подлежащих контролю в обязательном порядке:

- 1 уровень: для заведующих отделениями не менее 50% экспертиз в месяц, от числа законченных случаев;

- 2 уровень: для заместителя директора Центра реабилитации по медицинской части - не менее 10% отобранных в течение месяца выборочным путём медицинским статистиком медицинских карт, по которым проведены экспертизы заведующими отделений;

- 3 уровень: для врачебной комиссии Центра реабилитации не менее 10 % отобранных в течение квартала выборочным путём медицинским статистиком медицинских карт, от медицинских

карт, по которым проведены экспертизы заместителем директора Центра реабилитации по медицинской части.

12. Объем работы врачебной комиссии Центра реабилитации по проведению внутреннего контроля определяется функциями по обеспечению контроля качества медицинской помощи, возложенными на врачебную комиссию действующими нормативными правовыми актами Российской Федерации и приказами Центра реабилитации.

13. В целях своевременного устранения причин дефектов медицинской помощи и обеспечения эффективной обратной связи с исполнителями медицинских услуг, рекомендуется обеспечивать проведение внутреннего контроля в текущем режиме (не реже, чем 1 раз в месяц).

14. Проведение внутреннего контроля конкретному пациенту, предусматривает оценку ее соответствия порядкам оказания медицинской помощи, стандартам медицинской помощи, протоколам ведения больных, зарегистрированным медицинским технологиям, установленным в медицинской практике требованиям к проведению диагностических, лечебных, реабилитационных, профилактических мероприятий, проведению медицинской экспертизы, медицинского освидетельствования, оформлению медицинской документации, с учетом современного уровня развития медицинской науки, медицинских технологий и клинических особенностей каждого конкретного случая оказания медицинской помощи.

15. Внутренний контроль проводится по методике экспертной оценки конкретного случая оказания медицинской помощи, заключающийся в проведении последовательной оценки каждой составляющей, с учетом его клинических особенностей:

- сбор жалоб и анамнеза;
- проведение клинико-диагностических мероприятий;
- оформление диагноза;
- проведение лечебных и профилактических мероприятий;
- соблюдение преемственности этапов оказания медицинской помощи;
- оформление медицинской документации.

Приложение № 3
к приказу ФБУ Центр реабилитации
СФР «Туманный»
от 15.01.25. № 2/1

**Положение о комиссии по внутреннему контролю качества и безопасности
медицинской деятельности в ФБУ Центр реабилитации СФР «Туманный»**

I. Общие положения

1. Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности (далее - внутренний контроль) в ФБУ Центр реабилитации СФР «Туманный» организуется и проводится Комиссией по внутреннему контролю, включающей работников ФБУ Центр реабилитации СФР «Туманный».

2. Комиссия по внутреннему контролю ФБУ Центр реабилитации СФР «Туманный» (далее - Комиссия) создается в целях совершенствования организации оказания медицинской помощи гражданам, обеспечения безопасности медицинской деятельности.

3. В своей деятельности 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, включая Порядок, законами и иными нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации.

II. Функции Комиссии по внутреннему контролю

1. Комиссия выполняет следующие функции:

1.1. организация системы внутреннего контроля в соответствии с требованиями к его организации и проведению, утвержденными уполномоченным федеральным органом исполнительной власти Российской Федерации (далее - Требования);

1.2. разработка, актуализация и совершенствование локальных нормативных актов, регламентирующих данное направление работы;

1.3. организация и проведение внутреннего контроля в соответствии с Требованиями;

1.4. распределение полномочий;

1.5. контроль соблюдения Требований к организации и проведению внутреннего контроля должностными лицами Центра реабилитации в пределах их компетенции;

1.6. непосредственное осуществление внутреннего контроля;

1.7. своевременное выявление и пресечение (предотвращение) грубых и явных нарушений и экстремальных отклонений, создающих угрозу жизни, здоровью и благополучию пациентов и/или работников Центра реабилитации;

1.8. предотвращение нарушений Требований при осуществлении медицинской деятельности и оказании медицинской помощи и отклонений лечебно-диагностического процесса;

1.9. выявление и анализ причин дефектов, допущенных при осуществлении медицинской деятельности, в т.ч. недостатков условий и процессов медицинской деятельности, личностных негативных факторов и других причин;

1.10. информационно-методическое сопровождение медицинской деятельности структурных подразделений Центра реабилитации и внутреннего контроля;

1.11. организация систематического обучения работников структурных подразделений Центра реабилитации по вопросам обеспечения качества и проведения внутреннего контроля, индивидуальная и групповая разъяснительная работа в коллективе;

1.12. взаимодействие с врачебной комиссией (подкомиссиями), включая разбор случаев, подлежащих обязательному внутреннему контролю;

1.13. систематический сбор, хранение, анализ и использование результатов внутреннего контроля в целях управления медицинской деятельностью Центра реабилитации;

1.14. контроль соблюдения Требований к объёму и качеству исполнения контрольных функций;

1.15. выявление систематических нарушений и отклонений статистическими методами, их коррекция и выработка управленческих решений, направленных на предотвращение нарушений и отклонений;

1.16. аналитическая работа и обработка результатов выполненных проверок в целях управления медицинской деятельностью;

1.17. выработки на основе анализа медицинской деятельности Центра реабилитации мер, направленных на повышение качества, и их реализации;

1.18. осуществление системного анализа медицинской деятельности в Центре реабилитации, включая условия осуществления медицинской деятельности, её организационную структуру, кадровые, материальные и иные ресурсы, процессы, технологии и другие значимые в отношении качества параметры и проведение их объективной оценки, выявление их связи и взаимозависимости, а также произведение оценки эффективности использования ресурсов;

1.19. разработка и участие в реализации в пределах своей компетенции управленческих решений, направленных на повышение качества, включая улучшение материально-технического обеспечения и снабжения, профессиональной подготовки персонала, условий его работы, ответственности и мотивации, информационно-методического обеспечения и автоматизации процессов, организации медицинской деятельности и управления;

1.20. обобщение представлений директору Центра реабилитации результатов анализа медицинской деятельности Центра реабилитации вместе с выводами и предложениями по усовершенствованию и повышению качества, оформленных в виде служебных записок, отчетов, планов по улучшению качества в соответствии с Требованиями;

1.21. организация систематического профессионального обучения работников Центра реабилитации по специальности, а также по вопросам обеспечения качества и проведения внутреннего контроля в соответствии с Требованиями;

1.22. организация и проведение методической работы с медицинским персоналом Центра реабилитации и обеспечение информационно-методического сопровождения медицинской деятельности, обмен опытом и другие мероприятия по вопросам обеспечения качества и проведения внутреннего контроля;

1.23. участие в разработке системы мотивации персонала на соблюдение Требований и повышение качества с позитивными и негативными, материальными и нематериальными компонентами;

1.24. анализ эффективности принимаемых мер, направленных на улучшение качества, проведение их коррекции.

III. Порядок создания и деятельности Комиссии по внутреннему контролю

1. Комиссия и ее рабочие группы создается на основании приказа директора Центра реабилитации.

2. В соответствии с поставленными задачами и особенностями деятельности Центра реабилитации и его структурных подразделений по решению директора Центра реабилитации в составе Комиссии формируются рабочие группы по направлениям деятельности.

3. Комиссия состоит из председателя, заместителя председателя, секретаря и членов комиссии (специалистов по направлениям деятельности).

4. Председателем Комиссии назначается медицинский работник из числа руководящего состава.

5. В состав Комиссии, её рабочих групп включаются заведующие структурными подразделениями Центра реабилитации, врачи-специалисты и работники Центра реабилитации других профилей в зависимости от направлений деятельности.

В состав рабочей группы входят председатель, секретарь, члены рабочей группы.

Председателем рабочей группы является заместитель главного врача по профилю деятельности, руководитель структурного подразделения, службы.

Персональный состав рабочей группы формируется председателем Комиссии и утверждается приказом директора Центра реабилитации.

6. Секретарь Комиссии, назначаемый председателем Комиссии, осуществляет следующие функции:

6.1. подготовка материалов для проведения проверки (контрольных мероприятий)

6.2. уведомление членов Комиссии о дате и времени проведения проверки (контрольных мероприятий)

6.3. подготовка материалов для заседания Комиссии;

6.4. оформление решений Комиссии в виде отчета; организация хранения материалов работы Комиссии.

7. Состав рабочей группы формируется председателем рабочей группы с учетом проверяемого направления медицинской деятельности и поставленных целей.

По результатам проверки отчет предоставляется председателю Комиссии.

8. Врачи-специалисты Центра реабилитации могут привлекаться к участию в работе Комиссии в пределах своей компетенции.

9. В случае необходимости по решению директора Центра реабилитации Комиссией могут проводиться целевые (внеплановые) проверки (экспертные мероприятия) с последующим обсуждением и анализом полученных данных на заседании Комиссии.

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

11. Мониторинг наличия лекарственных препаратов и медицинских изделий проводится по решению директора Центра реабилитации, но не реже, чем 1 раз в квартал.

12. Анализ информации о побочных действиях, нежелательных реакциях, серьезных нежелательных реакциях, непредвиденных нежелательных реакциях при применении лекарственных препаратов, об индивидуальной непереносимости, отсутствии эффективности лекарственных препаратов, а также об иных фактах и обстоятельствах, представляющих угрозу жизни или здоровью человека при применении лекарственных препаратов и выявленных на всех этапах обращения лекарственных препаратов, сообщаемой медицинской организацией в уполномоченный федеральный орган исполнительной власти, проводится Комиссией не реже 1 раза в квартал.

13. Анализ информации обо всех случаях выявления побочных действий, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия, о нежелательных реакциях при его применении, об особенностях взаимодействия медицинских изделий между собой, о фактах и об обстоятельствах, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации медицинских изделий, сообщаемой медицинской организацией в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения, проводится Комиссией не реже 1 раза в квартал.

14. По результатам плановых и целевых (внеплановых) проверок Комиссией составляется отчет, включающий, в том числе, выработку мероприятий по устранению выявленных нарушений и улучшению деятельности Центра реабилитации и медицинских работников.

15. Комиссией не реже 1 раза в полугодие, а также по итогам года формируется сводный отчет, содержащий информацию о состоянии качества и безопасности медицинской деятельности в Центре реабилитации, на основании которого директором Центра реабилитации при необходимости утверждается перечень корректирующих мер.

16. Решение Комиссии считается принятым, если его поддержало две трети членов Комиссии.

17. Решение Комиссии оформляется в виде отчета.

18. Отчеты Комиссии подлежат хранению в течение 3 лет.

19. Информация об итогах проведенных мероприятий внутреннего контроля доводится до сведения сотрудников Центра реабилитации путем проведения заседаний врачебной комиссии, совещаний, конференций и иных организационных мероприятий.

20. Контроль деятельности Комиссии осуществляет директор Центра реабилитации.

IV. Порядок взаимодействия Комиссии (рабочих групп), руководителей и работников структурных подразделений Центра реабилитации, врачебной комиссии (подкомиссий)

Центра реабилитации в рамках организации и проведения внутреннего контроля

1. Комиссия (рабочая группа) осуществляет свою деятельность во взаимодействии с руководителями и работниками структурных подразделений Центра реабилитации, врачебной комиссией (подкомиссиями) Центра реабилитации.

2. Во взаимодействии с руководителями и работниками структурных подразделений Центра реабилитации Комиссия (рабочая группа) выполняет следующие функции:

непосредственное осуществление внутреннего контроля;

выявление нарушений и отклонений, создающих угрозу жизни, здоровью и благополучию пациентов и/или работников Центра реабилитации, выявление и анализ причин дефектов, допущенных при осуществлении медицинской деятельности, в том числе недостатков условий и процессов медицинской деятельности, личностных негативных факторов и других причин;

информационно-методическое сопровождение медицинской деятельности и внутреннего контроля;

организация систематического обучения работников Центра реабилитации по вопросам обеспечения качества и проведения внутреннего контроля, индивидуальная и групповая разъяснительная работа в коллективе.

3. Во взаимодействии с врачебной комиссией (подкомиссиями) комиссия выполняет следующие функции:

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

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

направление сообщений в Федеральную службу по надзору в 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;

оценка соблюдения в Центре реабилитации установленного порядка ведения медицинской документации;

разработка мероприятий по устранению и предупреждению нарушений в процессе диагностики и лечения пациентов;

изучение каждого случая смерти пациента в целях выявления причины смерти, а также выработки мероприятий по устранению нарушений в деятельности Центра реабилитации и медицинских работников в случае, если такие нарушения привели к смерти пациента;

анализ заболеваемости внутрибольничными инфекциями, разработка и реализация мероприятий по профилактике заболеваемости внутрибольничными инфекциями;

организация и проведение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (по решению директора Центра реабилитации);

взаимодействие в работе по вопросам, относящимся к компетенции врачебной комиссии, с региональными отделениями СФР, территориальными органами Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы, со страховыми медицинскими организациями, иными органами и организациями;

рассмотрение обращений (жалоб) по вопросам, связанным с оказанием медицинской помощи граждан в Центре реабилитации;

иные функции, предусмотренные федеральными законами, нормативными правовыми актами Президента Российской Федерации, Правительства Российской Федерации, федеральных органов исполнительной власти и органов государственной власти Республики Хакасия, органов местного самоуправления.

4. Все остальные функции Комиссия выполняет самостоятельно.

V. Права Комиссии по внутреннему контролю

При проведении плановых и целевых (внеплановых) проверок Комиссия имеет право: осуществлять получение, сбор и анализ сведений о деятельности структурных подразделений Центра реабилитации;

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, а также результата анализа жалоб и обращений граждан;

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

организовывать проведение необходимых исследований, проверок, анализов и оценок; участвовать в организации медицинской деятельности, включая создание и совершенствование условий для осуществления медицинской деятельности, её материально-техническое, информационно-методическое, кадровое обеспечение и управление;

принимать участие во внедрении и совершенствовании системы мотивации работников Центра реабилитации на соблюдение Требований, повышение качества медицинской деятельности и эффективности использования ресурсов;

проводить собрания коллектива в Центре реабилитации, общих, групповых и индивидуальных занятий с работниками Центра реабилитации с целью обучения и инструктажа работников и других мероприятий, направленных на обеспечение качества и внутреннего контроля;

участвовать в заседаниях врачебной комиссии (подкомиссий);

принимать участие в разрешении конфликтных ситуаций в коллективе, решении сложных и проблемных вопросов, связанных с организацией медицинской деятельности и создании необходимых условий, обеспечением качества и внутреннего контроля.

VI. Обязанности Комиссии по внутреннему контролю

Председатель Комиссии и члены Комиссии (рабочих групп) обязаны: знать содержание требований законодательства РФ по вопросам соблюдения прав граждан в сфере охраны здоровья граждан, порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи, клинических рекомендаций, критериев оценки качества оказания медицинской помощи, порядков проведения медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, соблюдения медицинскими работниками

ограничений, применяемых к указанным лицам при осуществлении профессиональной деятельности;

отслеживать изменения в законодательстве в сфере здравоохранения;

поддерживать в актуальном состоянии систему внутреннего контроля;

обеспечивать исполнение Требований в Центре реабилитации;

проводить системный анализ медицинской деятельности Центра реабилитации, её материально-технического, кадрового, информационного обеспечения, снабжения и управления;

выносить предложения директору Центра реабилитации по совершенствованию ресурсного обеспечения и организации процессов, эффективному использованию ресурсов и повышению качества;

выявлять, анализировать и доводить до сведения директора Центра реабилитации причины дефектов;

проводить организационно-методическую работу с медицинским персоналом, формировать с участием директора Центра реабилитации эффективную систему мотивации работников, обеспечить соблюдение интересов третьих лиц и требований законодательства при работе с персональными данными и медицинской документацией;

обеспечить активное участие в развитии Центра реабилитации, в том числе по вопросам внедрения новых медицинских технологий, методов диагностики и лечения, медицинского оборудования, лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения и медицинских материалов с доказанной высокой эффективностью, новых методов организации лечебно-диагностического процесса и управления Центром реабилитации, информационных технологий, средств автоматизации и контроля, систем мотивации персонала и других способов повышения эффективности медицинской деятельности.

VII. Ответственность членов Комиссии

Председатель Комиссии несет персональную ответственность за деятельность Комиссии (рабочих групп), своевременность, обоснованность и объективность принятых решений.

Члены Комиссии, виновные в нарушении законодательства Российской Федерации, иных нормативных правовых актов, несут дисциплинарную, административную, гражданско-правовую и уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Приложение № 4
к приказу ФБУ Центр реабилитации
СФР «Туманный»
от 30.01.2017 № 2/1

Состав комиссии по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности в ФБУ Центр реабилитации СФР «Туманный»

Председатель комиссии:

Мартынова Елена Александровна, заведующий физиотерапевтическим отделением.

Заместитель председателя комиссии:

Елисеева Татьяна Георгиевна, заведующая терапевтическим отделением.

Члены комиссии:

Киреева Лиана Николаевна, заведующая лечебно-оздоровительным отделением;

Золочевская Ольга Робертовна, главная медицинская сестра;

Харланова Лилия Геннадьевна, врач-терапевт, с исполнением обязанностей секретаря комиссии.

В период отсутствия одного из членов комиссии, в комиссию вводится Харланов Николай Иванович, врач - невролог.

Приложение № 5
к приказу ФБУ Центр реабилитации
СФР «Туманный»
от 15.01.25 № 7/1

**Форма ЖУРНАЛА
внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности**

№ п/п	Провер- яемый перио- д	Ф.И.О. леч. врача	Ф.И.О. пациен- та	Ном- ер исто- рии боле- зни	Диа- гноз (код МК Б)	Выявленные дефекты медицинской помощи						Итоговая оценка качества медицинской помощи
						Сбор жалоб анамнеза	Диагн- стиче- ские мероп- риятия	Оформ- ление диагно- за	Лечебные мероприят- ия	Профилакти- ческие мероприят- ия	Оформления медицинской документации	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

**ИНСТРУКЦИЯ ПО ВЕДЕНИЮ ЖУРНАЛА
ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

- В 1 графе журнала указывается порядковый номер проверяемого случая оказания медицинской помощи. Нумерация обнуляется с начала каждого календарного года.
- Во 2 графе указывается дата проведения проверки.
- В 3 графе указывается фамилия и инициалы медицинского работника, оказывающего медицинскую помощь, отделение, (подразделение), в котором он работает.
- В 4 графе указывается фамилия и инициалы пациента, случай оказания медицинской помощи которому проверяется.
- В 5 графе указывается при стационарном лечении номер истории болезни. При необходимости может быть указан номер полиса ОМС, номер телефона.
- В 6 графе указывается клинический или заключительный диагноз (допускается краткая формулировка диагноза).
- В графах с 7 по 13 проставляется оценка с учетом выявленных дефектов медицинской помощи.

- в 7 графе - дефектов, допущенных при сборе жалоб и анамнеза;
- в 8 графе - дефектов, допущенных при проведении диагностических мероприятий;
- в 9 графе - дефектов, допущенных при формулировке диагноза;
- в 10 графе - дефектов, допущенных при проведении лечебных мероприятий;
- в 11 графе - дефектов, допущенных при проведении профилактических мероприятий;
- в 12 графе - дефектов, допущенных при оформлении медицинской документации.
- В 13 графе проставляется итоговый коэффициент качества (сумма коэффициентов граф 7-12, деленная на 10);

для подразделений СМП - сумма коэффициентов граф 7-10 и 12, деленная на 7 и делится итоговая оценка качества медицинской помощи, установленная в конкретном случае оказания медицинской помощи, с учетом выявленных дефектов:

качественно оказанная медицинская помощь (аббревиатура - «КМП»), итоговый коэффициент качества - $>0,8$;

качественно оказанная медицинская помощь, сопровождавшаяся единичными дефектами медицинской помощи, которые не привели и не могли привести к ухудшению состояния здоровья пациента или его смерти (аббревиатура - «ДМП») итоговый коэффициент качества $0,55-0,8$;

некачественно оказанная медицинская помощь (аббревиатура - «НКМП») итоговый коэффициент качества - $>0,55$.

Приложение № 6
к приказу ФБУ Центр реабилитации
СФР «Туманный»
от 15.01.25 № 24

Форма Карта экспертной оценки внутреннего контроля качества
и безопасности медицинской деятельности (1 уровень, 2 уровень, 3 уровень)

Медицинская карта № _____

Отделение _____

Ф.И.О. пациента _____

Дата поступления _____ Дата выписки _____ к/дней

Дата рождения _____ Возраст _____

Клинический диагноз _____

Осложнение _____

Сопутствующий диагноз _____

Лечащий врач (ФИО) _____

№	Показатели	балл	1 ур.	2 ур-	3ур.
А.	Оценка диагностических мероприятий (ОДМ)	3			
	1. Объем и качество обследования (сбор жалоб, анамнеза, физикальных данных, консультация специалистов, осмотр зав. отделением)	1			
	Полное	1			
	Частичное, несвоевременное, избыточное, что не отразилось на исходе заболевания	0,5			
	Неполное, несвоевременное, повлекшее за собой ухудшение состояние больного	0			
	2. Объем лабораторных обследований в соответствии со стандартами	1			
	Полное	1			
	Неполное, в т.ч. не выполнены контрольные анализы при выписке при имеющихся изменениях, избыточное	0,5			
	Нет интерпретации лабораторных данных лечащим врачом	0			
	3. Объем инструментальных обследований в соответствии со стандартами	1			
	Полное	1			
	Частичное, несвоевременное, избыточное	0,5			
	Не выполнено	0			
Б.	Оценка полноты диагноза (ОПД)	2			
	1. Диагноз поставлен в соответствии с правилами классификации (фаза, стадия процесса, локализация, нарушение функции, соп. заб. осложнения)	1			
	Правильно	1			
	Не полностью сформулирован, нарушена структура диагноза, не отмечены соп.заболевания	0,5			
	Не соответствует клинике, расхождение с патологоанатомическим диагнозом	0			

	2. Обоснование диагноза				
	Обоснование полное, с данными клиники и исследований	1			
	Частично обоснован, нет плана ведения, нет этапных эпикризов, неинформативные записи, нет осмотра заведующего отделением	0,5			
	Не обоснован	0			
в.	Оценка лечебно-профилактических мероприятий (ОЛПМ)	2			
	1. Адекватность лечения по диагнозу	1			
	Адекватное, своевременное	1			
	Неполное, избыточное (полипрогмазия), несвоевременно начато, необоснованное назначение препаратов.	0,5			
	Не проведено лечение сопутствующего (их) заболевания (й) в стадии обострения, не соответствует стандартам	0			
	2. Цель лечения в Центре реабилитации	1			
	Достигнута (выздоровление, улучшение)	1			
	Частично достигнута (без перемен)	0,5			
	Не достигнута	0			
г.	Преимственность этапов (ПЭ)	1			
	Соблюдена	1			
	Частично соблюдена	0,5			
	Не соблюдена	0			
д.	Оформление документации (ОД)	1			
	Соответствует принятым нормам	1			
	Небрежное оформление, неточность и разночтения в истории болезни, не принятые сокращения	0,5			
	Невозможность прочтения, утеряны анализы, не записаны заключения проведенных исследований и консультации специалистов	0			
	Сумма баллов	9			

Заключение:

Подписи:

Приложение № 7
к приказу ФБУ Центр реабилитации
СФР «Туманный»
от 18.01.2018 № 7/1

Форма Отчета за _____ 20 ____ -г.
(месяц)

(наименование структурного подразделения ФБУ Центр реабилитации СФР «Туманный»)
по экспертной оценке медицинских карт

Наименование структурного подразделения	Всего пролечено больных	Количество проведенных экспертиз	Количество медицинских карт с выявленными дефектами медицинской помощи (абс. числа)				Итоговая оценка качества медицинской помощи (коэффициент качества)	
			Диагностиче- ские мероприятия	Полнота диагноза	Лечебно- профилактические мероприятия	Преемст- венность этапов		Оформл- ение медици- некой докуме- нтации

Приложение № 8
к приказу ФБУ Центр реабилитации
СФР «Туманный»
от 15.04.2019 № 7/1

**Отчет о проведении внутреннего контроля качества и безопасности медицинской
деятельности в медицинской организации**

№ п/п	Наименование показателя	Количество
1. Плановые проверки		
1.1.	Проведено плановых проверок	
1.2.	Количество проверок запланированных .	
1.3.	Процент выполнения плана проверок	
1.4.	Количество плановых проверок, проведенных с нарушением сроков проведения.	0
1.5.	Количество плановых проверок, в ходе которых выявлены нарушения	0
1.6.	Количество выявленных нарушений , в ходе плановых проверок	0
2. Целевые (внеплановые проверки)		
2.1	Проведено внеплановых проверок, за период в том числе:	0
2.1.1	При наличии отрицательной динамики статистических данных, характеризующих качество и безопасность медицинской деятельности	0
2.1.2.	При поступлении жалоб по вопросам качества и безопасности медицинской деятельности.	0
2.1.3.	В случае летальных исходов.	0
2.1.4.	В случае внутрибольничного инфицирования и осложнений, вызванных медицинским вмешательством.	0
2.2.	Количество плановых проверок, проведенных с нарушением сроков проведения.	0
2.3.	Количество плановых проверок, в ходе которых выявлены нарушения	0
2.4.	Количество выявленных нарушений , в ходе плановых проверок	0
3. Мероприятия, направленные на повышение качества и безопасности медицинской деятельности.		
3.1.	Предложения по устранению и предупреждению нарушений в процессе диагностики и лечения пациентов	
3.2.	Проведено лекций для медицинских работников.	

Приложение № 9
к приказу ФБУ Центр реабилитации
СФР «Туманный»
от 15.02.2018 № 2/1

Форма отчета
о результатах проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской
деятельности в ФБУ ЦР СФР «Туманный» путём проведения плановых и целевых
(внеплановых) проверок

1. Тип проверки: _____
плановая/целевая (внеплановая)
2. Предмет проверки: _____
(В соответствии с пунктами 7 и 8 Положения о порядке организации и проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ФБУ Центр реабилитации ФСС РФ «Туманный».)
3. Срок проведения проверки: с _____ по _____ (_____ дней).
(Не должен превышать 10 рабочих дней)
4. Состав комиссии:
Председатель: _____
Члены комиссии: _____
- Секретарь: _____
5. Цель проверки: _____
6. Рассмотренная документация: _____
7. Установленные при проведении проверки обстоятельства: _____
8. Показатели, которые были оценены в рамках проверки: (при плановой проверке) _____
9. Оценка и характеристики выявленных нарушений: _____
(При наличии)
10. Предложения по устранению и предупреждению нарушений в процессе диагностики и лечения пациентов: _____
11. Анализ результатов внутреннего контроля в целях их использования для совершенствования _____ к _____ осуществлению _____ медицинской деятельности: _____

Члены комиссии:
Секретарь :

Мероприятия
по устранению выявленных нарушений и улучшению деятельности медицинской организации и
медицинских работников

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 реализации

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:

1. Недостаточные знания медицинских работников

2. Невыполнение медицинскими работниками должностных инструкций и/или иных нормативных актов

3. Недостаточная информированность медицинских работников

4. Отсутствие/недостаточность исполнительской дисциплины

5. Отсутствие текущего контроля

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

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

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

9. Недостаточное регулирование того или иного вопроса локальными нормативными актами медицинской организации

10. Иные причины выявленных нарушений

Приложение № 10
к приказу ФБУ Центр реабилитации
СФР «Туманный»
от 11.06.2021 № 2/

**Перечень статистических данных, характеризующих качество и
безопасность медицинской деятельности ФБУ Центр реабилитации
СФР «Туманный», мероприятия по их анализу и сбору**

К мероприятиям по сбору статистических данных, характеризующих качество и безопасность медицинской деятельности медицинской организации, и их анализу, в том числе относятся следующие:

- сбор статистических данных (далее - Данные), которые характеризуют выполнение задач, поставленных Требованиями к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, утверждёнными Приказом Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. № 785н (далее Требования);

- анализ Данных, которые характеризуют выполнение задач, поставленных Требованиями;

- определение условий, которым должны удовлетворять Данные, характеризующие качество и безопасность медицинской деятельности медицинской организации.

Сбор Данных, характеризующих качество и безопасность медицинской деятельности медицинской организации, и их анализ, включает сбор и анализ Данных, которые характеризуют выполнение поставленных Требованиями к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности следующих задач:

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

- обеспечение и оценка порядков оказания медицинской помощи, правил проведения диагностических исследований, положений об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядков организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, стандартов медицинской помощи;

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

- обеспечение и оценка соблюдения медицинскими работниками и руководителями медицинских организаций ограничений, налагаемых на указанных лиц при осуществлении ими профессиональной деятельности в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. N323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

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

- задачи, направленные на предупреждение нарушений при оказании медицинской помощи и совершенствование подходов к осуществлению медицинской деятельности для предупреждения, выявления и предотвращения рисков, создающих угрозу жизни и здоровью граждан, и минимизации последствий их наступления.

Данные, характеризующие качество и безопасность медицинской деятельности медицинской организации, должны удовлетворять следующим условиям:

- отражать решение/не решение задач внутреннего контроля, поставленных Требованиями;

- сбор Данных должен осуществляться непосредственно при проведении плановых и целевых (внеплановых) проверок;

- по каждой задаче внутреннего контроля, поставленной Требованиями, должны быть определены соответствующие укрупнённые Данные, которые при необходимости

структурировать на ещё более детальные Данные, предназначенные для углублённого анализа;

- формулировка Данных, а также их анализ, должны быть максимально простыми и понятными для медицинских работников медицинской организации;
- количество собираемых и анализируемых укрупнённых Данных должно быть ограниченным;
- данные должны обеспечивать их удобную, простую и наглядную отслеживаемость в динамике.

Данные, характеризующие качество и безопасность медицинской деятельности медицинской организации, сбор и анализ которых осуществляется в ФБУ Центр реабилитации СФР «Туманный»

№	Наименование Данных	Единица измерения	Регистрация, анализ и использование Данных	Оценка изменений
1	Соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья при осуществлении медицинской деятельности	Количественный показатель (абс. цифры) выявленных нарушений прав граждан в сфере охраны здоровья при осуществлении медицинской деятельности	Данные регистрируются и анализируются в отчётах о проведенных проверках, осуществляемых в рамках внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, в журнале учёта контроля качества и безопасности медицинской деятельности, в	Данные отслеживаются в динамике: изменения Данных выражаются в абсолютных цифрах и в процентах
2	Выполнение порядков оказания медицинской помощи	Количественный показатель (абс. цифры) выявленных нарушений требований порядков оказания медицинской помощи	виной документации, ведение которой осуществляется в медицинской организации в соответствии с Требованиями. На основании анализа Данных разрабатываются меры/мероприятия, направленные на предупреждение	
3	Соблюдение стандартов медицинской помощи	Количественный показатель (абс. цифры) выявленных нарушений требований стандартов медицинской помощи		
4	Соблюдение правил диагностических исследований	Количественный показатель (абс. цифры) выявленных нарушений правил диагностических исследований		
5	Соблюдение положений об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядков организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения	Количественный показатель (абс. цифры) выявленных нарушений требований положений об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядков организации медицинской реабилитации и		

Соблюдение порядков проведения: медицинских экспертиз; медицинских осмотров	санаторно-курортного лечения Количественный показатель (абс.цифры) выявленных нарушений требований к проведению: -медицинских экспертиз; -медицинских осмотров	нарушении при оказании медицинской помощи и совершенствование подходов к осуществлению медицинской деятельности для предупреждения, выявления и предотвращения рисков, создающих угрозу жизни и здоровью граждан, и минимизации последствий их наступления
Соблюдение медицинскими работниками и руководителями медицинских организаций ограничений, налагаемых на указанных лиц при осуществлении профессиональной деятельности в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»	Количественный показатель (абс. цифры) случаев несоблюдения медицинскими работниками и руководителями медицинских организаций ограничений, налагаемых на указанных при осуществлении ими профессиональной деятельности в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»	
Соответствие оказываемой медицинскими работниками медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи, утверждённым приказом Министерства здравоохранения РФ от 10 мая 2017 г. № 203н, в том числе: -критериям качества по условиям оказания медицинской помощи; -критериям качества по группам заболеваний (состояний)	Количественный показатель (абс. цифры) случаев несоответствия оказываемой (оказанной) медицинской помощи требованиям приказа Министерства здравоохранения РФ от 10 мая 2017 г. № 203н "Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи" ⁴⁴	
Меры/мероприятия, направленные на предупреждение нарушений при оказании медицинской помощи и	Количественный показатель (абс. цифры) принятых мер/проведённых мероприятий, направленных на	

совершенствование
подходов к
осуществлению
медицинской
деятельности для
предупреждения,
выявления и
предотвращения рисков,
создающих угрозу жизни
и здоровью граждан,
и минимизации
последствий их
наступления:

- издание локальных
нормативных актов; -
- проведение совещаний,
конференций,
тематических разборов и
т.д.;
- меры административного
воздействия к
допустившим нарушения
лицам;
- меры, стимулирующие
медицинских работников
(поощрительные);
- иные меры. _____

предупреждение
нарушений при оказании
медицинской помощи и
совершенствование
подходов к осуществлению
медицинской деятельности
для предупреждения,
выявления и
предотвращения рисков,
создающих угрозу жизни
и здоровью граждан, и
минимизации последствий
их наступления

Проведение анализа для Данных № 1-8 включает в себя, прежде всего, анализ причин выявленных нарушений/несоответствий, а для Данных № 9 это, в том числе проведение анализа результативности и эффективности. Форма заполняется ежеквартально.

Помимо указанных выше Данных, с целью получения более полной характеристики качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации собираются и анализируются первичные статистические данные - документированная информация по формам федерального статистического наблюдения.

Приложение № 11
к приказу ФБУ Центр реабилитации
СФР «Туманный»
от 11.02.2018 № 77/1

Форма учета статистических данных, характеризующих качество и безопасность
медицинской деятельности, сбор и анализ которых осуществляется
в ФБУ ЦР СФР «Туманный»

№	Наименование Данных	Единица измерения	Значение	Изменение
1	Соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья при осуществлении медицинской деятельности (в т.ч. количество обоснованных жалоб)	Количественный показатель (абс. цифры) выявленных нарушений прав граждан в сфере охраны здоровья при осуществлении медицинской деятельности		
2	Выполнение порядков оказания медицинской помощи	Количественный показатель (абс. цифры) выявленных нарушений требований порядков оказания медицинской помощи		
3	Соблюдение стандартов медицинской помощи	Количественный показатель (абс. цифры) выявленных нарушений требований стандартов медицинской помощи		
4	Соблюдение медицинскими работниками и руководителями медицинских организаций 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»	Количественный показатель (абс. цифры) случаев несоблюдения медицинскими работниками и руководителями медицинских организаций ограничений, налагаемых на указанных лиц при осуществлении ими профессиональной деятельности в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»		
5	Соответствие оказываемой медицинскими работниками медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи, утвержденным приказом Министерства здравоохранения РФ от 10 мая 2017 г. № 203н.	Количественный показатель (абс. цифры) случаев несоответствия оказываемой медицинской помощи требованиям приказа Министерства здравоохранения РФ от 10 мая 2017 г. № 203н.		
6	Несоответствие установленным Показателям, оценка которых выполняется, при осуществлении плановых и целевых (внеплановых) проверок, осуществляемых в рамках ВКБМД	Количественный показатель (абс. цифры) случаев несоответствия оказываемой медицинской помощи Показателям, оценка которых выполняется, при осуществлении плановых и		

		целевых (внеплановых) проверок, осуществляемых в рамках ВК КБМД		
7	Меры/мероприятия, направленные на предупреждение нарушений при оказании медицинской помощи и совершенствование подходов к осуществлению медицинской деятельности для предупреждения, выявления и предотвращения рисков, создающих угрозу жизни и здоровью граждан, и минимизации последствий их наступления.	Количественный показатель (абс. цифры) принятых мер/проведённых мероприятий, направленных на предупреждение нарушений при оказании медицинской помощи и совершенствование подходов к осуществлению медицинской деятельности для предупреждения, выявления и предотвращения рисков, создающих угрозу жизни и здоровью граждан, и минимизации последствий их наступления		
8	Охрана труда: 1. Контроль обеспечения СИЗ работников подразделения; Контроль за соблюдением техники безопасности на рабочем месте;	Количественный показатель (абс. цифры) выявленных нарушений		

Приложение № 12
к приказу ФБУ Центр реабилитации
СФР «Туманный»
от 11/12 № 1/1

Оценочные чек-листы по внутреннему контролю качества и безопасность
медицинской деятельности в ФБУ ЦР СФР «Туманный»

Оценочный чек-лист по направлению
«Управление персоналом при осуществлении медицинской деятельности»

№ п/п	Показатели	да	нет
1.	Наличие приказов руководителя МО по вопросам управления персоналом: организация системы обучения персонала; организация системы обучения руководителей структурных подразделений, заместителя руководителя по медицинской части.		
2.	Соответствие штатов рекомендованным штатным нормативам по подразделениям: укомплектованность по подразделениям; укомплектованность по категориям работников.		
3.	Соответствие уровня квалификации сотрудников		
4.	Наличие системы мотивации персонала		

Оценочный чек-лист по направлению «Эпидемиологическая безопасность
(профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи)»

№п/п	Показатели	да	нет
1	Наличие приказов по вопросам эпидемиологической безопасности		
1.1.	Документы по обеспечению противоэпидемических мер при отдельных эпидемических ситуациях		
1.2.	Система выявления, учета и регистрации инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи		
1.3.	Гигиена рук		
2	Наличие журналов регистрации случаев инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи		
2.1.	Аккуратность заполнения журналов регистрации случаев инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи		
3	Наличие и регулярное обновление стандартных операционных процедур (инвазивных процедур)		
4	Наличие боксированной палаты (СП.2.1.3678-20 п. 4.2.4, 4.8.1)		
5	Наличие индивидуальных средств защиты в достаточном количестве		
6	Наличие и исполнение персоналом алгоритмов использования индивидуальных средств защиты..		

7	Наличие стандартно оборудованных мест для мытья рук во всех подразделениях медицинской организации, местах общего пользования и т.д.		
8	Оценка исправности оборудования для мытья рук, наличия расходных материалов и их соответствия расчетному количеству		
9	Оценка контроля качества гигиены рук персонала.		
10	Наличие алгоритмов действий при аварийной ситуации (случаев контакта с биологическими жидкостями, при повреждении кожных покровов и слизистых оболочек и др.)		
11	Регистрация и учет аварийных ситуаций		
12	Вакцинация персонала против инфекций в соответствии с национальным календарем прививок		
13	Регулярное обучение персонала методам профилактики заражения инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи		
14	Наличие информации по вопросам профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи		
15	Комплекс противоэпидемических мероприятий при возникновении случая инфекции в медицинской организации.		

Оценочный лист по направлению «Лекарственная безопасность»

№п/п	Показатели	да	нет
1	Наличие приказов главного врача по вопросам обеспечения лекарственной безопасности		
2	Наличие в медицинской организации утвержденного порядка (включая ответственных) сбора и направления в АИС Росздравнадзора и/или территориальные органы Росздравнадзора сведений о выявленных нежелательных реакциях		
3	Наличие алгоритма взаимодействия медицинской организации с территориальными органами Росздравнадзора, включая знание контактных данных ответственных специалистов по фармаконадзору		
4	Наличие стандартных извещений о нежелательной реакции (в электронной форме или на бумажном носителе)		
5	Определен и соблюдается порядок закупки лекарственных препаратов		
6	Осуществление регулярного контроля срока годности лекарственных препаратов		
7	Информационная система наличия лекарственных препаратов в медицинской организации (база данных)		
8	Контроль условий хранения лекарственных препаратов, требующих особых условий хранения		
9	Определение мест хранения ЛС		
10	Соблюдение требований к упаковке и маркировке лекарственных препаратов		
11	Процесс назначения и использования лекарственных препаратов		

12	Контроль качества письменных назначений лекарственных препаратов		
----	--	--	--

Оценочный чек-лист по направлению «Безопасность обращения медицинских изделий»

№п/п	Показатели	да	нет
1	Наличие приказов по вопросам контроля качества и безопасности обращения медицинских изделий		
2	Проверка качества и безопасности медицинских изделий		
3	Контроль медицинских изделий с истекшим сроком годности, выявление причин, принятие решений по устранению дефектов		
4	Контроль исправности медицинских изделий, включая ежедневные проверки работоспособности оборудования для оказания экстренной помощи.		
5	Соблюдение правил эксплуатации медицинских изделий		
6	Регистрация и учет побочных действий, нежелательных реакций при применении медицинских изделий		
7	Соблюдение требований к упаковке и маркировке МИ		
8	Контроль условий хранения МИ в соответствии с рекомендуемыми производителем		
9	Техническое обслуживание МИ		
10	Информирование пациентов/сопровождающих правилам безопасности при эксплуатации МИ		

Оценочный лист по направлению «Безопасность при организации экстренной и неотложной помощи»

№п/п	Показатели	да	нет
1	Наличие приказов по организации оказания экстренной помощи в Центре.		
2	Наличие алгоритмов оказания экстренной помощи в подразделениях Центра.		
3	Наличие и соблюдение временных нормативов при поступлении в Центр.		
4	Наличие действующей системы экстренного оповещения/сбора персонала		
5	Готовность Центра к оказанию помощи в условиях чрезвычайных ситуаций		
6	Наличие МИ и ЛС, включая наборы экстренной помощи в Центре		
7	Контроль навыков персонала по оказанию экстренной помощи		
8	Соблюдение принципов конфиденциальности при приеме пациентов и оказании помощи		

Оценочный чек-лист по направлению «Безопасность среды в медицинской организации»

№п/п	Показатели	да	нет
1	Наличие приказов главного врача по вопросам организации безопасной среды		

2	Безопасность, исправность систем жизнеобеспечения, включая:		
2.1	Электричество		
2.2.	Система водоснабжения		
2.3.	Система вентиляции		
2.4.	Система освещения		
2.5	Половое покрытие, состояние стен, потолков		
2.6	Организация мест общего пользования		
2.7	Доступность и безопасность среды в Центре для лиц с ограниченными возможностями		
2.8	Наличие лифта с резервным электроснабжением (для МО с двумя и более этажами)		
3	Наличие системы охраны и безопасности в Центре.		
4	Наличие алгоритма действий при опасных ситуациях (нападении на медицинских работников, угрозах со стороны пациентов или посетителей, угрозе суицида и т.п.)		
5	Соблюдение прав пациентов при организации видеонаблюдения в Центре		
6	Наличие алгоритма действий персонала при возникновении опасных техногенных ситуаций, стихийных бедствий, включая пожар, наводнение, землетрясение и т.п. Обучение персонала, включая регулярные практические тренинги		
7	Система информационной безопасности. Обеспечение защиты персональных данных пациентов		

Оценочный чек-лист по направлению «Безопасность при организации ухода за пациентами, в том числе профилактики пролежней и падений»

№п/п	Показатели	да	нет
1	Наличие приказов по вопросам организации профилактики падений.		
2	Наличие алгоритма профилактики падений пациента, включая систему оценки риска падений		
3	Организация помощи пациентам с высоким риском падений		
4	Безопасная планировка отделения, палат, туалетов, душевых и ванных комнат с учетом риска падений		
5	Соблюдение правил безопасности при проведении влажной уборки (отсутствие луж, предупреждающие знаки «мокрый пол»)		
6	Организация освещения в медицинских помещениях в соответствии с нормами (включая исключение бликов на полу)		
7	Наличие информационных материалов для пациентов и персонала по вопросам профилактики падений		
8	Наличие системы регистрации и сбора информации о случаях падения пациентов, с последующим анализом		

	случаев, разработкой решений по профилактике падений		
9	Наличие специальных МИ для профилактики и лечения пролежней		
10	Наличие системы регистрации и сбора информации о случаях пролежней пациентов, с последующим анализом случаев, разработкой решений по профилактике пролежней.		
11	Информирование пациентов/ухаживающих по вопросам профилактики, лечения пролежней		

Оценочный чек-лист по направлению «Обеспечение качества медицинской помощи.
Контроль соблюдения порядков оказания медицинской помощи,
клинических рекомендаций и стандартов медицинской помощи»

№п/п	Показатели	да	нет
1	Медицинская помощь оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи.		
2	Оснащение медицинской организации соответствует стандарту оснащения		
3	Организация деятельности отделений/кабинетов соответствует требованиям порядков оказания медицинской помощи.		
4	Клинические рекомендации и стандарты медицинской помощи доступны для сотрудников в печатном виде, или в виде электронной базы данных, или доступа в сеть Интернет в каждом подразделении.		
5	Лечебно-диагностический процесс осуществляется в соответствии с клиническими рекомендациями и стандартами (проверить медицинские карты, отобранных методом случайной выборки)		

Приложение № 13
к приказу ФБУ Центр реабилитации
СФР «Туманный»
от 15.01.25 № 7/1.

**План проверок
по контролю качества и безопасности медицинской деятельности на 2025год**

Показатель оценки качества	Предмет оценки качества	Срок проведения проверки
Оказание санаторно- курортного лечения в соответствии с порядками организации санаторно- курортного лечения, клиническими рекомендациями и стандартами.	Наличие стандартов оказания санаторно-курортного лечения. Назначение санаторно- курортного лечения в соответствии с клиническими рекомендациями и стандартами лечения по основному заболеванию. (наличие стандартов по профилю оказываемой санаторно-курортной помощи)	1 квартал 2025г.
Безопасность при организации экстренно1 и неотложной помощи.	Наличие: -локальных нормативных актов по организации экстренно и неотложной помощи; - СОПов по организации экстренно и неотложной помощи	2 квартал 2025г
Организация безопасного использования медицинского оборудования .	Наличие: -необходимой по использованию оборудования документации; -анализ использования медицинского оборудования;	3 квартал 2025г.
Организация безопасного применения лекарственных препаратов	Наличие: - локальных нормативных актов по организация безопасного применения лекарственных препаратов; - СОПы по организация безопасного применения лекарственных препаратов: 1.«Инструкция по приёмке лекарственных препаратов и медицинских изделий и осуществление приёмочного контроля; 2.Порядок отбора поставщиков и заключение контрактов; 3. Мониторинг срока годности лекарственных препаратов и медицинских изделий; 4. «Инструкция по отпуску лекарственных препаратов и медицинских изделий по требованиям отделений»	4 квартал 2025г.