



П Р И К А З

« 10 » января 2022 г.

№ 1

Екатеринбург

Об организации
внутреннего контроля
качества и безопасности
медицинской деятельности

В соответствии с Федеральным законом РФ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»; Федеральным законом РФ от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ», Федеральным законом РФ от 12.11.2010 г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств», Федеральным законом РФ от 25.12.2018 г. № 489-ФЗ;

во исполнение приказов Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 № 785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности»; № 203н от 10.05.2017 г. «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»; Министерства здравоохранения Свердловской области № 560-п от 22.05.2012 г. «Об организации контроля качества и безопасности медицинской деятельности в Свердловской области»;

П Р И К А З Ы В А Ю:

1. Назначить ответственным лицом за организацию работы по контролю качества и безопасности медицинской деятельности по больнице заместителя главного врача по КЭР Панышину И.С.

2. Назначить ответственными за организацию и проведение внутреннего контроля качества медицинской помощи:

- по круглосуточному и дневным стационарам, кардиоцентру, диагностическим подразделениям, стоматологии заместителя главного врача по медицинской части,
- по амбулаторно-поликлинической службе (в т.ч. по отделению неотложной помощи, отделению восстановительного лечения, кабинету охраны зрения, отделению платных услуг, ШДО, ОСП, ОФД) заместителя главного врача по АПС.

3. Утвердить:

- 3.1 Службу по контролю качества и безопасности оказания МП в составе:
- заместитель главного врача по КЭР Панышина И.С. (руководитель)
 - заместитель главного врача по АПС Егорова Ю.С.
 - заместитель главного врача по медицинской части (исполняющий обязанности)
 - главная медсестра Сергеева Н.С.
 - старшая медсестра отдела КЭР Вапурина Ю.А. (секретарь)
 - эпидемиологи
 - врач-эксперт
 - заведующий ОСП Никитин С.В.
 - заведующий ГДКЦЙ Созонов А.В.
 - заведующий ООМПН в ОО Евдокимова Т.Н.

4 Назначить уполномоченными по качеству заведующих отделениями круглосуточного стационара, заведующих дневными стационарами, заведующих поликлиниками, заведующих педиатрическими отделениями АПП, отделений диагностической службы, ОВЛ, кардиоцентра, школьных и дошкольных отделений.

5 Уполномоченным по качеству:

- 5.1 проводить внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности 1-го уровня в подразделениях в соответствии с настоящим приказом;
- 5.2 обеспечить учет результатов контроля качества 1 уровня в электронном или бумажном виде в своем подразделении, ежеквартально предоставлять отчет профильному заместителю главного врача;
- 5.3 при выявлении дефектов в лечебно-диагностическом процессе, некачественного оказания медицинской помощи, организационных нарушений и др.
 - доводить замечания до персонала отделения под роспись,
 - принимать меры к устранению выявленных недостатков,
 - учитывать при распределении стимулирующих выплат по итогам работы за месяц;
- 5.4 обеспечить мониторинг наличия у медицинских работников подведомственного подразделения документов об образовании и сертификата специалиста либо свидетельства об аккредитации, баллов НМО.

6 Главной медицинской сестре:

- 6.1 осуществлять контроль за оснащением медицинской организации оборудованием для оказания медицинской помощи в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи, за обслуживанием, а также за безопасностью работы медицинского оборудования и медицинских изделий;
- 6.2 совместно с эпидемиологами осуществлять контроль санитарно-эпидемического режима в подразделениях;
- 6.3 осуществлять контроль за исполнением СОП и СОК в подразделениях.

7 врачу-эксперту и врачу-методисту отдела ККМП:

- 7.1 ежемесячно проводить внутреннюю экспертизу историй болезни и амбулаторных карт в рамках контроля качества 2 уровня по чек-листам в соответствии с утвержденными Федеральными клиническими рекомендациями и приказом МЗ РФ № 203н от 10.05.2017 (не менее 30), в том числе целевые экспертизы в соответствии с планом;

- 7.2 при выявлении дефектов оказания медицинской помощи и врачебных ошибок в лечебно-диагностическом процессе, в т.ч. приведших к летальному исходу или развитию нового заболевания, сообщать о них руководителю подразделения и профильному заместителю главного врача;
- 7.3 ежемесячно анализировать результаты внутренней и внешней экспертизы медицинской документации с предоставлением отчета заместителю главного врача по КЭР;
- 7.4 ежеквартально предоставлять отчет заместителю главного врача по КЭР о выявленных врачебных ошибках, дефектах оказания медицинской помощи в разрезе подразделений в соответствии с картами экспертной оценки;
- 7.5 взаимодействовать со страховыми медицинскими организациями и территориальным Фондом ОМС, рассматривать их иски и претензии, в случае несогласия с претензиями составлять «Протокол разногласий»;
- 7.6 составлять ежеквартальный и ежегодный план мероприятий и отчет по исполнению планов.
- 8 Заместителю главного врача по медицинской части (исполняющему обязанности) и заместителю главного врача по АПС:
 - 8.1 осуществлять контроль за предоставлением гражданам медицинской организацией гарантированного объема медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи;
 - 8.2 ежемесячно проводить анализ причин летальных исходов в стационаре и случаев смерти на дому с организационными выводами;
 - 8.3 ежемесячно проводить анализ обращений граждан по подведомственным подразделениям и докладывать главному врачу о принятых управленческих решениях на 1, 2 и 3-х аппаратных совещаниях;
 - 8.4 проводить целевые экспертизы медицинской документации в соответствии с планом медсоветов
 - 8.6 обеспечить внедрение и контроль соблюдения федеральных клинических рекомендаций, правил проведения лабораторных, инструментальных и иных видов диагностических исследований, положений об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядков организации медицинской реабилитации, стандартов медицинской помощи.
9. Заместителю главного врача по КЭР (председателю Центральной врачебной комиссии, руководителю службы качества):
 - 9.1 организовать внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности в МО в соответствии с настоящим приказом на всех уровнях внутриведомственного контроля;
 - 9.2 организовать работу Службы по внутреннему контролю качества в соответствии с регламентом, положением и СОП №18;
 - 9.3 еженедельно проводить заседания Врачебной комиссии (контроль качества 3-го уровня), оформлять протоколы по итогам внешнего и внутреннего контроля качества МП за прошедший месяц, вести журнал клинико-экспертной работы по форме 035/у;

- 9.4 совместно с заместителем главного врача по медицине и заместителем главного врача по АПС ежемесячно проводить обход одного из подразделений больницы по контролю качества оказания медицинской помощи с заполнением акта;
- 9.5 доводить до сведения медицинских работников выявленные дефекты лечебно-диагностического процесса, осуществлять контроль их устранения;
- 9.6 осуществлять контроль работы с обращениями граждан, организовывать комиссионные разборы обращений граждан не реже 1 раза в неделю, ежемесячно предоставлять главному врачу анализ обращений граждан и реализации управленческих решений;
- 9.7 ежеквартально проводить анализ по результатам проведенного внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности и реализации принятых управленческих решений, доводить до сведения главного врача;
- 9.8 предоставлять главному врачу аналитическую справку по итогам внешнего и внутреннего контроля качества медицинской помощи в больнице 1 раз в 6 месяцев.
- 10 Начальнику кадрово-юридического отдела обеспечить контроль наличия и актуальности сроков годности у медицинских работников документов об образовании и сертификата специалиста либо свидетельства об аккредитации.
- 11 Контроль исполнения приказа оставляю за собой.

Главный врач



А.С. Соколова