

**Общество с ограниченной ответственностью
"Центр офтальмохирургии"**

П Р И К А З

№ 13

«11» января 2023г.

Порядок внутреннего контроля качества
и безопасности медицинской деятельности
в ООО «Центр офтальмохирургии»

В соответствии со ст. 90 Федерального закона Российской Федерации от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», с Федеральным законом «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» от 30.03.1999 г. № 52-ФЗ, СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность», в целях обеспечения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ООО «Центр офтальмохирургии»:

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:
 - 1.1. Порядок внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ООО «Центр офтальмохирургии» (Приложение 1).
 - 1.2. Классификатор дефектов медицинской помощи (Приложение 2).
 - 1.3. Показатели, рекомендуемые для проведения мониторинга качества медицинской помощи в ООО «Центр офтальмохирургии» (Приложение 3).
 - 1.4. Список должностных лиц ООО «Центр офтальмохирургии» ответственных за экспертизу качества и безопасность медицинской деятельности в ООО «Центр офтальмохирургии» (Приложение 4).
 - 1.5. Карту экспертной оценки качества медицинской помощи. Показатели качества медицинской помощи (Приложение 5).
 - 1.6. Контроль соблюдения медицинской организацией, структурными подразделениями, медицинскими работниками прав граждан на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества, обеспечения доступности медицинской помощи (Приложение 6).
 - 1.7. Порядок проведения анкетирования граждан (Приложение 7).
 - 1.8. Организация внутреннего контроля качества и безопасности лекарственных средств (Приложение 8).
 - 1.9. Организация внутреннего контроля качества и безопасности изделий медицинского назначения (Приложение 9).
 - 1.10. Организация контроля за соблюдением медицинскими работниками ограничений при осуществлении медицинской деятельности в части обращения лекарственных средств (Приложение 10).
 - 1.11. Организация внутреннего контроля выполнения требований законодательства Российской Федерации о санитарно-эпидемиологическом благополучии человека (Приложение 11).

1.12. Порядок рассмотрения обращений граждан в медицинскую организацию (ответ на жалобу).

2. Заместителю главного врача:

2.1. Организовать внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности в соответствии с настоящим приказом.

2.2. На каждый случай экспертной оценки подлежащий обязательному экспертному контролю; случаи грубого нарушения лечебно-диагностического процесса; порядка выдачи документов удостоверяющих временную нетрудоспособность оформлять «Карту экспертной оценки качества медицинской помощи», и не позднее 29 числа каждого месяца, предоставлять главному врачу клиники.

2.3. При выявлении дефектов в лечебно-диагностическом процессе, некачественного оказания медицинской помощи, организационных нарушений и др. принимать меры к устранению выявленных недостатков.

2.4. Ежемесячно до 4 числа проводить итоговое заседание врачебной комиссии, с оформлением протокола за прошедший месяц, с представлением информации генеральному директору ООО «Центр офтальмохирургии» – ответственный главный врач Грачев Д.К. (Приложение 10);

2.5. Обеспечить взаимодействие со страховыми медицинскими компаниями и территориальным Фондом ОМС, рассматривать их иски и претензии, в случае несогласия с претензиями фонда составлять «Акт разногласий»;

2.6. Обобщать материалы, составлять проекты решений заседаний и приказов по клинике по устранению дефектов лечебно-диагностического процесса, осуществлять контроль за их выполнением.

3. Порядок организации и проведения экспертизы качества и безопасности медицинской деятельности при оказании платных медицинских услуг определяется приказом № 1 от 09.01.2017 г.

4. Секретарю ООО «Центр офтальмохирургии» Звягинцевой А.В. довести настоящий приказ до сведения должностных лиц, участвующих в экспертизе качества медицинской помощи.

5. Ответственным за организацию внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности назначить заместителя главного врача клиники.

6. Контроль за исполнением приказа оставляю за собой.

Генеральный директор



Н.Н. Куканова

- постановлением Правительства Московской области «Об утверждении территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Московской области на 2013г»;
- постановлением Правительства РФ от 07.02.1995 года № 119 «О порядке допуска к медицинской и фармацевтической деятельности в Российской Федерации лиц, получивших медицинскую и фармацевтическую подготовку в иностранных государствах» (в ред. Постановлений Правительства РФ от 01.02.2005 N 49, от 04.09.2012 N 882);
- приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 августа 2010 г. № 706н «Об утверждении Правил хранения лекарственных средств» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 4 октября 2010 г. № 18608) (с изменениями от 28 декабря 2010 г.);
- приказом Минздравсоцразвития от 26.08.2010г. №757н «Об утверждении порядка осуществления мониторинга безопасности лекарственных препаратов для медицинского применения, регистрации побочных действий, серьезных нежелательных реакций, непредвиденных нежелательных реакций при применении лекарственных препаратов для медицинского применения» (Зарегистрировано в Минюсте РФ 31 августа 2010 г. N 18324);
- приказом Министерства здравоохранения 20.06.2012г. №12н «Об утверждении Порядка сообщения субъектами обращения медицинских изделий 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» (Зарегистрировано в Минюсте РФ 20 июля 2012 г. Регистрационный № 24962);
- приказом Минздрава России от 03.08.2012 N 66н «Об утверждении Порядка и сроков совершенствования медицинскими работниками и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных и научных организациях» (Зарегистрировано в Минюсте России 04.09.2012 N 25359);
- приказом Минздрава РФ от 13.11.1996 года № 377 «Об утверждении инструкции по организации хранения в аптечных учреждениях различных групп лекарственных средств и изделий медицинского назначения» (в ред. Приказа Минздравсоцразвития РФ от 23.08.2010 N 706н);
- приказом Минздрава России № 801н от 25.07.2011 года «Об утверждении номенклатуры должностей медицинского и фармацевтического персонала и специалистов с высшим и средним профессиональным образованием учреждений здравоохранения»;
- приказом Минздрава СССР от 10 июня 1985 г. N 770 "О введении в действие отраслевого стандарта ОСТ 42-21-2-85 "Стерилизация и дезинфекция изделий медицинского назначения. Методы, средства и режимы";
- СанПиН 2.1.3.2630-10 Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность;
- СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции»;
- СанПиН 2.1.7.2790-10 "Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами";
- методическими указаниями МУ-287-113 по дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации изделий медицинского назначения (утв. Департаментом Госсанэпиднадзора Минздрава РФ 30 декабря 1998 г.);
- Санитарными правилами и нормами СанПиН 2.2.4.548-96 "Гигиенические требования к микроклимату производственных помещений" (утв. постановлением Госкомсанэпиднадзора РФ от 1 октября 1996 г. N 21);
- Методическими указаниями по применению бактерицидных ламп для обеззараживания воздуха и поверхностей в помещениях (утв. Минздравмедпромом РФ от 28 февраля 1995 г. N 11-16/03-06).
- приказом МЗ РФ от 4.06.2001 г. №303 «О введении в действие отраслевого стандарта «Протоколы ведения больных, общие требования»,
- приказом МЗ РФ от 31.07.2000 г. №302 «О введении в действие отраслевого стандарта»;
- клиническими рекомендациями Минздравсоцразвития РФ «Стандарты ведения больных», 2006;
- протоколы ведения пациентов соответствующих профилей 2011-2012 г.;

1.3. Целью внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (далее – контроля качества медицинской помощи) является обеспечение прав граждан на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества в организациях, осуществляющих медицинскую деятельность в территории, на основе стандартов медицинской помощи, установленных требований к оказанию медицинской помощи, а так же требований, обычно предъявляемых к

медицинской помощи в медицинской практике, с учетом современного уровня развития медицинской науки и медицинских технологий.

1.4. Задачами контроля качества медицинской помощи являются:

проведение контроля качества медицинской помощи, оказанной конкретным пациентам;
выявление дефектов медицинской помощи, установление причин их возникновения и степени их влияния на здоровье конкретных пациентов;
регистрация результатов проведенного контроля качества медицинской помощи;
оценка выводов о качестве медицинской помощи, сделанных на нижестоящих уровнях контроля;
оценка оптимальности использования кадровых и материально-технических ресурсов организации здравоохранения;
оценка организационных технологий оказания медицинской помощи;
изучение удовлетворенности граждан оказанной медицинской помощью;
анализ данных, полученных при проведении мониторинга показателей качества медицинской помощи в организации здравоохранения;
подготовка предложений для руководителя организации здравоохранения, направленных на устранение причин возникновения дефектов медицинской помощи, повышение качества и эффективности оказываемой медицинской помощи.

1.5 Лицом ответственным за организацию внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности назначается заведующий отделением оперативной офтальмологии Дроздов И.В.

1.6. По итогам проведенного контроля качества медицинской помощи в ООО «Центр офтальмохирургии» разрабатываются и реализуются мероприятия по управлению качеством медицинской помощи:

принятие директором клиники и главным врачом управленческих решений, направленных на устранение причин возникновения дефектов медицинской помощи, повышение качества и эффективности оказываемой медицинской помощи, совершенствование организационных технологий оказания медицинской помощи;

планирование мероприятий, направленных на устранение причин возникновения дефектов медицинской помощи, повышение качества и эффективности оказываемой медицинской помощи, совершенствование организационных технологий оказания медицинской помощи;

осуществление контроля за реализацией принятых управленческих решений или выполнением плана мероприятий в рамках производственного контроля.

1.7. Основные термины и определения, используемые при организации и проведении контроля качества медицинской помощи:

контроль качества медицинской помощи - определение соответствия оказанной медицинской помощи установленным на данный период стандартам и современному уровню медицинской науки и технологий с учетом объективно имеющихся потребностей отдельных пациентов;

стандарт - нормативный документ, разработанный на основе консенсуса и утвержденный признанным органом, в котором устанавливаются для всеобщего и многократного использования правила, общие принципы или характеристики, касающиеся различных видов деятельности или их результатов и который направлен на достижение оптимальной степени упорядочения в определенной области;

протокол ведения больного (отраслевой стандарт) - нормативный документ системы стандартизации в здравоохранении, определяющий требования к выполнению медицинской помощи больному при определенном заболевании, с определенным синдромом или при определенной клинической ситуации;

доказательная медицинская практика (Evidence-based medicine; медицина, основанная на доказательствах) – подход к медицинской практике, при котором решения о применении профилактических, диагностических и лечебных мероприятий принимаются исходя из имеющихся доказательств их эффективности и безопасности, а такие доказательства подвергаются поиску, сравнению, обобщению и широкому распространению для использования в интересах больных (Evidence Based Medicine Working Group, 1993);

дефекты медицинской помощи - действия или бездействие медицинского персонала, являющиеся 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;

ятрогении (ятрогенные осложнения медицинской помощи) - любые нежелательные или неблагоприятные последствия профилактических, диагностических и терапевтических мероприятий, которые приводят к нарушениям функций организма, инвалидности или смерти (ВОЗ).

Субъекты и объекты внутреннего и ведомственного контроля качества и медицинской деятельности, осуществляемом на территории Московской области

Субъектами внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, осуществляемом в клинике (далее - КВМД) являются должностные лица учреждения, врачебные комиссии, действующие в соответствии с нормативными правовыми актами, регламентирующими данный вид работы.

Объектами внутреннего и ведомственного контроля КВМД являются:

- качество отдельных медицинских услуг, изучаемое по первичной медицинской документации, при необходимости может быть проведена очная экспертиза качества оказания медицинской помощи;
- соблюдение медицинскими работниками, руководителями больницы, применяемых к ним при осуществлении профессиональной деятельности.

Условия осуществления медицинской деятельности

1. Медицинская деятельность осуществляется при наличии лицензии, санитарно-эпидемиологического заключения.
2. При осуществлении медицинской деятельности используются медицинская техника, мебель, оборудование, дезинфекционные средства, изделия медицинского назначения, строительные и отделочные материалы, а также используемые медицинские технологии разрешенные к применению на территории Российской Федерации в установленном порядке, а именно, имеющие регистрационные удостоверения.
3. Внутренний контроль за осуществляемой в ООО «Центр офтальмохирургии» медицинской деятельностью проводится в строгом соответствии с приказами генерального директора и главного врача клиники.

2. Порядок организации и проведения экспертизы качества и безопасности медицинской деятельности на предмет соблюдения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи по лицензированным видам деятельности

2.1. Экспертиза качества представляет собой контрольную функцию по оценке соответствия оказываемой медицинской помощи требованиям к проведению диагностических, лечебных и иных мероприятий, а также обеспечения лекарственными препаратами при конкретных заболеваниях и состояниях утвержденным федеральным и региональным стандартам медицинской помощи или общепринятым нормам клинической практики.

Контроль соблюдения медицинской организацией, структурными подразделениями, медицинскими работниками прав граждан на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества, обеспечения доступности медицинской помощи направлен на:

- а) обеспечение порядка рассмотрения обращений граждан;
- б) соблюдение требований законодательства Российской Федерации к размещению и содержанию информации об осуществляемой деятельности в сфере охраны здоровья граждан (стенды, наличие официального сайта медицинской организации в сети Интернет);
- в) соблюдение порядка и условий оказания медицинской помощи;
- г) обеспечение качества медицинской помощи, оказанной пациенту.

Внутренний контроль за оказанием медицинской помощи может осуществляться в виде: планового контроля (тематическая экспертиза), целевого контроля (по отдельным случаям), предупредительного контроля, контроля результата с целью оценки качества выполненной услуги конкретному пациенту.

Плановый контроль осуществляется согласно плану - графику, на основании действующих отраслевых, территориальных и внутриучрежденческих приказов.

Целевой контроль предусматривает реализацию определенной цели, которая выявляет причину отклонения от стандарта качества:

- оценка состояния и использования кадровых и материально-технических ресурсов;
- анализ ятрогенных осложнений;
- анализ жалоб пациентов.

2.2. Внутренняя экспертиза качества медицинской деятельности осуществляется экспертным путем должностными лицами медицинских организаций, врачебными комиссиями (далее ВК).

Внутренняя экспертиза, как правило, проводится по первичной медицинской документации (медицинской карте стационарного больного, медицинской карте пациента и т. п.). При необходимости может быть проведена очная экспертиза качества медицинской деятельности.

2.3. Внутренняя экспертиза качества медицинской деятельности осуществляется в клинике при наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности на вид работ (услуг): «экспертиза качества медицинской помощи» (имеется у главного врача клиники).

2.4. В случае отсутствия в клинике лицензии на вид работ (услуг): «экспертиза качества медицинской помощи», экспертиза качества медицинской помощи может быть обеспечен путем заключения договора с организацией здравоохранения, имеющей лицензию на данный вид работ (услуг).

Услуги по экспертизе качества медицинской помощи, предоставляемые согласно заключенных договоров, должны соответствовать требованиям законодательства Российской Федерации и выполняться в соответствии с настоящим Положением.

2.5. В соответствии со структурой и штатным расписанием клиники экспертиза качества медицинской помощи осуществляется на уровне лечащего врача (самоконтроль), заведующего отделением (1 уровень) и ВК (2 уровень).

2.6. Контроль со стороны лечащего врача (самоконтроль):

- выявление дефектов в оказании медицинской помощи на предшествующем этапе, в том числе дефектов ведения медицинской документации, обследования, диагностики, лечения, экспертизы нетрудоспособности и т.п.;

- оценка состояния здоровья больного при обращении;

- составление плана обследования и лечения больного (с учетом устранения выявленных дефектов предыдущего этапа, стандартов обследования и лечения);

- при выявлении побочных действий, серьезных нежелательных реакций, непредвиденных нежелательных реакций при применении лекарственных препаратов, информация об этом представляется заведующему отделением/поликлиникой в порядке, установленном в медицинской организации;

- оформление медицинской документации в строгом соответствии с установленными требованиями.

2.7. 1-й уровень – контроль со стороны заведующего отделением.

Заведующий отделением проводит:

а) экспертизу качества медицинской помощи;

б) оценку соблюдения требований к качеству оформления и ведению медицинской документации;

в) контроль качества выполнения диагностических технологий;

г) анализ и оценка деятельности врачей, среднего медицинского персонала отделения;

д) выявление дефектов и принятие мер по их устранению и предупреждению.

Заведующий отделением в течение месяца обязан провести экспертизу не менее 30% законченных случаев лечения пациентов в амбулаторном отделении и стационаре клиники. Выявленные недостатки в оказании медицинской помощи анализируются и докладываются с предложениями в виде служебных записок главному врачу клиники.

2.8. 2-й уровень – контроль со стороны врачебной комиссии.

Врачебная комиссия клиники (далее - врачебная комиссия) создается приказом директора клиники.

Председателем врачебной комиссии является главный врач клиники, имеющий высшее медицинское образование, сертификат специалиста по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье».

Членами врачебной комиссии являются врачи-специалисты из числа наиболее опытных штатных работников клиники. К работе врачебной комиссии могут привлекаться врачи-специалисты других медицинских организаций.

Персональный состав врачебной комиссии утверждается директором клиники ежегодно.

Основными задачами экспертизы качества медицинской помощи на уровне ВК являются:

- изучение удовлетворенности пациентов оказанной медицинской помощью в конкретной медицинской организации;

- выявление и анализ дефектов, врачебных ошибок и других факторов, оказавших негативное воздействие и повлекших за собой снижение качества и эффективности медицинской помощи; оценка состояния и использования кадровых и материально-технических ресурсов медицинской организации;

- контроль обоснованности назначения и выписки лекарственных средств на основании нормативных документов, утвержденных в установленном порядке, в том числе лицам, имеющим право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг;

- соблюдение требований к качеству оформления документации;

- расчет и анализ показателей, характеризующих качество и эффективность медицинской помощи;

- подготовка рекомендаций, способствующих повышению качества и направленных на предупреждение дефектов в работе, врачебных ошибок;

- контроль реализации управленческих решений.

Заседания врачебной комиссии проводятся в соответствии с утвержденным в клинике графиком.

При осуществлении экспертизы качества и безопасности медицинской деятельности врачебная комиссия:

- проводит выборочную экспертную проверку качества и безопасности медицинской деятельности в отделениях медицинской организации;

- организует контроль выполнения нормативных и методических документов в сфере экспертизы качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации;

- принимает решение по представлению лечащего врача и заведующего отделением, дает заключения в случаях, установленных законодательством;

- принимает решения и дает заключения в решении сложных клинико-экспертных вопросов, возникающих при проведении контроля в отделениях;

- рассматривает обращения физических и юридических лиц по вопросам качества и безопасности медицинской деятельности;

- рассматривает план мероприятий по устранению причин снижения качества и безопасности медицинской деятельности;

- представляет предложения руководителю организации о поощрении или взыскании специалистов медицинской организации в зависимости от качества оказываемой медицинской помощи;

- проводит ежеквартальный анализ работы по экспертизе качества и безопасности медицинской деятельности в разрезе структурных подразделений.

Врачебная комиссия медицинской организации проводит экспертизу всех представленных на рассмотрение случаев с оформлением результатов в Журнале учета клинико-экспертной работы медицинской организации (ф. 035/у-02).

2.9. ООО «Центр офтальмохирургии» обеспечивает прохождение ответственными за проведение контроля качества медицинской помощи тематического повышения квалификации по экспертизе качества медицинской помощи с установленной периодичностью.

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

2.11. В необходимых случаях для проведения экспертизы качества медицинской помощи могут привлекаться (по согласованию) в качестве экспертов: работники медицинских ВУЗов, работники других организаций здравоохранения Московской области.

В необходимых случаях при проведении экспертизы качества медицинской помощи может проводиться осмотр пациента.

2.12. Экспертиза качества медицинской помощи проводится по медицинской документации (медицинской карте амбулаторного больного – для пациентов, принятым по ОМС, и медицинской карте пациента, утвержденной приказом клиники от «___» _____ 2015г. №___).

2.13. В обязательном порядке экспертизе качества медицинской помощи подлежат следующие случаи:

2.13.1. В амбулаторно - поликлинических подразделениях:

случаи летальных исходов в детском возрасте и лиц трудоспособного возраста;

случаи летальных исходов на дому от управляемых причин;

случаи, сопровождающиеся ятрогенными осложнениями, в т.ч. внутрибольничного инфицирования и нежелательных реакций на применение лекарственных препаратов;

случаи первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей;

случаи заболеваний со значительно (более 50 % от средних) удлиненными сроками лечения;

случаи расхождений диагнозов поликлиники и стационара;

случаи расхождений диагнозов поликлиники и патологоанатомических диагнозов;

случаи первичного выявления запущенных онкологических заболеваний;

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

случаи, при проверках которых контролирующими органами и организациями (департамент здравоохранения Московской области, Управление Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по Московской области и др.) были выявлены дефекты медицинской помощи.

2.13.2. В стационаре клиники:

случаи летальных исходов;

случаи, сопровождающиеся ятрогенными осложнениями, в т.ч. внутрибольничного инфицирования и нежелательных реакций на применение лекарственных препаратов;

случаи повторной госпитализации по поводу одного и того же заболевания в течение 3 месяцев, если госпитализация не была ранее запланирована;

случаи заболеваний со значительно (более 50 % от средних) удлиненными сроками лечения;

случаи расхождений заключительных клинических диагнозов и патологоанатомических диагнозов;

случаи расхождений дооперационных и послеоперационных диагнозов;

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

случаи, при проверках которых контролирующими органами и организациями (департамент здравоохранения Московской области, Управление Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по Московской области и др.) были выявлены дефекты медицинской помощи.

2.14. Случаи, подлежащие экспертизе качества медицинской помощи в обязательном порядке, отбираются для проверки и проверяются в первую очередь.

Все прочие случаи оказания медицинской помощи должны иметь одинаковую возможность быть подвергнутыми проверке.

2.15. Из случаев, подлежащих экспертизе качества медицинской помощи в обязательном порядке, врачебной комиссией клиники 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.

2.16. Объемы работы врачебной комиссии клиники (далее - ВК) по проведению экспертизы качества медицинской помощи: 20-25 законченных случаев оказания медицинской помощи пациентам ежемесячно

2.17. Проведение экспертизы качества медицинской помощи конкретному пациенту предусматривает оценку ее соответствия стандартам медицинской помощи, протоколам ведения больных, зарегистрированным медицинским технологиям, установленным или обычно предъявляемым 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.

2.18. При проведении экспертизы качества медицинской помощи ответственные за проведение экспертизы руководствуются: федеральными стандартами медицинской помощи, региональными стандартами медицинской помощи, протоколами ведения больных, другими нормативными правовыми документами, клиническими рекомендациями, формулярными статьями и другими источниками доказательной медицинской практики.

2.19. Экспертиза качества медицинской помощи проводится по методике экспертной оценки конкретного случая оказания медицинской помощи, заключающейся в проведении последовательной оценки каждой составляющей конкретного случая оказания медицинской помощи, с учетом его клинических особенностей:

сбор жалоб и анамнеза;

проведение диагностических мероприятий;

оформление диагноза;

проведение лечебных мероприятий;

проведение профилактических мероприятий;

проведение медицинской экспертизы или медицинского освидетельствования;

оформление медицинской документации.

2.20. При проведении экспертизы качества медицинской помощи используются следующие критерии качества медицинской помощи:

критерий своевременности оказания медицинской помощи – отражает своевременность оказанной медицинской помощи объективным потребностям конкретного пациента;

критерий объемов оказания медицинской помощи - отражает соответствие объемов оказанной медицинской помощи объективным потребностям конкретного пациента;

критерий преемственности оказания медицинской помощи – отражает соблюдение преемственности при оказании медицинской помощи подразделениями (отделениями; медицинскими работниками) организации здравоохранения;

критерий соблюдения медицинских технологий - отражает соблюдение медицинскими работниками зарегистрированных медицинских технологий при их назначении и непосредственно в процессе оказания медицинской помощи;

критерий безопасности оказания медицинской помощи - отражает оптимальность выбора медицинских технологий при оказании медицинской помощи, с учетом минимизации риска их применения для конкретного пациента, принятие, в случае необходимости, адекватных мер профилактики ятрогенных осложнений, а также соблюдение в подразделениях (отделениях) правил хранения и применения лекарственных препаратов и расходных материалов;

критерий эффективности оказания медицинской помощи – отражает достижение целевых результатов оказания медицинской помощи конкретному пациенту.

2.21. Критерии качества медицинской помощи используются ответственными за проведение контроля при оценке каждой составляющей конкретного случая оказания медицинской помощи:

Составляющие случая оказания медицинской помощи	Критерии оценки	Варианты оценки
Сбор жалоб и анамнеза	Критерий объемов	- в полном объеме; - не в полном объеме; - отсутствуют
	Критерий своевременности	- своевременно; - несвоевременно
Диагностические мероприятия	Критерий объемов	- в полном объеме; - не в полном объеме; - отсутствуют
	Критерий соблюдения медицинских технологий	- назначены оптимально; - назначены не оптимально; - соблюдались; - не соблюдались
	Критерий безопасности	- риск минимизирован; - риск не минимизирован
	Критерий эффективности	- целевой результат достигнут; - целевой результат не достигнут
	Критерий преемственности	- соблюдалась; - не соблюдалась
	Критерий своевременности	- своевременно; - несвоевременно
Оформление диагноза	Критерий объемов	- в полном объеме; - не в полном объеме; - отсутствуют
	Критерий своевременности	- своевременно; - несвоевременно
Лечебные мероприятия	Критерий объемов	- в полном объеме; - не в полном объеме; - отсутствуют
	Критерий соблюдения медицинских технологий	- назначены оптимально; - назначены не оптимально; - соблюдались; - не соблюдались
	Критерий безопасности	- риск минимизирован; - риск не минимизирован
	Критерий эффективности	- целевой результат достигнут; - целевой результат не достигнут
	Критерий преемственности	- соблюдалась; - не соблюдалась
	Критерий своевременности	- своевременно; - несвоевременно
Профилактические мероприятия	Критерий объемов	- в полном объеме; - не в полном объеме; - отсутствуют
	Критерий соблюдения медицинских технологий	- назначены оптимально; - назначены не оптимально; - соблюдались; - не соблюдались
	Критерий своевременности	- своевременно; - несвоевременно

	Критерий безопасности	- риск минимизирован; - риск не минимизирован
	Критерий эффективности	- целевой результат достигнут; - целевой результат не достигнут
Медицинская экспертиза; медицинское освидетельствование	Критерий своевременности	- своевременно; - несвоевременно
	Критерий объемов	- в полном объеме; - не в полном объеме; - отсутствуют
	Критерий эффективности	- целевой результат достигнут; - целевой результат не достигнут
Оформление медицинской документации	Критерий объемов	- в полном объеме; - не в полном объеме; - отсутствует

2.22. Результаты проверки заведующим отделением каждого случая оказания медицинской помощи отражаются в карте экспертной оценки качества медицинской помощи (Приложение 5). Результаты проверки ВК каждого случая оказания медицинской помощи регистрируются в журналах клинико-экспертной работы.

Учет результатов экспертизы качества медицинской помощи, проведенного ВК, осуществляется в соответствии с действующими нормативными правовыми документами Российской Федерации, органов управления здравоохранением Московской области и распорядительными документами ООО «Центр офтальмохирургии».

2.23. По результатам проверки каждого случая оказания медицинской помощи ответственные за проведение экспертизы кратко формулируют в журналах клинико-экспертной работы дефекты медицинской помощи.

Примерный перечень дефектов медицинской помощи приводится в классификаторе дефектов медицинской помощи (Приложение 2).

2.24. В случаях выявления дефектов медицинской помощи или некачественно оказанной медицинской помощи информация о результатах проведенной экспертизы качества медицинской помощи доводится до сведения медицинских работников, оказывавших медицинскую помощь в конкретном проверенном случае.

2.25. Ответственными за проведение контроля по результатам экспертизы качества медицинской помощи незамедлительно принимаются меры по недопущению повторения выявленных дефектов медицинской помощи в случаях, если принятие вышеназванных мер находится в пределах их полномочий. В иных случаях предложения доводятся до директора клиники.

2.26. Журналы клинико-экспертной работы хранятся в ООО «Центр офтальмохирургии» не менее 3 лет.

2.27. В случаях, требующих проведения детальной экспертной оценки (например, в случаях летальных исходов, ятрогенных осложнений, жалоб пациентов и других), результаты проведенной экспертизы качества медицинской помощи могут быть оформлены на отдельном листе, с регистрацией в журнале экспертизы качества медицинской помощи.

2.28. Учет результатов проведенной экспертизы качества медицинской помощи осуществляется в ООО «Центр офтальмохирургии» в форме отчетов ежеквартально и по итогам прошедшего года по клинике в целом.

2.29. Отчеты о проведенной экспертизе качества медицинской помощи содержат следующие сведения:

- 1) отчетный период;
- 2) объемы проведенной экспертизы качества медицинской помощи:
 - количество проверенных случаев;
 - количество проверенных случаев, из числа подлежащих экспертизе в обязательном порядке в % от числа случаев, подлежащих экспертизе в обязательном порядке;
 - объем проведенной экспертизы качества медицинской помощи в % от установленных минимальных объемов;
- 3) результаты проведенной экспертизы качества медицинской помощи:
 - количество случаев качественно оказанной медицинской помощи;
 - количество случаев качественно оказанной медицинской помощи, сопровождавшихся единичными дефектами медицинской помощи;
 - количество случаев некачественно оказанной медицинской помощи (в абсолютных цифрах и в % от количества проверенных случаев) - общее и в разрезе проверенных отделений (подразделений, должностей и Ф.И.О. медицинских работников);

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

4) краткие сведения о мерах, принятых ответственным за проведение экспертизы по итогам проведенной экспертизы качества медицинской помощи;

5) предложения по итогам проведенной экспертизы качества медицинской помощи для руководителя ООО «Центр офтальмохирургии» (генеральный директор клиники);

6) Ф.И.О., должность, подпись ответственного за проведение экспертизы.

2.30. Отчеты о проведенной экспертизе качества медицинской помощи по организации здравоохранения в целом (или в разрезе подразделений) доводятся до директора клиники ежеквартально, до сведения медицинских работников клиники не реже, чем 1 раз в квартал.

2.31. Отчеты о проведенной экспертизе качества медицинской помощи по итогам прошедшего года хранятся в клинике не менее 3 лет.

2.32. Сведения о результатах проведенной экспертизы качества медицинской помощи предоставляются клиникой в контролирующие органы в установленном порядке.

2.33. По результатам проведенной экспертизы качества медицинской помощи в ООО «Центр офтальмохирургии» планируются и реализуются мероприятия, направленные на устранение причин, вызвавших возникновение дефектов медицинской помощи, на повышение качества и эффективности оказываемой медицинской помощи:

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

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

дисциплинарные мероприятия - принятие дисциплинарных взысканий в соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации и должностными инструкциями работников;

экономические мероприятия - применение материальных взысканий;

мероприятия по совершенствованию материально-технической базы, информатизации организации здравоохранения;

мероприятия по совершенствованию укомплектованности организации здравоохранения медицинскими работниками.

2.34. Контроль за реализацией принятых управленческих решений по вопросам управления качеством медицинской помощи обеспечивается главным врачом ООО «Центр офтальмохирургии» или работниками, назначенными приказом генеральным директором клиники.

2.35. В целях обеспечения динамического контроля за результатами деятельности клиники, по итогам прошедшего квартала в клинике могут рассчитываться и анализироваться показатели для проведения мониторинга качества медицинской помощи, отражающие объемы, доступность, качество и эффективность оказываемой медицинской помощи.

Выбор конкретных показателей для проведения мониторинга качества медицинской помощи и порядок их анализа осуществляется главным врачом клиники.

2.36. По результатам анализа мониторинга показателей качества медицинской помощи, при отклонении показателей от целевых значений или при выявлении отрицательной динамики показателей в ООО «Центр офтальмохирургии» разрабатываются и проводятся мероприятия, направленные на устранение причин, вызвавших снижение качества, доступности или эффективности оказываемой медицинской помощи.

Организация внутреннего контроля порядка допуска к медицинской деятельности и обеспечения профессиональной подготовки и переподготовки, повышения квалификации сотрудников

Система внутреннего контроля допуска к медицинской деятельности, обеспечения профессиональной подготовки и переподготовки, повышения квалификации сотрудников направлена на:

- а) обеспечение наличия документов у медицинских работников, подтверждающих:
 - медицинское или иное образование в Российской Федерации в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами и имеющие сертификат специалиста;
 - отсутствие перерыва в работе по соответствующей специальности более 5 лет;

–при наличии перерыва в работе по соответствующей специальности более 5 лет – документов, подтверждающих обучение по дополнительным образовательным программам;

–контроль наличия сертификата специалиста;

б) обеспечение повышения квалификации специалистов с высшим медицинским образованием не менее одного раза в 5 лет;

в) обеспечение повышения квалификации специалистов с высшим и средним медицинским образованием не менее одного раза в 5 лет;

г) наличие ответственности медицинских работников за совершенствование профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных и научных организациях в порядке и в сроки, установленные уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Порядок внутреннего контроля организации допуска к медицинской деятельности

Разделы контроля	Ответственные лица	Периодичность контроля
Контроль условий допуска к медицинской деятельности: наличие документов, подтверждающих: - медицинское или иное образование в Российской Федерации в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами и имеющие сертификат специалиста - отсутствие перерыва в работе по соответствующей специальности более 5 лет -при наличии перерыва в работе по соответствующей специальности более 5 лет – документов, подтверждающих обучение по дополнительным образовательным программам и сертификата специалиста	работник кадровой службы, заведующий отделением оперативной офтальмологии, главный врач	При приеме на работу
Повышение квалификации специалистов с высшим медицинским образованием не менее одного раза в 5 лет	специалисты с высшим медицинским образованием, заведующий отделением оперативной офтальмологии, главный врач	За 2 года до окончания сертификата информирует заведующего структурным подразделением. Ежегодно в срок до 1 декабря текущего года подает списки врачей, нуждающихся в повышении квалификации, в следующем году заместителю главного врача по медицинской части и в отдел кадров. 1 раз в год оформляет заявку на обучение специалистов с высшим медицинским образованием.
Повышение квалификации специалистов со средним медицинским образованием не менее одного раза в 5 лет	специалисты со средним медицинским образованием, старшая медицинская сестра оперблока главный врач	За 2 года до окончания сертификата информирует старшую сестру структурного подразделения. Ежегодно до 1 декабря текущего года подает списки врачей, нуждающихся в повышении квалификации в следующем году главной медицинской сестре и в отдел кадров. 1 раз в год оформляет заявку на обучение специалистов со средним медицинским образованием

Уровни внутреннего контроля за переподготовкой и повышением квалификации медицинских работников:

- **1 уровень** – самоконтроль. Каждый медицинский работник контролирует свои сроки прохождения курсов повышения квалификации и за 2 года до окончания срока действия сертификата обязан сообщить об этом своему руководителю для включения в план повышения квалификации.

- **2 уровень** - осуществляет заведующий отделением и старшая медицинская сестра, которые ежемесячно контролируют сроки действия сертификатов сотрудников своих подразделений и обязаны до 1 октября текущего года сформировать списки сотрудников, у которых заканчивается срок действия сертификата в ближайшие 2 года и передать их специалисту по кадрам больницы.

- **3 уровень** – осуществляют главный врач, работник кадровой службы.

Организация внутреннего контроля за соблюдением требований законодательства Российской Федерации к размещению и содержанию информации об осуществляемой деятельности в сфере охраны здоровья граждан

Вид контроля	Ответственные лица	Периодичность контроля
<p>Наличие информации:</p> <ul style="list-style-type: none"> о режиме работы медицинской организации; об условиях оказания медицинской, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке; о видах оказываемой медицинской помощи; о показателях доступности и качества медицинской помощи; о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно; о перечне лекарственных препаратов гражданам, имеющим право на получение государственной социальной помощи в виде НСУ 	<p>главный врач, заведующий отделением оперативной офтальмологии</p>	<p>Не менее 1 раза в 6 месяцев</p>
<p>Сведения об уровне квалификации врачебного состава учреждения.</p>	<p>главный врач, заведующий отделением оперативной офтальмологии</p>	<p>Не менее 1 раза в 6 месяцев Не менее 1 раза в квартал</p>
<p>Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на текущий год Информация о правах пациента Информация о предоставлении льгот отдельным категориям граждан</p>	<p>главный врач, заведующий отделением оперативной офтальмологии</p>	<p>Не реже 1 раза в 6 месяцев</p>



УТВЕРЖДАЮ:
Генеральный директор ООО
«Центр офтальмохирургии»

Н.Н. Куканова
«11» января 2023г.

**Классификатор
дефектов медицинской помощи**

**Рубрика 1 Классификатора
Виды и наименования дефектов медицинской помощи**

Код	Виды и наименования дефектов
1	Дефекты сбора жалоб или анамнеза (анамнеза жизни; анамнеза заболевания):
1.1	Жалобы не собраны.
1.2	Жалобы собраны не в полном объеме или не детализированы.
1.3	Жалобы собраны несвоевременно.
1.4	Анамнез жизни не собран в части разделов, существенных для оказания медицинской помощи: наследственная предрасположенность, перенесенные заболевания, операции, лекарственная непереносимость, гемотрансфузии и др.
1.5	Анамнез заболевания или эпидемиологический анамнез отсутствует.
1.6	Анамнез заболевания или эпидемиологический анамнез собран не в полном объеме или не детализирован.
1.7	Анамнез заболевания или эпидемиологический анамнез собран несвоевременно.
1.x	Прочие виды дефектов сбора жалоб или анамнеза.
2	Дефекты диагностических мероприятий (объективного осмотра; дополнительных обследований):
2.1	Объективный осмотр не проведен.
2.2	Объективный осмотр проведен не в полном объеме.
2.3	Запись об объективном осмотре сделана без его проведения.
2.4	Диагностические мероприятия не назначены.
2.5	Диагностические мероприятия не назначены в необходимом объеме.
2.6	Диагностические мероприятия назначены несвоевременно.
2.7	Диагностические мероприятия назначены не обоснованно.
2.8	Диагностические мероприятия назначены без учета индивидуальных особенностей организма пациента или имеющихся противопоказаний к их назначению.
2.9	Диагностические мероприятия выбраны не рационально, в том числе, без учета современного уровня медицинской науки и технологий.
2.10	Не приняты или приняты не в недостаточном объеме меры, направленные на профилактику ятрогенных осложнений и неблагоприятных реакций при проведении диагностических мероприятий.
2.11	Диагностические мероприятия назначены с нарушением медицинских технологий.
2.12	Назначенные диагностические мероприятия не выполнены.
2.13	Назначенные диагностические мероприятия выполнены несвоевременно.
2.14	Назначенные диагностические мероприятия выполнены не в полном объеме.
2.15	Назначенные диагностические мероприятия выполнены с использованием медицинских изделий, не зарегистрированных в Государственном реестре медицинских изделий или не прошедших в установленном порядке поверку (или техническое обслуживание) или с использованием лекарственных средств, не зарегистрированных в Государственном реестре лекарственных средств.
2.16	Назначенные диагностические мероприятия выполнены с нарушением медицинских технологий.
2.17	Диагноз основного заболевания не установлен.
2.18	Диагноз основного заболевания установлен несвоевременно.
2.19	Диагноз установлен не по всем заболеваниям, соответствующим специальности медицинского работника, оказывавшего медицинскую помощь.

2.20	Имевшиеся клинические данные не были учтены в процессе установления диагноза.
2.21	Имевшиеся клинические данные не обосновывают установленный диагноз.
2.22	Не проведен консилиум в клиническом случае, требующем его проведения.
2.23	Диагностические мероприятия назначены врачом, не имеющим действующего сертификата специалиста или врачом специальности, не соответствующей профилю заболевания пациента (за исключением дежурных медицинских работников).
2.24	Диагностические мероприятия проводились медицинским работником, не имеющим действующего сертификата специалиста или медицинским работником, специальности, не соответствующей профилю заболевания пациента (за исключением дежурных медицинских работников).
2.25	При проведении диагностических мероприятий не соблюдался принцип преемственности оказания медицинской помощи между медицинскими работниками или между подразделениями организации здравоохранения.
2.26	При проведении диагностических мероприятий не соблюдался принцип преемственности оказания медицинской помощи с другими организациями здравоохранения.
2.27	Не назначены повторные осмотры пациента или контрольные дополнительные исследования или их частота не соответствует необходимой.
2.x	Прочие виды дефектов диагностических мероприятий.
3	Дефекты оформления диагноза (диагноза основного заболевания; диагноза сопутствующего заболевания):
3.1	Диагноз не сформулирован.
3.2	Диагноз сформулирован не по всем заболеваниям, соответствующим специальности медицинского работника, оказывавшего медицинскую помощь.
3.3	Диагноз сформулирован не в соответствии с Международной классификацией болезней X пересмотра (МКБ-X) или не в соответствии с действующими требованиями к формулировке диагноза.
3.4	В диагнозе не сформулированы или сформулированы не в соответствии с действующими требованиями характеристики заболевания: локализация патологического процесса, степень тяжести, стадия, фаза, активность, характер течения, осложнения заболевания, даты перенесенных инфарктов, инсультов, операций, степень нарушения функций органов и систем.
3.5	Диагноз сформулирован с использованием не принятых в медицинской практике аббревиатур и сокращений.
3.6	Диагноз сформулирован несвоевременно.
3.x	Прочие виды дефектов оформления диагноза.
4	Дефекты лечебных мероприятий:
4.1	Лечебные мероприятия не назначены.
4.2	Лечебные мероприятия не назначены в необходимом объеме.
4.3	Лечебные мероприятия назначены несвоевременно.
4.4	Лечебные мероприятия назначены не обоснованно.
4.5	Лечебные мероприятия назначены без учета индивидуальных особенностей организма пациента или имеющихся противопоказаний к их назначению.
4.6	Лечебные мероприятия или методы их применения выбраны не рационально, в том числе, без учета современного уровня медицинской науки и технологий.
4.7	Лечебные мероприятия назначены с нарушением медицинских технологий, в том числе: нарушения, связанные с назначением лекарственных средств или назначение смесей лекарственных средств без учета их совместимости, в одном шприце или в одной системе для капельного введения.
4.8	Не приняты или приняты не в недостаточном объеме меры, направленные на профилактику ятрогенных осложнений и неблагоприятных реакций при проведении лечебных мероприятий.
4.9	Лечебные мероприятия назначены без указания наименования; дозы; кратности применения; длительности применения; пути применения.
4.10	Назначенные лечебные мероприятия не выполнены.
4.11	Назначенные лечебные мероприятия выполнены несвоевременно.
4.12	Назначенные лечебные мероприятия выполнены не в полном объеме.
4.13	Назначенные лечебные мероприятия выполнены с использованием медицинских изделий, не зарегистрированных в Государственном реестре медицинских изделий или не прошедших в установленном порядке поверку (или техническое обслуживание) или с

	использованием лекарственных средств, не зарегистрированных в Государственном реестре лекарственных средств.
4.14	Назначенные лечебные мероприятия выполнены с нарушением медицинских технологий.
4.15	Не проведен консилиум в клиническом случае, требующем его проведения.
4.16	Лечебные мероприятия назначены медицинским работником, не имеющим действующего сертификата специалиста или врачом специальности, не соответствующей профилю заболевания пациента (за исключением дежурных медицинских работников).
4.17	Лечебные мероприятия проводились медицинским работником, не имеющим действующего сертификата специалиста или медицинским работником, специальности, не соответствующей профилю заболевания пациента (за исключением дежурных медицинских работников).
4.18	При проведении лечебных мероприятий не соблюдался принцип преемственности оказания медицинской помощи между медицинскими работниками или между подразделениями организации здравоохранения.
4.19	При проведении лечебных мероприятий не соблюдался принцип преемственности оказания медицинской помощи с другими организациями здравоохранения.
4.20	При проведении лечебных мероприятий допущено клинически не обоснованное отклонение сроков лечения от средних рекомендованных сроков.
4.21	Не назначены повторные осмотры пациента или контрольные дополнительные исследования или их частота не соответствует необходимой.
4.22	Лечебные мероприятия были прекращены до достижения их целевых результатов.
4.x	Прочие виды дефектов лечебных мероприятий.
5	Дефекты профилактических мероприятий:
5.1	Профилактические мероприятия не назначены.
5.2	Профилактические мероприятия не назначены в необходимом объеме.
5.3	Профилактические мероприятия назначены несвоевременно.
5.4	Профилактические мероприятия назначены не обоснованно.
5.5	Профилактические мероприятия назначены без учета индивидуальных особенностей организма пациента или имеющихся противопоказаний к их назначению.
5.6	Профилактические мероприятия или методы их применения выбраны не рационально, в том числе, без учета современного уровня медицинской науки и технологий.
5.7	Не приняты или приняты не в недостаточном объеме меры, направленные на профилактику ятрогенных осложнений и неблагоприятных реакций при проведении профилактических мероприятий.
5.8	Профилактические мероприятия назначены с нарушением медицинских технологий.
5.9	Назначенные профилактические мероприятия не выполнены.
5.10	Назначенные профилактические мероприятия выполнены несвоевременно.
5.11	Назначенные профилактические мероприятия выполнены не в полном объеме.
5.12	Назначенные профилактические мероприятия выполнены с нарушением медицинских технологий или с использованием медицинских изделий, не зарегистрированных в Государственном реестре медицинских изделий или не прошедших в установленном порядке поверку (или техническое обслуживание) или с использованием лекарственных средств, не зарегистрированных в Государственном реестре лекарственных средств.
5.13	Профилактические мероприятия назначены медицинским работником, не имеющим сертификата специалиста или медицинским работником специальности, не соответствующей профилю заболевания пациента.
5.14	Профилактические мероприятия проводились медицинским работником, не имеющим сертификата специалиста или медицинским работником, специальности, не соответствующей профилю заболевания пациента.
5.15	Не назначены повторные осмотры пациента или дополнительные исследования в целях динамического контроля за состоянием здоровья и эффективностью профилактических мероприятий или их частота не соответствует необходимой.
5.16	Профилактические мероприятия были прекращены до достижения их целевых результатов.
5.17	При проведении профилактических мероприятий не соблюдался принцип преемственности оказания медицинской помощи между медицинскими работниками или между подразделениями организации здравоохранения.
5.18	При проведении профилактических мероприятий не соблюдался принцип преемственности оказания медицинской помощи с другими организациями здравоохранения.
5.19	Прочие виды дефектов профилактических мероприятий.

6	Дефекты экспертизы временной нетрудоспособности или медицинского освидетельствования:
6.1	Экспертиза или освидетельствование не проведены.
6.2	Экспертиза или освидетельствование проведены с нарушением требований, установленных к ее проведению.
6.3	Выводы (или заключение) по результатам экспертизы или освидетельствования не сформулированы или сформулированы с нарушением установленных требований.
6.4	Имевшиеся данные не были учтены при формулировке выводов по результатам экспертизы или освидетельствования.
6.5	Имевшиеся данные не обосновывают сформулированные выводы по результатам экспертизы или освидетельствования.
6.x	Прочие виды дефектов медицинской экспертизы или медицинского освидетельствования.
7	Дефекты оформления медицинской документации, содержащей информацию об оказанной медицинской помощи (медицинские карты амбулаторного больного, медицинские карты стационарного больного, карты вызова скорой медицинской помощи и др.):
7.1	Медицинская документация не оформлена, при наличии достоверной информации о факте оказания медицинской помощи.
7.2	Медицинская документация оформлена не в полном объеме.
7.3	Медицинская документация оформлена с нарушением требований к ее оформлению.
7.4	В медицинскую документацию внесены ложные сведения.
7.5	Формы использованной медицинской документации не соответствуют установленным.
7.6	Медицинская документация оформлена не разборчиво или с использованием не общепринятых аббревиатур, что не позволяет ее прочесть и затрудняет ее проверку.
7.7	В медицинской документации имеются исправления, содержащие вымарывание записей, дописки или подчистки.
7.8	В медицинской документации отсутствуют результаты проведенных исследований, при наличии достоверной информации о факте их проведения.
7.x	Прочие виды дефектов оформления медицинской документации.

Рубрика 2 Классификатора

Группы дефектов медицинской помощи по причинам их возникновения

Код	Группы дефектов
М	<p>Причинами дефектов являлись действия (или бездействие) медицинского работника, непосредственно оказывавшего медицинскую помощь:</p> <p style="padding-left: 20px;">М (в) – врача; М (с) – среднего медицинского работника.</p> <p>Возникновение дефектов данной группы может быть связано с:</p> <ul style="list-style-type: none"> - добросовестным заблуждением медицинских работников (медицинская ошибка), - не выполнением или недобросовестным выполнением медицинскими работниками должностных обязанностей или требований нормативных правовых документов, - с другими факторами.
П	<p>Причинами возникновения дефектов являются действия (или бездействие) пациента.</p> <p>Возникновение дефектов данной группы может быть связано с:</p> <ul style="list-style-type: none"> - не явкой пациента на прием, - отказом пациента от госпитализации, - не выполнением пациентом назначений лечащего врача, - не предоставлением пациентом полной и достоверной информации о состоянии своего здоровья, - самовольным уходом пациента из стационара, - самовольным, без согласования с лечащим врачом, применением пациентом методов диагностики или лечения, - поздним обращением пациента за медицинской помощью, - симуляцией, диссимуляцией или аггравацией со стороны пациента, - с другими факторами.
Н	<p>Причины возникновения дефектов не связаны с действиями (или бездействием) медицинского работника, непосредственно оказывавшего медицинскую помощь или с действиями (или бездействием) пациента.</p> <p>Возникновение дефектов данной группы может быть связано с:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - исходной тяжестью состояния пациента, - особенностями течения заболевания (атипичность, скоротечность, необратимая стадия, неизвестные медицинской науке этиопатогенетические факторы заболевания), - наличием сопутствующих заболеваний, - внезапно возникшей неисправностью медицинского оборудования, - с другими факторами.
О	<p>Причины возникновения дефектов связаны с недостатками в организации медицинской помощи.</p> <p>Возникновение дефектов данной группы может быть связано с недостатками:</p> <ul style="list-style-type: none"> - в организации амбулаторно-поликлинического приема, - в организации работы вспомогательных лечебно-диагностических служб (лаборатория, рентген-отделение, физио-отделение и др.), - в организации проведения консультаций специалистов или исследований, отсутствующих в учреждении, - в организации работы приемного отделения стационара, - в организации работы дежурных врачей стационара, - в обеспечении необходимым медицинским оборудованием, - в организации проверок или технического обслуживания медицинского оборудования, - в обеспечении стационаров лекарственными средствами, - в организации своевременного повышения квалификации медицинских работников, - в обеспечении бланками медицинской документации, - в разработке внутренних распорядительных документов по организации и оказанию медицинской помощи в учреждении, - в организации ознакомления персонала с нормативными правовыми или внутренними распорядительными документами, - в организации достоверного статистического учета оказываемой медицинской помощи, - в обеспечении сохранности медицинской документации в учреждении, - с другими факторами.

Рубрика 3 Классификатора
Категории дефектов медицинской помощи по их влиянию на медицинскую и экономическую эффективность оказанной медицинской помощи

Код	Категории дефектов
I	Дефекты медицинской помощи привели или могли привести к ухудшению состояния здоровья пациента (или его смерти) и привели к неэффективному использованию материально-технических или кадровых ресурсов здравоохранения.
II	Дефекты медицинской помощи привели или могли привести к ухудшению состояния здоровья пациента (или его смерти), но не сопровождались неэффективным использованием материально-технических или кадровых ресурсов здравоохранения.
III	Дефекты медицинской помощи не оказали и не могли оказать существенного влияния на состояние здоровья пациента, но привели к неэффективному использованию материально-технических или кадровых ресурсов здравоохранения.
IV	Дефекты медицинской помощи не оказали и не могли оказать существенного влияния на состояние здоровья пациента и эффективность использования материально-технических или кадровых ресурсов здравоохранения.



УТВЕРЖДАЮ:
Генеральный директор ООО
«Центр офтальмохирургии»

Н.Н. Куканова
«11» января 2023г.

**ПОКАЗАТЕЛИ,
РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ МОНИТОРИНГА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ В ОРГАНИЗАЦИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

№ п/п	Наименование показателя
1.	Результаты контроля качества медицинской помощи (для всех организаций здравоохранения, в разрезе амбулаторно-поликлинической, стационарной, скорой медицинской помощи и уровней контроля):
1.1.	Количество законченных случаев медицинской помощи
1.2.	Количество случаев медицинской помощи, проверенных при проведении контроля качества медицинской помощи
1.3.	Количество выявленных случаев медицинской помощи, не соответствующих требованиям (стандартам)
1.4.	Количество выявленных случаев медицинской помощи, сопровождавшихся единичными дефектами, которые не привели и не могли привести к ухудшению состояния здоровья пациента или его смерти
1.5.	Охват контролем качества медицинской помощи случаев медицинской помощи, подлежащих контролю в обязательном порядке, в %
1.6.	Причины несоответствия случаев оказания медицинской помощи стандартам:
1.6.1.	Действия (или бездействие) медицинского работника, непосредственно оказывавшего медицинскую помощь
1.6.2.	Действия (или бездействие) пациента
1.6.3.	Причины не связаны с действиями (или бездействием) медицинского работника, непосредственно оказывавшего медицинскую помощь или с действиями (или бездействием) пациента
1.6.4.	Причины связаны с недостатками в организации медицинской помощи
1.7.	Количество выявленных случаев, не соответствующих стандартам, в зависимости от влияния дефектов медицинской помощи на медицинскую и экономическую эффективность оказанной медицинской помощи:
1.7.1.	С дефектами, которые привели к ухудшению состояния здоровья пациента (или его смерти) и к неэффективному использованию ресурсов), в % от общего количества случаев, не соответствующих стандартам
1.7.2.	С дефектами, которые привели к ухудшению состояния здоровья пациента (или его смерти), но не сопровождались неэффективным использованием ресурсов), в % от общего количества случаев, не соответствующих стандартам
1.7.3.	С дефектами, которые не оказали существенного влияния на состояние здоровья пациента, но привели к неэффективному использованию ресурсов), в % от общего количества случаев, не соответствующих стандартам
1.7.4.	С дефектами, которые не оказали существенного влияния на состояние здоровья пациента и на эффективность использования ресурсов), в % от общего количества случаев, не соответствующих стандартам
2.	Общие показатели качества медицинской помощи (для всех организаций здравоохранения):
2.1.	Удельный вес законченных случаев с положительным исходом (выздоровление, улучшение, ремиссия), в % от общего количества законченных случаев
2.2.	Число случаев первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста, в расчете на 1000 работающих
2.3.	Удельный вес выявленных запущенных случаев онкологических заболеваний, в % от общего количества случаев выявленных онкологических заболеваний

2.4.	Удельный вес случаев с ятрогенными осложнениями, возникшими при оказании медицинской помощи:
2.4.1.	Удельный вес случаев с ятрогенными осложнениями, в % от общего количества законченных случаев
2.4.2.	Число случаев внутрибольничных инфекций, в расчете на 1000 пациентов
2.4.3.	Удельный вес случаев с осложнениями, возникшими во время или после оперативного вмешательства, в % от общего числа случаев, сопровождающихся оперативными вмешательствами
2.4.4.	Удельный вес случаев с осложнениями, возникшими вследствие применения местной или общей анестезии, в % от общего числа случаев с применением анестезии
2.4.5.	Число случаев с осложнениями после переливания крови или кровезамещающих жидкостей, в расчете на 100 случаев переливания
2.4.6.	Удельный вес случаев с осложнениями лекарственной терапии, в % от общего числа случаев, сопровождавшихся применением лекарственной терапии
2.5.	Удельный вес граждан, неудовлетворенных оказанной медицинской помощью по данным проведенного анкетирования, в % от общего количества опрошенных:
2.5.1.	Удельный вес граждан, неудовлетворенных амбулаторно-поликлинической помощью
2.5.2.	Удельный вес граждан, неудовлетворенных стационарной помощью;
2.5.3.	Удельный вес граждан, неудовлетворенных скорой медицинской помощью
2.5.4.	Удельный вес граждан, неудовлетворенных санаторно-курортной помощью
2.6.	Удельный вес жалоб от граждан по вопросам оказания медицинской помощи, признанных по результатам рассмотрения обоснованными, в % от общего количества жалоб, поступивших в организацию здравоохранения
3.	Показатели качества медицинской помощи терапевтической службы:
3.1.	При оказании амбулаторно-поликлинической помощи (для организаций здравоохранения, имеющих в штатах должности участковых врачей-терапевтов, врачами общей практики, семейными врачами):
3.1.1.	Средний срок ожидания амбулаторного приема, в днях
3.1.2.	Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, в расчете на 100 тыс. населения:
3.1.2.1.	Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний всего населения
3.1.2.2.	Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний населения трудоспособного возраста
3.1.3.	Смертность от инсульта, в расчете на 100 тыс. населения:
3.1.3.1.	Смертность от инсульта всего населения
3.1.3.2.	Смертность от инсульта населения трудоспособного возраста
3.1.4.	Смертность от инфаркта, в расчете на 100 тыс. населения
3.1.4.1.	Смертность от инфаркта всего населения
3.1.4.2.	Смертность от инфаркта населения трудоспособного возраста
3.1.5.	Смертность от онкологических заболеваний, в расчете на 100 тыс. населения:
3.1.5.1.	Смертность от онкологических заболеваний всего населения
3.1.5.2.	Смертность от онкологических заболеваний населения трудоспособного возраста
3.1.6.	Удельный вес умерших на дому от острых заболеваний, в % от общего количества умерших на дому
3.1.7.	Удельный вес случаев онкологических заболеваний видимых локализаций, выявленных в 3-4 стадиях, в % от общего количества случаев онкологических заболеваний видимых локализаций
3.1.8.	Удельный вес расхождений диагнозов учреждения при направлении на стационарное лечение и заключительных диагнозов стационаров, в % от количества госпитализированных
3.2.	При оказании стационарной помощи (для организаций здравоохранения, оказывающих стационарную помощь терапевтического профиля, без разбивки по узким профилям деятельности, не предоставляются по дневным стационарам всех типов):
3.2.1.	Средняя длительность пребывания пациентов на койке, в днях
3.2.2.	Число дней работы койки в году
3.2.3.	Средний срок ожидания плановой госпитализации, в днях
3.2.4.	Удельный вес необоснованных отказов в госпитализации, в % от общего количества отказов в госпитализации
3.2.5.	Удельный вес повторных госпитализаций в течении первых суток после выписки, в % от общего количества госпитализаций

3.2.6.	Госпитальная летальность, в %
3.2.7.	Удельный вес проведенных патологоанатомических вскрытий, в % от общего количества умерших
3.2.8.	Удельный вес расхождений клинических и патологоанатомических диагнозов, в %
3.2.9.	Удельный вес случаев с ятрогенными осложнениями, возникшими при оказании медицинской помощи:
3.2.9.1.	Удельный вес случаев с ятрогенными осложнениями, в % от общего количества законченных случаев
3.2.9.2.	Число случаев внутрибольничных инфекций, в расчете на 1000 пациентов
3.2.9.3.	Удельный вес случаев с осложнениями лекарственной терапии, в % от общего числа законченных случаев, сопровождавшихся применением лекарственной терапии
4.	Показатели качества медицинской помощи хирургической службы (для организаций здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь хирургического профиля, без разбивки по узким профилям деятельности, не предоставляются по дневным стационарам всех типов):
4.1.	При оказании амбулаторно-поликлинической помощи:
4.1.1.	Хирургическая активность, в %
4.1.2.	Удельный вес ятрогенных осложнений, возникших при оказании медицинской помощи:
4.1.2.1.	Удельный вес случаев с ятрогенными осложнениями, в % от общего количества законченных случаев
4.1.2.2.	Число случаев внутрибольничных инфекций, в расчете на 1000 пациентов
4.1.2.3.	Удельный вес случаев с осложнениями, возникшими во время или после оперативного вмешательства, в % от общего числа случаев, сопровождающихся оперативными вмешательствами
4.1.2.4.	Удельный вес случаев с осложнениями, возникшими вследствие применения местной или общей анестезии, в % от общего числа случаев с применением анестезии
4.1.3.	Летальность, в %
4.1.4.	Удельный вес расхождений диагнозов учреждения при направлении на стационарное лечение и заключительных диагнозов стационаров, в % от количества госпитализированных
4.2.	При оказании стационарной помощи:
4.2.1.	Средняя длительность пребывания пациента на койке, в днях
4.2.2.	Число дней работы койки в году
4.2.3.	Средний срок ожидания плановой госпитализации, в днях
4.2.4.	Удельный вес необоснованных отказов в госпитализации, в % от общего количества отказов в госпитализации
4.2.5.	Удельный вес повторных госпитализаций в течение первых суток после выписки, в % от общего количества госпитализаций
4.2.6.	Хирургическая активность, в %
4.2.7.	Средний предоперационный койко-день
4.2.8.	Удельный вес малоинвазивных вмешательств в структуре оперативной деятельности в %
4.2.9.	Частота незапланированных возвратов в операционную, в %
4.2.10.	Удельный вес расхождений дооперационного и интраоперационного диагнозов, в %
4.2.11.	Удельный вес ятрогенных осложнений, возникших при оказании медицинской помощи:
4.2.11.1.	Удельный вес случаев с ятрогенными осложнениями, в % от общего количества законченных случаев
4.2.11.2.	Число случаев внутрибольничных инфекций, в расчете на 1000 пациентов
4.2.11.3.	Удельный вес случаев с осложнениями, возникшими во время или после оперативного вмешательства, в % от общего числа случаев, сопровождающихся оперативными вмешательствами
4.2.11.4.	Удельный вес случаев с осложнениями, возникшими вследствие применения местной или общей анестезии, в % от общего числа случаев с применением анестезии
4.2.12.	Госпитальная летальность:
4.2.12.1.	Общая госпитальная летальность, в %
4.2.12.2.	Послеоперационная летальность, в %
4.2.12.3.	Послеоперационная летальность после экстренных операций, в %
4.2.13.	Удельный вес проведенных патологоанатомических вскрытий, в % от общего количества умерших
4.2.14.	Удельный вес расхождений клинических и патологоанатомических диагнозов, в %

5.	Показатели качества медицинской помощи акушерско-гинекологической службы (для организаций здравоохранения, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь):
5.1.	При оказании медицинской помощи в условиях родильного дома, родильного отделения:
5.1.1.	Удельный вес не осложненных родов, в % от общего количества родов
5.1.2.	Удельный вес оперативного родоразрешения в родах, в % от общего количества родов
5.1.3.	Удельный вес экстренных операций Кесарева сечения, в % от общего количества операций Кесарева сечения
5.1.4.	Удельный вес ятрогенных осложнений, возникших при оказании медицинской помощи:
5.1.4.1.	Удельный вес случаев с ятрогенными осложнениями, в % от общего количества законченных случаев
5.1.4.2.	Число случаев внутрибольничных инфекций, в расчете на 1000 пациентов
5.1.4.3.	Удельный вес случаев с осложнениями, возникшими во время или после оперативного вмешательства, в % от общего числа случаев, сопровождающихся оперативными вмешательствами
5.1.4.4.	Удельный вес случаев с осложнениями, возникшими вследствие применения местной или общей анестезии, в % от общего числа случаев с применением анестезии
5.1.4.5.	Удельный вес случаев с осложнениями лекарственной терапии, в % от общего числа случаев, сопровождавшихся применением лекарственной терапии
5.1.5.	Удельный вес кровотечений в родах и раннем послеродовом периоде, в % от общего количества родов
5.1.6.	Удельный вес органудаляющих операций в родах, в % от общего количества операций в родах
5.1.7.	Удельный вес тяжелых гестозов в родах, в %
5.1.8.	Удельный вес осложнений у новорожденных, в % от общего количества новорожденных
5.1.9.	Материнская смертность, в расчете на 100 тыс. населения
5.1.10.	Перинатальная смертность:
5.1.10.1.	Перинатальная смертность, в расчете на 1000 родившихся живыми и мертвыми
5.1.10.2.	Мертворождаемость, в расчете на 1000 родившихся живыми и мертвыми
5.1.10.3.	Ранняя неонатальная смертность, в расчете на 1000 родившихся живыми
5.1.11.	Удельный вес проведенных патологоанатомических вскрытий, в % от общего количества умерших
5.1.12.	Удельный вес расхождений клинических и патологоанатомических диагнозов, в %
5.2.	При оказании медицинской помощи в условиях женской консультации или врачом акушером-гинекологом поликлиники:
5.2.1.	Удельный вес раннего охвата беременных диспансерным наблюдением, в % от количества беременных, взятых на диспансерный учет
5.2.2.	Удельный вес беременных с высокой и средней степенями риска, прошедших профилактическое лечение, в % от общего количества беременных с высокой и средней степенями риска
5.2.3.	Удельный вес врожденных аномалий развития, не выявленных во время беременности, в % от общего количества родильниц
5.2.4.	Показатель охвата послеродовым патронажем, в % от количества закончивших беременность
5.2.5.	Аntenатальная смертность
5.2.5.	Удельный вес беременных с гестозами, в % от общего количества беременных
5.2.5.	Число аборт на 1000 женщин фертильного возраста
5.2.5.	Охват женщин фертильного возраста средствами контрацепции, в % от общего количества женщин фертильного возраста
5.2.5.	Удельный вес расхождений диагнозов учреждения при направлении на стационарное лечение и заключительных диагнозов стационаров, в % от количества госпитализированных
5.3.	При оказании медицинской помощи в условиях гинекологических отделений стационаров:
5.3.1.	Число дней работы койки в году, в днях
5.3.2.	Средняя длительность пребывания на койке
5.3.3.	Средний срок ожидания плановой госпитализации, в днях
5.3.4.	Удельный вес необоснованных отказов в госпитализации, в % от общего количества отказов в госпитализации
5.3.5.	Удельный вес повторных госпитализаций в течение первых суток после выписки, в % от

	общего количества госпитализаций
5.3.6.	Хирургическая активность, в %
5.3.7.	Удельный вес малоинвазивных вмешательств в структуре оперативной деятельности, в %
5.3.8.	Частота незапланированных возвратов в операционную, в %
5.3.9.	Удельный вес ятрогенных осложнений, возникших при оказании медицинской помощи:
5.3.9.1.	Удельный вес случаев с ятрогенными осложнениями, в % от общего количества законченных случаев
5.3.9.2.	Число случаев внутрибольничных инфекций, в расчете на 1000 пациентов
5.3.9.3.	Удельный вес случаев с осложнениями, возникшими во время или после оперативного вмешательства, в % от общего числа случаев, сопровождающихся оперативными вмешательствами
5.3.9.4.	Удельный вес случаев с осложнениями, возникшими вследствие применения местной или общей анестезии, в % от общего числа случаев с применением анестезии
5.3.10.	Госпитальная летальность:
5.3.10.1.	Общая госпитальная летальность, в %
5.3.10.2.	Послеоперационная летальность, в %
5.3.10.3.	Послеоперационная летальность после экстренных операций, в %
5.3.11.	Удельный вес проведенных патологоанатомических вскрытий, в % от общего количества умерших
5.3.12.	Удельный вес расхождений клинических и патологоанатомических диагнозов, в %
6.	Показатели качества медицинской помощи педиатрической службы (для организаций здравоохранения, оказывающих педиатрическую помощь, без разбивки по узким профилям деятельности, не предоставляются по дневным стационарам всех типов):
6.1.	При оказании амбулаторно-поликлинической помощи:
6.1.1.	Удельный вес охвата детей 1 года жизни диспансерным наблюдением, в % от общего количества детей 1 года жизни
6.1.2.	Удельный вес охвата диспансерным наблюдением детей, имеющих заболевания, в %
6.1.3.	Удельный вес детей, снятых с диспансерного наблюдения по выздоровлению, в %
6.1.4.	Детская смертность:
6.1.4.1.	Удельный вес детей, умерших на дому, в % от общего количества умерших детей
6.1.4.2.	Младенческая смертность, в расчете на 1000 родившихся живыми
6.1.5.	Число случаев первичного выхода на инвалидность детей, в расчете на 1000 детей в возрасте до 17 лет
6.1.6.	Удельный вес расхождений диагнозов учреждения при направлении на стационарное лечение и заключительных диагнозов стационаров, в % от количества госпитализированных
6.2.	При оказании стационарной помощи:
6.2.1.	Средняя длительность пребывания на койке, в днях
6.2.2.	Число дней работы койки в году
6.2.3.	Средний срок ожидания плановой госпитализации, в днях
6.2.4.	Удельный вес необоснованных отказов в госпитализации, в % от общего количества отказов в госпитализации
6.2.5.	Удельный вес повторных госпитализаций в течении первых суток после выписки, в % от общего количества госпитализаций
6.2.6.	Удельный вес повторных госпитализаций по поводу одного и того же заболевания, в течении года, в % от общего количества госпитализаций
6.2.7.	Госпитальная летальность, в %
6.2.8.	Удельный вес проведенных патологоанатомических вскрытий от общего количества умерших в %
6.2.9.	Удельный вес расхождений клинических и патологоанатомических диагнозов, в %
6.2.10.	Удельный вес ятрогенных осложнений, возникших при оказании медицинской помощи:
6.2.10.1.	Удельный вес случаев с ятрогенными осложнениями, в % от общего количества законченных случаев
6.2.10.2.	Число случаев внутрибольничных инфекций, в расчете на 1000 пациентов
6.2.10.3.	Удельный вес случаев с осложнениями лекарственной терапии, в % от общего числа законченных случаев, сопровождавшихся применением лекарственной терапии
7.	Показатели качества стоматологической помощи (для организаций здравоохранения, оказывающих амбулаторную стоматологическую помощь):
7.1.	Число УЕТ, в расчете на 1 врача в рабочую смену

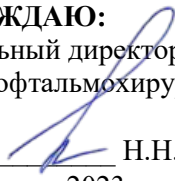
7.2.	Охват санацией полости рта первичных больных, в %
7.3.	Коэффициент отношения количества вылеченных зубов к количеству удаленных зубов
7.4.	Удельный вес случаев оказания медицинской помощи с применением при удалении зубов анестезии, в % от общего количества случаев с удалением зубов
7.5.	Удельный вес случаев с применением рентгенодиагностики при лечении осложненного кариеса, в % от общего количества случаев осложненного кариеса
7.6.	Удельный вес повторных обращений по одному и тому же поводу, до истечения срока выданных гарантийных обязательств, в % от общего количества случаев с гарантийными обязательствами
7.7.	Удельный вес ятрогенных осложнений, возникших при оказании медицинской помощи:
7.7.1.	Удельный вес случаев с ятрогенными осложнениями, в % от общего количества законченных случаев
7.7.2.	Число случаев внутрибольничных инфекций, в расчете на 1000 пациентов
7.7.3.	Удельный вес случаев с осложнениями, возникшими во время или после оперативного вмешательства, в % от общего числа случаев, сопровождающихся оперативными вмешательствами
7.7.4.	Удельный вес случаев с осложнениями, возникшими вследствие применения местной или общей анестезии, в % от общего числа случаев с применением анестезии
8.	Показатели качества скорой медицинской помощи (для станций и отделений скорой медицинской помощи):
8.1.	Удельный вес вызовов с превышением установленного времени доезда до пациента, в %
8.2.	Удельный вес повторных вызовов в течении суток, в % от общего количества вызовов
8.3.	Удельный вес успешных реанимаций, в % от общего количества проведенных реанимаций
8.4.	Удельный вес госпитализированных, в % от общего количеству доставленных в приемный покой стационаров
8.5.	Удельный вес расхождений диагнозов врачей бригад скорой помощи с диагнозами стационаров, в %
8.6.	Удельный вес случаев с ятрогенными осложнениями, в % от общего количества законченных случаев
8.7.	Удельный вес случаев, закончившихся летальным исходом, наступившим в присутствии бригады скорой помощи, в % от общего количества случаев оказания скорой мед. помощи
9.	Показатели качества деятельности бюро судебно-медицинской экспертизы (для бюро судебно-медицинской экспертизы):
9.1.	Средний срок ожидания проведения экспертизы, в днях
9.2.	Удельный вес повторных судебно-медицинских экспертиз, в % от общего количества экспертиз
9.3.	Удельный вес неподтвержденных первичных судебно-медицинских экспертиз, в % от количества повторных экспертиз
10.	Показатели качества деятельности противотуберкулезной службы (для противотуберкулезных диспансеров, отделений):
10.1.	Средняя длительность пребывания на койке, в днях
10.2.	Число дней работы койки в году
10.3.	Средний срок ожидания плановой госпитализации, в днях
10.4.	Удельный вес необоснованных отказов в госпитализации, в % от общего количества отказов в госпитализации
10.5.	Хирургическая активность, в %
10.6.	Удельный вес ятрогенных осложнений, возникших при оказании медицинской помощи:
10.6.1.	Удельный вес ятрогенных осложнений, возникших при оказании медицинской помощи:
10.6.2.	Удельный вес случаев с ятрогенными осложнениями, в % от общего количества законченных случаев
10.6.3.	Число случаев внутрибольничных инфекций, в расчете на 1000 пациентов
10.6.4.	Удельный вес случаев с осложнениями, возникшими во время или после оперативного вмешательства, в % от общего числа случаев, сопровождающихся оперативными вмешательствами
10.6.5.	Удельный вес случаев с осложнениями, возникшими вследствие применения местной или общей анестезии, в % от общего числа случаев с применением анестезии
10.6.6.	Удельный вес случаев с осложнениями лекарственной терапии, в % от общего числа законченных случаев, сопровождавшихся применением лекарственной терапии
10.7.	Госпитальная летальность:

10.7.1.	Общая госпитальная летальность, в %
10.7.2.	Послеоперационная летальность, в %
10.7.3.	Послеоперационная летальность после экстренных операций, в %
10.8.	Удельный вес проведенных патологоанатомических вскрытий, в % от общего количества умерших
10.9.	Удельный вес расхождений клинических и патологоанатомических диагнозов, в %
10.10.	Удельный вес повторных госпитализаций в течении первых суток после выписки, в % от общего количества госпитализаций
10.11.	Удельный вес случаев с прерванным курсом лечения, в % от общего количества случаев
10.12.	Удельный вес впервые выявленных случаев туберкулеза, закончившихся летально в течении первого года наблюдения, в % от общего количества впервые выявленных случаев
10.13.	Удельный вес случаев со стойким подтвержденным прекращением бактериовыделения, в % от общего количества случаев с бактериовыделением
11.	Показатели качества деятельности психиатрической и наркологической службы (для психо-неврологических и наркологических диспансеров, отделений):
11.1.	Средняя длительность пребывания на койке, в днях
11.2.	Число дней работы койки в году
11.3.	Средний срок ожидания плановой госпитализации, в днях
11.4.	Удельный вес необоснованных отказов в госпитализации, в % от общего количества отказов в госпитализации
11.5.	Удельный вес повторных госпитализаций в течении первых суток после выписки, в % от общего количества госпитализаций
11.6.	Удельный вес повторных госпитализаций по поводу одного и того же заболевания, в течении года, в % от общего количества госпитализаций
11.7.	Удельный вес ятрогенных осложнений, возникших при оказании медицинской помощи:
11.7.1.	Удельный вес случаев с ятрогенными осложнениями, в % от общего количества законченных случаев
11.7.2.	Удельный вес случаев с осложнениями лекарственной терапии, в % от общего числа законченных случаев, сопровождавшихся применением лекарственной терапии
11.8.	Госпитальная летальность, в %
11.9.	Удельный вес проведенных патологоанатомических вскрытий от общего количества умерших, в %
11.10.	Удельный вес расхождений клинических и патологоанатомических диагнозов, в %
12.	Показатели качества медицинской помощи при санаторно-курортном лечении (для организаций здравоохранения, оказывающих санаторно-курортную помощь):
12.1.	Средняя длительность санаторно-курортного лечения, в днях
12.2.	Летальность, в %
12.3.	Удельный вес ятрогенных осложнений, возникших при оказании медицинской помощи:
12.3.1.	Удельный вес случаев с ятрогенными осложнениями, в % от общего количества законченных случаев
12.3.2.	Число случаев внутрибольничных инфекций, в расчете на 1000 пациентов
13.	Показатели качества медицинской помощи, оказываемой специализированными учреждениями по профилактике и борьбе со СПИДом (для центров профилактики и борьбы со СПИДом):
13.1.	Полнота охвата диспансеризацией ВИЧ-инфицированных, в %
13.2.	Удельный вес ВИЧ-инфицированных, получающих антиретровирусную терапию, в % от общего количества ВИЧ-инфицированных
13.3.	Удельный вес ВИЧ-инфицированных беременных женщин, получивших полный курс химиопрофилактики, в % от общего количества ВИЧ-инфицированных беременных женщин
13.4.	Удельный вес ятрогенных осложнений, возникших при оказании медицинской помощи:
13.4.1.	Удельный вес случаев с ятрогенными осложнениями, в % от общего количества законченных случаев
13.4.2.	Число случаев внутрибольничных инфекций, в расчете на 1000 пациентов
13.4.3.	Удельный вес случаев с осложнениями лекарственной терапии, в % от общего числа законченных случаев, сопровождавшихся применением лекарственной терапии
14.	Показатели качества деятельности онкологической службы (для онкологических диспансеров, отделений):
14.1.	Средняя длительность пребывания на койке, в днях

14.2.	Число дней работы койки в году
14.3.	Средний срок ожидания плановой госпитализации, в днях
14.4.	Удельный вес необоснованных отказов в госпитализации, в % от общего количества отказов в госпитализации
14.5.	Удельный вес повторных госпитализаций в течение первых суток после выписки, в % от общего количества госпитализаций
14.6.	Удельный вес повторных госпитализаций по поводу одного и того же заболевания, в течении года, в % от общего количества госпитализаций
14.7.	Хирургическая активность, в %
14.8.	Удельный вес ятрогенных осложнений, возникших при оказании медицинской помощи:
14.8.1.	Удельный вес случаев с ятрогенными осложнениями, в % от общего количества законченных случаев
14.8.2.	Число случаев внутрибольничных инфекций, в расчете на 1000 пациентов
14.8.3.	Удельный вес случаев с осложнениями, возникшими во время или после оперативного вмешательства, в % от общего числа случаев, сопровождающихся оперативными вмешательствами
14.8.4.	Удельный вес случаев с осложнениями, возникшими вследствие применения местной или общей анестезии, в % от общего числа случаев с применением анестезии
14.8.5.	Удельный вес случаев с осложнениями лучевой терапии, в % от общего числа законченных случаев, сопровождавшихся применением лучевой терапии
14.8.6.	Удельный вес случаев с осложнениями лекарственной терапии, в % от общего числа законченных случаев, сопровождавшихся применением лекарственной терапии
14.9.	Госпитальная летальность:
14.9.1.	Общая госпитальная летальность, в %
14.9.2.	Послеоперационная летальность, в %
14.9.3.	Послеоперационная летальность после экстренных операций, в %
14.10.	Удельный вес проведенных патологоанатомических вскрытий, в % от общего количества умерших
14.11.	Удельный вес расхождений клинических и патологоанатомических диагнозов, в %
14.12.	Удельный вес больных онкологическими заболеваниями, получивших комбинированное лечение, в % от общего количества больных онкологическими заболеваниями
14.13.	Одногодичная летальность больных онкологическими заболеваниями
14.14.	Пятилетняя выживаемость больных онкологическими заболеваниями



ТВЕРЖДАЮ:
Генеральный директор ООО
«Центр офтальмохирургии»


Н.Н. Куканова
«11» января 2023г.

СПИСОК

должностных лиц, отвечающих за экспертизу качества и безопасности медицинской деятельности в ООО «Центр офтальмохирургии»

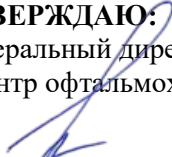
1-ый уровень: 1. амбулаторный прием - Карелина Л.Ю.- врач-офтальмолог
2. стационар – Дроздов И.В. заведующий отделением оперативной офтальмологии.

2-ой уровень (врачебная комиссия) – Грачев Д.К. главный врач,
заместитель главного врача Наумов А.В., Карелина Л.Ю.- врач-офтальмолог,
Воробьева О.В.- врач-офтальмолог.



Приложение 5

УТВЕРЖДАЮ:
Генеральный директор ООО
«Центр офтальмохирургии»


Н.Н. Куканова
«11» января 2023г.

Карта экспертной оценки качества медицинской помощи

Ф.И.О. пациента _____

Возраст _____ Лечащий врач _____

Диагноз _____

Осложнение _____

Сопутствующий диагноз _____

№	Показатели	балл	Эксперт 1 ур.	Эксперт 2 ур.
А.	Оценка диагностических мероприятий (ОДМ)	3		
	1. Объем и качество обследования (сбор жалоб, анамнеза, физикальных данных консультаций специалистов, осмотр зав. отделением)			
	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			
	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			
	Полное	1		
	Частичное, несвоевременное, избыточное	0,5		
	Не выполнено	0		
Б.	Оценка полноты диагноза (ОПД)			
	1. Диагноз поставлен в соответствии с правилами классификации (фаза, стадия процесса, локализация, нарушение функции, сопутствующие заболевания осложнения)	2		
	Правильно	1		
	Не полностью сформулирован, нарушена структура диагноза, не отмечены сопутствующие заболевания	0,5		
	Не соответствует клинике, расхождение с клиническим, 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 зав.	0,5		

	отделением			
	Не обоснован	0		
В.	Оценка лечебно-профилактических мероприятий (ОЛПМ)	4		
	1. Адекватность лечения по диагнозу			
	Адекватное, своевременное	2		
	Неполное, избыточное (полипрагмазия), несвоевременно начато, необоснованное назначение препаратов, необоснованное назначение лекарственных средств-синонимов (аналогов), антагонистов по фармакотерапевтическому действию	0,5		
	Не проведено лечение сопутствующих заболеваний в стадии обострения, не соответствует стандартам	0		
	2. Сроки лечения			
	Адекватные	1		
	Необоснованно длительное лечение более 25% от стандарта	0,5		
	Ранняя необоснованная выписка, прекращение лечебных мероприятий до достижения клинического эффекта	0		
	3. Эффективность лечения	1		
	Достигнута (выздоровление, компенсация хронического процесса)	1		
	Частично достигнута	0,5		
	Не достигнута, не обоснованное пребывание в дневном стационаре	0		
Г.	Преимственность этапов (ПЭ)	0,5		
	Соблюдена	0,5		
	Частично соблюдена	0,25		
	Не соблюдена	0		
Д.	Оформление документации	0,5		
	Соответствует принятым нормам	0,5		
	Небрежное оформление, неточность и разночтения в записях, не принятые сокращения, отсутствие информированного согласия на медицинское вмешательство, информированного отказа от госпитализации	0,25		
	Невозможность прочтения, утеряны анализы, не записаны заключения проведенных исследований и консультации специалистов	0		
	Сумма баллов (max 10)	10		

АКТ

экспертной оценки медицинской карты стационарного больного (истории болезни) № _____

Медицинская организация: _____ Отделение _____

Ф. И.О. больного: _____ Сроки лечения: _____

Диагноз: _____ шифр по МКБ _____

Блок А. Оценка диагностических мероприятий -2,0

А-1 – 0,5. Объём и качество обследований: сбор жалоб, анамнеза, физикальных обследований; объём, кратность и своевременность наблюдения, консультаций специалистов и осмотров заведующего отделением; наличие эпикризов:

- полное, соответствует поставленному диагнозу – 0,5
- частичное, или несвоевременное, или отсутствие должного наблюдения в динамике по общему состоянию – 0,25

- не выполнено – 0

А-2 – 0,75. Объём и качество лабораторных исследований:

- полное – 0,75

- не в полном объёме, или несвоевременно, или не оценено – 0,5

- избыточный объём, или не выполнены контрольные анализы при имеющихся изменениях – 0,25

- не выполнены – 0

А-3 – 0,75. Объём и качество инструментальных исследований:

- полное – 0,75

- не в полном объёме, или несвоевременно, или не оценено – 0,5

- избыточное – 0,25

- не выполнены, или назначены и проведены без учета противопоказаний для данного вида исследования – 0

Блок В. Оценка правильности поставленного диагноза – 1,0

- выставлен правильно, своевременно, обоснован – 1,0

- не полностью сформулирован, не соответствует МКБ, или не обоснован, или не вынесены сопутствующие заболевания или возникшие осложнения – 0,75

- несвоевременно поставлен – 0,5

- не соответствует клинике, или имеются расхождения заключительного клинического диагноза с патологоанатомическим диагнозом по основному заболеванию при III категории расхождения - 0

Блок С. Оценка лечебных мероприятий - 6,5

С-1 - 2,0. Адекватность лечения диагнозу:

- проведено в полном объеме и своевременно – 2,0

- не в полном объеме медикаментозная терапия; не проведено лечение сопутствующих заболеваний, но было необходимо - 1,5

- несвоевременно начато лечение, или несвоевременно выполнена операция, или несвоевременное направление в отделение анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии при необходимости, или неправильная тактика при выполнении операции - 1,0

- избыточная терапия, или назначение не сочетаемых или противопоказанных с учетом сопутствующей патологии лекарств - 0,75

- лечение не соответствует диагнозу – 0,25

С-2 - 2,5. Сроки лечения:

- адекватные диагнозу с учетом сопутствующей патологии - 2,5

- необоснованно ранняя выписка, задержка госпитализации - 0,5

С-3 - 2,0. Цель госпитализации или эффективность лечения:

- обоснована и достигнута, или не достигнута по неуправляемым причинам - 2,0

- возникли осложнения в результате неправильной тактики лечения - 0,75

- без перемен или ухудшение состояния в результате неправильной тактики ведения больного - 0,5

- не достигнута по вине медицинской организации – 0

Блок D. Оценка преемственности этапов - 0,5

- соблюдена - 0,5

- в выписке не в полном объёме даны рекомендации лечащему врачу и (или) больному - 0,25

- не соблюдена - 0

Общая сумма баллов по четырём блокам равняется 10 баллам.

Для приведения к единому стандарту **итогового коэффициента качества** полученную величину делим на 10.

Часть II.

ДЕФЕКТЫ. 1. Неполный объем первичной информации.

2. Необоснованное отклонение от применяемых технологий и стандартов:

- по оформлению и ведению медицинской документации;

- по лабораторной диагностике;

- по инструментальной диагностике;

- по лечению.

3. Отсутствие медицинской документации.

4. Недостаточный контроль заведующего отделением за лечебно-диагностическим процессом.

5. Недостаточная профессиональная подготовка врача.

6. Избыточная терапия.

7. Нецелесообразность стационарного лечения.

8. Завышенная степень тяжести.

9. Отсутствие информированного согласия пациента на медицинское вмешательство.

10. Излишние исследования и консультации.

11. Дефекты оформления:

- несоответствие нозологии;

- несоответствие территориальной программе;

- несоответствие выполненной операции;

- несоответствие койко-дней.

12. Нечитабельность или низкое качество ведения медицинской документации.

13. Необоснованно длительное лечение.

14. Нарушение преемственности.

15. Непрофильная госпитализация.

17. Необоснованное ограничение доступности медицинской помощи.

18. Повторная госпитализация.

19. Нарушение условий пребывания пациента в медицинской организации.

20. Внутрибольничная инфекция.

ПОСЛЕДСТВИЯ ДЕФЕКТОВ

1. Не повлияли на исход и не привели к необоснованному расходу ресурсов.

2. Необоснованное расходование ресурсов.

3. Возникли осложнения, не повлиявшие на исход лечения, но привели к расходу ресурсов, удлинению сроков госпитализации, дополнительной медикаментозной терапии.

4. Возникли (возможны) осложнения и ухудшения состояния, связанные с допущенными действиями.

Интерпретация блоков акта экспертной оценки медицинской карты стационарного больного (истории болезни).

Блок А. Оценка диагностических мероприятий.

Объем и качество обследований и ведения документации будут полными, если:

Жалобы - отражают локализацию болей, их интенсивность, иррадиацию, степень нарушения функций больного органа или системы, а также дополнительные жалобы.

Анамнез - при острой патологии указывается начало заболевания, развитие во времени, ранее проведенные обследование и лечение. При хронической патологии - начало заболевания, развитие симптоматики, проводимое лечение и его эффективность, частота обострений и их продолжительность.

Объективный осмотр - описание статуса по системам с указанием тяжести общего состояния и углубленное описание пораженного органа или системы (перкуссия, пальпация, аускультация).

Сроки обследования определяются в соответствии с клинической ситуацией.

Исследования будут полными, если обоснованы, адекватны диагнозу, своевременны и интерпретированы.

Консультативная помощь - будет считаться полной, если консультации обоснованы, назначены в соответствии с утвержденными стандартами, интерпретированы и использованы для ведения больных.

Осмотры заведующего отделением – тяжелых больных - в первые сутки с момента госпитализации, у плановых больных - в первые трое суток, текущие осмотры заведующего отделением при общих обходах 1 раз в неделю.

Оформление медицинской карты стационарного больного (истории болезни) должно полностью соответствовать приказу Минздрава СССР от 04.10.1980 г. № 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения». Неудовлетворительное ведение медицинской документации: нечеткое, нечитабельное заполнение лицевой стороны истории болезни,

первичного осмотра, дневников, листа назначений, температурного листа, листа регистрации переливания трансфузионных сред (форма 005у), записей обхода заведующим отделения, врачебного консилиума, вступительного, этапного, предоперационного, выписного (переводного, посмертного) эпикризов, протоколов операций, обезболивания, выписных документов - по любому из вышеперечисленных пунктов – будет трактоваться как отсутствие должного наблюдения в динамике по общему состоянию и расцениваться в 0,25 балла.

Блок В. Оценка правильности поставленного диагноза.

Диагноз будет считаться полным, если поставлен в соответствии с принятыми классификациями с указанием фазы, стадии процесса, степени тяжести, степени нарушения функции основного и сопутствующих заболеваний, а также развившихся осложнений.

III категория расхождения диагнозов – правильный диагноз в данной медицинской организации был возможен, и диагностическая ошибка повлекла за собой ошибочную врачебную тактику, т. е. привела к недостаточному (неполноценному) или неверному лечению (терапевтическому, хирургическому).

Блок С. Оценка лечебных мероприятий.

Лечение будет считаться проведённым в полном объеме, если начато своевременно; терапия проводилась с учетом этиопатогенеза, в оптимальных дозах; с адекватным контролем за лечением и корректировкой в процессе лечения при необходимости.

Блок Д. Оценка преемственности этапов.

Целью госпитализации будет считаться обоснование госпитализации, например: снятие болевого синдрома, или проведение противорецидивного лечения и т. д. Лечение считается эффективным, если достигнута цель (например, достигнута клиническая ремиссия обострившегося хронического заболевания).

При проведении внутренней и ведомственной экспертизы является обязательным заполнение части I карты экспертной оценки качества медицинской помощи в условиях стационара (Акт экспертной оценки истории болезни). При проведении ведомственного контроля качества медицинской помощи дополнительно необходимо наличие отмеченных соответствующих пунктов в части II (Дефекты) с возможным применением экономических санкций к медицинской организации, а также обязательной пометкой одного из пунктов «Последствий дефектов».

АКТ экспертной оценки амбулаторной карты № _____

Медицинская организация: _____

Ф. И.О. больного: _____ Сроки лечения: _____

Диагноз: _____ шифр по МКБ _____

Блок А. Оценка диагностических мероприятий и качества оформления документации: – 2,0

А-1 – 0,5. Объём и качество врачебных исследований: сбор жалоб, анамнеза, физикальных исследований, консультации специалистов; качество оформления документации:

- полное, соответствует поставленному диагнозу – 0,5
- частичное, или несвоевременное, или отсутствие должного наблюдения в динамике по общему состоянию – 0,25

- не выполнены – 0

А-2 – 0,75. Объём и качество лабораторных исследований:

- полное – 0,75

- не в полном объёме, или несвоевременно, или не оценено – 0,5

- избыточный объём или не выполнены контрольные анализы при имеющихся изменениях – 0,25

- не выполнены – 0

А-3 – 0,75. Объём и качество инструментальных исследований:

- полное или не нуждался – 0,75

- не в полном объёме, или несвоевременно, или не оценено – 0,5

- избыточное – 0,25

- не выполнены или назначены и проведены без учёта противопоказаний для данного вида исследования – 0

Блок В. Оценка полноты поставленного диагноза - 1,0

- выставлен правильно, своевременно, обоснован – 1,0

- не полностью сформулирован, не соответствует МКБ, или не обоснован, или не вынесены сопутствующие заболевания, требующие лечения или не вынесены возникшие осложнения – 0,75

- несвоевременно поставлен – 0,5

- не соответствует клинике - 0

Блок С. Оценка лечебных мероприятий – 3,5

- проведены в полном объёме и своевременно – 3,5

- не в полном объёме медикаментозная терапия; не проведено лечение сопутствующих заболеваний, но было необходимо - 3,0

- несвоевременно начато лечение, или несвоевременно выполнена операция, или неправильно выбрана тактика при выполнении операции - 2,0

- избыточная терапия, или назначение не сочетаемых или противопоказанных с учётом сопутствующей патологии или возраста лекарственных средств – 1,0

- лечение отсутствует или не соответствует диагнозу - 0

Блок D. Оценка диспансерного наблюдения – 1,0

- взятие на учёт своевременное, соответствует диагнозу группе диспансерного наблюдения, наблюдение регулярное; реабилитация в полном объёме; не нуждался во взятии на учёт - 1,0

- взятие на учёт несвоевременное и (или) не соответствует группе диспансерного наблюдения, наблюдение нерегулярное; – 0,5

- пациент не взят на учёт, хотя была необходимость (управляемые причины) – 0

Блок E. Оценка преемственности – 1,0

Е-1 – 0,5. Направление в стационар и на МСЭ:

-направлен своевременно, или не нуждался в направлении – 0,5

- направлен несвоевременно – 0,25

- не направлен при наличии показаний - 0

Е-2 – 0,5. Выполнение рекомендаций стационара и МСЭ:

- рекомендации выполнены в полном объёме – 0,5

- рекомендации выполнены не в полном объёме, или несвоевременно (не управляемые причины) – 0,25

- рекомендации не выполнены - 0

Блок F. Оценка состояния здоровья пациента по окончании этапа лечения – 1,0

- выздоровление от острого заболевания или полная компенсация хронического заболевания с восстановлением трудоспособности; этап лечения ещё не закончен – 1,0

- улучшение острого заболевания (остаются некоторые симптомы) или неполная компенсация хронического заболевания без восстановления трудоспособности – 0,75

- без перемен – 0,25

- больной не пролечен, либо результат не достигнут по вине врача – 0

Блок G. Оценка качества оформления документации – 0,5

- соответствует принятым нормативам - 0,5
- незначительные дефекты в оформлении амбулаторной карты – 0,25
- небрежное оформление, отсутствие необходимых разделов в амбулаторной карте, нечитабельность записей или утерянные анализы, выписки, заключения – 0

Общая сумма по 7-ми пунктам равняется 10 баллам.

Для приведения к единому стандарту **итогового коэффициента качества** полученную величину делим на 10.

ДЕФЕКТЫ

Неполный объем первичной информации. Необоснованное отклонение от применяемых технологий и стандартов:

- по оформлению и ведению медицинской документации;
- по лабораторной диагностике;
- по инструментальной диагностике;
- по лечению.

Отсутствие медицинской документации. Избыточная терапия. Несвоевременность (необоснованность) направления на стационарное лечение. Неадекватная оценка степени тяжести. Отсутствие информированного согласия пациента на инвазивные методики. Излишние исследования и консультации, направление пациентов на платные обследования и консультации при наличии условий их проведения на бесплатной основе в медицинской организации. Нечитабельность или низкое качество ведения медицинской документации. Необоснованно длительное нахождение на листке нетрудоспособности. Нарушение преемственности. Необоснованное ограничение доступности медицинской помощи. Наличие осложнений вследствие врачебных назначений или врачебных манипуляций

ПОСЛЕДСТВИЯ ДЕФЕКТОВ

Не повлияли на исход и не привели к необоснованному расходу ресурсов. Необоснованное расходование ресурсов. Возникли осложнения, не повлиявшие на исход лечения, но привели к расходу ресурсов, удлинению сроков нетрудоспособности, дополнительной медикаментозной терапии. Возникли (возможны) осложнения и ухудшения состояния, связанные с допущенными действиями.

Случаи, подлежащие обязательному экспертному контролю в условиях поликлиники:

1. Первичный выход на инвалидность всех лиц трудоспособного возраста
2. Впервые выданные листки нетрудоспособности (от 10% до 30% методом случайной выборки), укороченные или удлиненные листки нетрудоспособности.
3. Жалобы пациентов или их родственников.
4. Запущенные формы онкологических заболеваний.
5. Прочие случаи методом случайной выборки

Интерпретация блоков акта экспертной оценки амбулаторной карты.

Блок А. Оценка диагностических мероприятий.

Объем и качество наблюдения, обследования и исследований будут полными, если:

Жалобы - отражают локализацию болей, их интенсивность, иррадиацию, степень нарушения функций больного органа или системы, а также указаны дополнительные жалобы.

Анамнез - при острой патологии указывается начало заболевания, развитие во времени, предшествующее обследование и лечение. При хронической патологии - начало заболевания, развитие симптоматики, проводимое лечение и его эффективность, частота обострений и их продолжительность.

Объективный осмотр - описание статуса с указанием тяжести общего состояния и углубленное описание состояния кожных покровов.

Сроки обследования определяются в соответствии с клинической ситуацией.

Обследование и исследования будут считаться полными, если они соответствуют диагнозу, проведены своевременно и правильно интерпретированы.

Консультативная помощь - будет считаться полной, если консультации обоснованы, назначены в соответствии со стандартами, интерпретированы и использованы для ведения больных. Своевременно, если консультативная помощь проведена у неотложной группы больных с тяжелой сопутствующей патологией в течение трех часов с момента обращения к врачу; у плановых больных - в течение 3 – 5 дней (при наличии данного специалиста в медицинской организации).

Оформление амбулаторных карт должно соответствовать приказу Минздрава СССР от 04.10.1980 г. № 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения (раздел 1.2.)

Блок В. Оценка полноты поставленного диагноза.

Диагноз будет считаться полным, если поставлен в соответствии с принятыми классификациями с указанием фазы, стадии процесса, степени нарушения функций органов или систем, связанных с основным и сопутствующим заболеваниями, а также развившихся осложнений.

Блок С. Оценка лечебных мероприятий.

Лечение будет считаться назначенным в полном объёме, если начато своевременно; терапия с учётом этиопатогенеза, с оптимальными дозами; с адекватным контролем за лечением и корректировкой в процессе лечения при необходимости.

Блок D. Оценка диспансерного наблюдения и реабилитации больных; Блок E. Оценка преемственности.

Блок F. Оценка состояния здоровья пациента по окончании этапа лечения - будут считаться полными, если оцениваются в максимальное количество баллов, указанных в этих блоках по приведённым там же принципам.

Блок G. Оценка качества оформления документации будет полностью соответствовать стандарту при чётком оформлении титульного листа амбулаторной карты, при наличии листов уточнённых диагнозов, профлиста, вступительного эпикриза при взятии на диспансерный учёт, этапных эпикризов, посмертных эпикризов и пр.

Результаты проверки каждого случая оказания медицинской помощи регистрируются в журналах контроля качества медицинской помощи, которые ведутся ответственным лицом за проведение контроля на 1 и 2 уровнях контроля.

Экспертиза качества работы среднего медицинского персонала больницы.

Экспертиза качества работы среднего медицинского персонала больницы осуществляется с целью совершенствования организации и оказания современных видов сестринской помощи пациентами внедрения стандартов медицинской помощи в деятельность средних медицинских работников.

Проведение внутренней экспертизы включает в себя оценку по следующим разделам деятельности:

- 1) организация рабочего места медицинской сестры, ведение медицинской документации;
- 2) выполнение требований нормативных правовых актов, регламентирующих противоэпидемический режим и инфекционную безопасность;
- 3) ведение медицинской документации средним медицинским персоналом;
- 4) соблюдение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов;
- 5) соблюдение лечебно-охранительного режима;
- 6) соблюдение технологии сестринских манипуляций;
- 7) соблюдение технологии подготовки пациентов к исследованиям;
- 8) соблюдение технологии забора материала для лабораторных исследований;
- 9) уровень знаний среднего медицинского персонала по вопросам инфекционной безопасности;
- 10) проведение дезинфекционных мероприятий и стерилизацию;
- 11) организацию работы младшего медицинского персонала.
- 12) организацию работы по соблюдению условий хранения лекарственных средств в отделении;

- 13) знание и выполнение требований по охране труда и противопожарной безопасности;
- 14) оценка состояния медицинского оборудования, готовность его к работе;
- 15) знание и выполнение основных принципов этики и деонтологии;
- 16) выполнение должностных обязанностей
- 17) готовность к оказанию неотложной помощи.

Главная медицинская сестра оценивает работу старших медицинских сестер подразделений. Данная оценка включает в себя:

- 1) оценку качества работы старших медицинских сестер;
- 2) выборочную оценку работы средних медицинских работников;

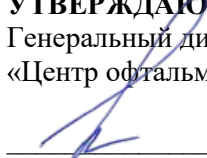
Для оценки качества работы каждой медицинской сестры каждого подразделения в месяц должно проводиться не менее 1 экспертизы.

Проведение экспертизы включает в себя оценку качества работы старшей медицинской сестры по 4 показателям:

- 1) организация работы по кадровому планированию, рациональной расстановке и использованию средних и младших медицинских работников;
- 2) организационные мероприятия по повышению квалификации, переподготовке, оценке квалификации средних медицинских работников;
- 3) осуществление контроля за противоэпидемическими мероприятиями в подразделении;
- 4) организация лечебного процесса.

Старшая медицинская сестра оперблока проводит анализ полученных данных по оценке качества работы средних медицинских работников подразделений.

Полученные данные и заключения докладываются главному врачу клиники 1 раз в месяц для анализа и разработки организационных и управленческих решений.

**УТВЕРЖДАЮ:**Генеральный директор ООО
«Центр офтальмохирургии»
Н.Н. Куканова
«11» января 2023г.

Контроль соблюдения медицинской организацией, структурными подразделениями, медицинскими работниками прав граждан на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества, обеспечения доступности медицинской помощи

Данный вид контроля направлен на:

- обеспечение порядка рассмотрения обращений граждан;
- соблюдение требований законодательства Российской Федерации к размещению и содержанию информации об осуществляемой деятельности в сфере охраны здоровья граждан (стенды, наличие официального сайта медицинской организации в сети Интернет);
- соблюдение порядка и условий оказания медицинской помощи, в том числе оказания платных медицинских услуг;
- обеспечение качества медицинской помощи, оказанной пациенту.

Изучение удовлетворенности населения оказанной медицинской помощью является частью комплекса мер по обеспечению и защите прав граждан на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества, обеспечения доступности медицинской помощи.

1. Обращения граждан могут поступать в ООО «Центр офтальмохирургии» в устной форме, письменной форме (в том числе посредством внесения записей в книгу жалоб и предложений) или по электронной почте.

2. Граждане (заявители) могут обращаться с жалобами, заявлениями или предложениями по вопросам организации и оказания медицинской помощи к директору клиники, главному врачу лично или через своего законного представителя.

Обращения граждан могут быть направлены на рассмотрение в ООО «Центр офтальмохирургии» из других органов или организаций.

3. В целях реализации прав граждан на обращение, директор клиники должен обеспечить:

- информирование граждан об их праве на обращение;
- регистрацию и учет поступивших обращений;
- рассмотрение поступивших обращений;
- принятие необходимых мер по результатам рассмотрения обращений;
- подготовку и направление ответов заявителям;
- проведение анализа поступивших обращений и разработку мероприятий по устранению причин, вызвавших обращения.

4. Информирование граждан об их праве на обращение обеспечивается путем размещения в доступном для граждан месте оформленной в печатном виде информации:

- о фамилии, имени, отчестве, должности, номере кабинета, графике работы, телефоне должностного лица организации здравоохранения, к которому могут обратиться граждане в случае возникновения претензий при оказании медицинской помощи;

- об адресах электронной почты и интернет - сайта организации здравоохранения (при их наличии);

- о графике личного приема граждан директором и главным врачом ООО «Центр офтальмохирургии»;

- об адресах и телефонах контролирующих органов и организаций (департамент здравоохранения Московской области, Управление Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по Московской области, ФОМС, страховые медицинские организации Московской области, Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Московской области и др.).

В случае наличия у организации здравоохранения интернет – сайта, вышеперечисленная информация дублируется на сайте.

5. Все поступившие в письменной форме или по электронной почте обращения граждан (заявителей), подлежат обязательной регистрации в день их поступления в клинику.

Делопроизводство по обращениям граждан ведется в клинике отдельно от других видов делопроизводства.

Ответственность за ведение делопроизводства по обращениям граждан возлагается приказом главного врача клиники на секретаря клиники.

В дело по рассмотрению обращения гражданина входят: обращение гражданина, письменное поручение или приказ директора клиники по рассмотрению обращения, материалы по рассмотрению обращения, копия ответа заявителю.

Срок хранения дел по обращениям граждан в клинике составляет 5 лет со дня регистрации обращения.

6. Учет обращений, поступивших в письменной форме или по электронной почте, ведется в клинике в журнале регистрации обращений пациентов.

Ответственность за ведение журнала регистрации обращений пациентов возлагается приказом главного врача клиники на секретаря клиники.

Учету подлежат все обращения, поступившие в клинику в письменной форме или по электронной почте, в том числе обращения, зафиксированные в книгах жалоб и предложений (при их наличии) или направленные из других органов или организаций.

В журнале регистрации обращений граждан в хронологическом порядке фиксируются:

порядковый номер;

фамилия, имя, отчество, заявителя;

адрес места жительства заявителя;

наименование организации, направившей обращение;

дата поступления обращения;

дата и номер регистрации обращения;

краткое содержание (повод) обращения;

фамилия, имя, отчество, должность работника, осуществлявшего рассмотрение обращения;

результат рассмотрения обращения;

дата и номер регистрации ответа на обращение.

7. Все поступившие в клинику обращения граждан подлежат рассмотрению, за исключением анонимных обращений (обращений, не содержащих фамилии и адреса заявителя).

Решение о направлении обращения на рассмотрение к конкретному работнику клиники или о перенаправлении обращения по подведомственности принимает руководитель организации здравоохранения в форме письменного поручения или приказа в срок, не превышающий трех дней с даты регистрации обращения.

Жалобы граждан не должны направляться на рассмотрение работнику клиники, действие (или бездействие) которого в них обжалуется.

8. Работник клиники, получивший поручение руководителя организации здравоохранения о рассмотрении обращения, обязан обеспечить объективное, всестороннее и своевременное рассмотрение обращения.

9. Работник клиники, получивший поручение о рассмотрении обращения, вправе приглашать заявителя для личной беседы, запрашивать дополнительную информацию у заявителя и письменные объяснения у работников клиники, принимать другие меры, необходимые для объективного рассмотрения обращения.

Работник клиники, получивший поручение руководителя организации здравоохранения о рассмотрении обращения, несет ответственность за объективное, всестороннее и своевременное рассмотрение обращения в соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации и должностными инструкциями.

10. При рассмотрении обращений граждан должны соблюдаться права третьих лиц, установленные законодательством Российской Федерации.

В случае, если при рассмотрении обращения, поданного в интересах третьих лиц (являющихся дееспособными гражданами), выяснилось, что они в письменной форме возражают против его рассмотрения, руководитель организации здравоохранения принимает решение об оставлении обращения без рассмотрения по существу, уведомив об этом заявителя.

11. Письменные обращения, содержащие вопросы, решение которых не входит в компетенцию организации здравоохранения, в течении семи дней с даты их регистрации направляются с сопроводительным письмом в соответствующий орган или организацию, в компетенцию которых входит решение поставленных в обращении вопросов, с одновременным уведомлением заявителя о переадресации обращения.

12. В случае, если обращение одного и того же заявителя по тем же основаниям было рассмотрено организацией здравоохранения ранее, и во вновь поступившем обращении отсутствуют основания для пересмотра ранее принятых решений, руководитель организации здравоохранения,

вправе принять решение об оставлении обращения без рассмотрения по существу, уведомив об этом заявителя.

13. Ответ на обращение, поступившее в письменной форме или по электронной почте, дается в течение 30 дней с даты регистрации обращения, за исключением обращений, поступивших через органы государственной власти или иные организации, по исполнению которых может быть указан другой срок.

Ответы на обращения граждан оформляются на бланке исходящего письма организации здравоохранения и подписываются ее руководителем.

В случае подтверждения фактов, изложенных в жалобе, в ответе указывается меры, принятые к виновным работникам.

14. В случае, если обращение поступило в организацию здравоохранения в письменной форме, ответ направляется на почтовый адрес, указанный в обращении.

В случае, если обращение поступило в организацию здравоохранения по электронной почте, ответ на обращение направляется на адрес электронной почты, указанный в обращении.

15. По результатам рассмотрения жалоб, в случае подтверждения изложенных в них обстоятельств, к виновным работникам принимаются меры, в соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации и должностными инструкциями.

16. В клинике не реже одного раза в квартал проводится анализ поступивших обращений по следующим признакам:

количество поступивших обращений, в том числе в разрезе видов, поводов и повторности обращений;

количество обращений, рассмотренных с нарушением установленного порядка, их причины;

количество обоснованных жалоб, в том числе в разрезе Ф.И.О. и должностей конкретных медицинских работников (и подразделений), чьи действия обжаловались;

принятие необходимых мер по обоснованным жалобам.

17. Результаты анализа поступивших обращений ежеквартально и по итогам года представляются руководителю организации здравоохранения.

18. Устные обращения рассматриваются в ООО «Центр офтальмохирургии» лицом, к которому обратился гражданин (руководитель организации здравоохранения, его заместители, заведующие подразделениями) в ходе личного приема.

19. Директором и главным врачом ООО «Центр офтальмохирургии» проводится личный прием граждан с периодичностью, не реже 1 раза в неделю.

Место, дни и часы личного приема граждан устанавливаются директором ООО «Центр офтальмохирургии».

Информация о принятых директором и главным врачом клиники заявителях фиксируется в журнале личного приема граждан.

20. В случае, если изложенные в устном обращении заявителя обстоятельства не требуют дополнительной проверки, ответ на обращение с согласия гражданина может быть дан устно в ходе личного приема, о чем делается запись в журнале личного приема граждан.

21. В случае несогласия заявителя с результатами рассмотрения его обращения, он может обратиться в вышестоящие органы управления здравоохранением или в суд.



УТВЕРЖДАЮ:
Генеральный директор ООО
«Центр офтальмохирургии»

Н.Н. Куканова
«11» января 2023г.

Порядок проведения анкетирования граждан.

1. В целях изучения удовлетворенности граждан оказанной медицинской помощью рекомендуется проведение в организациях здравоохранения анонимного анкетирования граждан с периодичностью 1 раз в полугодие (не менее 20 респондентов).

2. При организации и проведении анкетирования граждан рекомендуется руководствоваться нормативными правовыми актами Российской Федерации, Московской области и рекомендациями органов управления здравоохранения Московской области.

3. Информация о результатах проведенного анкетирования является открытой и предоставляется органам и организациям по запросам.

4. Результаты проведенного анкетирования используются руководителем организации здравоохранения в целях совершенствования качества медицинской помощи, оказываемой гражданам и совершенствования организационных технологий оказания медицинской помощи.

АНКЕТА

для изучения удовлетворенности населения медицинской помощью

Уважаемый пациент!

В соответствии с законодательством граждане России имеют право на бесплатную медицинскую помощь надлежащего качества и в объеме, гарантированном Территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам медицинской помощи в Московской области. Обеспечение этих гарантий является важнейшей задачей здравоохранения. Просим Вас принять участие в социологическом опросе, который поможет в выработке управленческих решений для дальнейшего улучшения медицинского обслуживания.

Анкета анонимная, фамилию указывать не нужно!

Наименование учреждения, подразделения	
Дата исследования	

Вопрос	Варианты ответа
1. Удовлетворяет ли Вас качество медицинской помощи, оказываемой в ЛПУ?	1) Да, удовлетворяет 2) Удовлетворяет частично 3) Не удовлетворяет
2. Что Вас не удовлетворяет?	1) Организация приема в поликлинике 2) Организация медпомощи в стационаре 3) Сестринская помощь и уход за пациентом в стационаре 4) Режим работы медорганизации 5) Недоступность специалистов 6) Отсутствие необходимого оборудования 7) Отсутствие современного оборудования 8) Отношение к пациентам медперсонала 9) Иное
3. Как Вы оцениваете отношение к больным медицинского персонала?	1) Хорошее 2) Удовлетворительное 3) Неудовлетворительное
4. Приходилось ли Вам во время последнего пребывания в стационаре приобретать за свой счет лекарственные препараты?	1) Да (перечислите какие) 2) Нет
5. Причина приобретения лекарственных препаратов?	1) Назначение лечащего врача 2) Собственная инициатива

	3) Советы родственников/знакомых
6. Обращались ли Вы в страховую компанию с заявлением о возмещении денежных средств за приобретенные лекарства во время пребывания в стационаре?	1) Да 2) Нет
7. Как Вы оцениваете качество питания в стационаре медицинского учреждения?	1) Хорошее 2) Удовлетворительное 3) Неудовлетворительное
8. Как Вы оцениваете санитарное состояние в стационаре, палатах?	1) Хорошее 2) Удовлетворительное 3) Неудовлетворительное
9. Приходилось ли Вам оплачивать медицинские услуги, находясь на лечении?	1) Да 2) Нет
10. Если «да», то Вы производили оплату?	1) Через кассу клиники 2) Наличными средствами врачу/медсестре
11. Приходилось ли жаловаться на медицинское обслуживание?	1) Да 2) Нет
12. Были ли приняты эффективные меры в результате Вашей жалобы?	1) Да 2) Нет 3) Частично
13. Как Вы оцениваете свое здоровье в целом?	1) Здоровы (болеете до 3 раз в год, хронических заболеваний нет) 2) Болеете часто (3 и более раз в год, хронических заболеваний нет) 3) Имеете хроническое заболевание.
14. Часто ли Вам приходится обращаться за помощью в ЛПУ?	1) Один раз в год 2) 2 раза в год 3) три и более раз в год
15. Как Вы оцените доступность оказываемых Вам медицинских услуг в данном учреждении в настоящий момент (свободный доступ, не зависящий от географических, экономических, социальных, организационных, психологических барьеров)	1) Минимальная 2) Средняя 3) Максимальная
16. Как Вы оцените результативность полученного Вами лечения в данном ЛПУ в настоящий момент (достижение изменений в состоянии здоровья)?	1) Улучшение 2) Ухудшение 3) Без перемен
17. Как Вы оцениваете компетентность медицинского персонала, проводивших Вам лечение?	1) Низкая 2) Средняя 3) Высокая
18. Какие свойства, качества медицинской помощи, по Вашему мнению, необходимо совершенствовать?	1) Доступность 2) Результативность 3) Безопасность 4) Компетентность медицинского персонала 5) Этика медицинского персонала 6) Иное
Сведения о себе	
1. пол	1) Мужской 2) Женский
2. возраст	лет
3. место жительства	1) Город 2) Село
4. социальный статус	1) Неработающий пенсионер 2) Служащий 3) Рабочий 4) Студент, учащийся 5) Работающий пенсионер 6) Безработный 7) Другое

Спасибо за участие в анкетировании!



Приложение 8

УТВЕРЖДАЮ:
Генеральный директор ООО
«Центр офтальмохирургии»

_____ Н.Н. Куканова
«11» января 2023г.

Организация внутреннего контроля качества и безопасности лекарственных средств

В соответствии со ст. 89,90 ФЗ от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» и в целях совершенствования контроля качества медицинской помощи населению в ООО «Центр офтальмохирургии» организован внутренний контроль качества и безопасности лекарственных средств.

Цель данного вида контроля:

- а) обеспечение соблюдения требований к хранению, транспортировке, применению, уничтожению лекарственных средств и иммунобиологических препаратов;
- б) обеспечение соответствия лекарственных средств, находящихся в обращении, установленным обязательным требованиям к их качеству;
- в) обеспечение мониторинга безопасности лекарственных препаратов;
- г) предупреждение нарушений в сфере обращения лекарственных средств.

Виды внутреннего контроля качества лекарственных средств.

Вид внутреннего контроля качества лекарственных средств	Ответственные лица	Периодичность контроля
Наличие правильно оформленных сопроводительных документов на лекарственные средства	старшая м/сестра оперблока	При каждой закупке
Контроль сроков годности лекарственных препаратов. Ведение журнала регистрации лекарственных средств с ограниченным сроком годности.	старшая м/сестра оперблока	Не реже 1 раза в месяц
Хранение, учет и выдача лекарственных средств	старшая м/сестра оперблока	Постоянно
Контроль температуры и влажности воздуха в помещениях, контроль температурного режима в холодильниках, предназначенных для хранения лекарственных средств	медицинская сестра процедурного кабинета, старшая м/сестра оперблока	2 раза в день
Назначение и выписка лекарственных средств, изделий медицинского назначения	заведующий отделением, главный врач клиники, врачебная комиссия	При наличии показаний При наличии показаний Контроль 1 раз в месяц (при проведении контроля качества медицинской помощи) Контроль 1 раз в месяц (при проведении контроля качества медицинской помощи) При назначении в рамках оказания государственной социальной помощи препаратов, подлежащих предметно-количественному учету, при назначении 5 и более препаратов. В остальных случаях выборочно
Отслеживание на сайте Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения информации о недоброкачественных и	заведующий отделением	Ежедневно

фальсифицированных лекарственных средствах и информирование о них руководителей структурных подразделений, старшей медицинской сестры		
Информирование о недоброкачественных и фальсифицированных лекарственных средствах врачей и среднего медицинского персонала	заведующий отделением	Ежедневно
Контроль за отсутствием в учреждении недоброкачественных и фальсифицированных лекарственных средств	старшая м/сестра оперблока	Ежедневно
Организация работы по сбору, анализу и направлению информации о неблагоприятных побочных реакциях или неэффективности лекарственных средств в Региональный центр мониторинга безопасности лекарственных средств, регистрацию неблагоприятных побочных реакций или неэффективности лекарственных средств (заполнение электронной формы карты-извещения) на сайте www.roszdravnadzor.ru в разделе "фармаконадзор"	старшая м/сестра оперблока, врачи-специалисты	Немедленно по каждому случаю развития серьезных неблагоприятных побочных реакций лекарственных средств (побочных действий): смерть, госпитализация или ее продление, стойкая или выраженная нетрудоспособность/инвалидность, врожденные аномалии, развитие опухоли, а также неожиданных реакций, не отраженных в инструкции по применению лекарственного средства. Не позднее 5 рабочих дней о НПР, не относящихся к разряду серьезных непредвиденных.
Предоставление информации ответственному лицу по каждому случаю развития серьезных неблагоприятных побочных реакций лекарственных средств (побочных действий): смерть, госпитализация или ее продление, стойкая или выраженная нетрудоспособность/инвалидность, врожденные аномалии, развитие опухоли, а также неожиданных реакций, не отраженных в инструкции по применению лекарственного средства, о НПР, не относящихся к разряду серьезных непредвиденных.	врачи-специалисты	Немедленно. Не позднее 5 рабочих дней
Контроль за лекарственными препаратами, с истекшими сроками годности. В случае обнаружения немедленное помещение в карантинную зону до списания	заведующий отделением, старшая м/сестра оперблока	Ежедневно



УТВЕРЖДАЮ:

Генеральный директор ООО
«Центр офтальмохирургии»

Н.Н. Куканова

«» января 2023г.

Организация внутреннего контроля качества и безопасности изделий медицинского назначения

В соответствии с ФЗ от 21.11.2012 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», с Письмом МЗ РФ и Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения от 28 декабря 2012 г. N 04И-1308/12 «О порядке мониторинга безопасности медицинских изделий для организаций здравоохранения», Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.06.2004 N 323 (в редакции постановления Правительства Российской Федерации от 19.06.2012 N 614) "Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения" государственная функция по проведению мониторинга безопасности медицинских изделий возложена на Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения (Росздравнадзор), **медицинские изделия, находящиеся в обращении на территории Российской Федерации**, подлежат мониторингу безопасности в целях выявления и предотвращения побочных действий, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия, нежелательных реакций при его применении, особенностей взаимодействия медицинских изделий между собой, фактов и обстоятельств, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации медицинских изделий.

Цель данного контроля:

- а) обеспечение наличия при закупке изделия медицинского назначения государственной регистрации, сертификата соответствия, необходимой нормативной, технической и эксплуатационной документации производителя, необходимой для применения, эксплуатации и технического обслуживания медицинского изделия, поддержания его в исправном и работоспособном состоянии,
- б) обеспечение соблюдения медицинскими работниками, структурными подразделениями требований нормативной, технической и эксплуатационной документации к хранению, применению и уничтожению (утилизации) медицинских изделий;
- в) обеспечение соблюдения требований к монтажу, наладке, применению, эксплуатации медицинских изделий (медицинской техники), включая техническое обслуживание, ремонт и уничтожение (утилизацию);
- г) обеспечение периодической поверки медицинских изделий, относящихся к средствам измерений;
- д) обеспечение соответствия медицинских изделий, находящихся в обращении, установленным обязательным требованиям к их качеству;
- е) обеспечение проведения мониторинга безопасности медицинских изделий;
- ж) предупреждение нарушений в сфере обращения изделий медицинского назначения.

Виды внутреннего контроля качества изделий медицинского назначения:

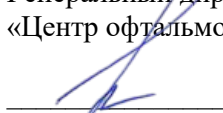
Вид внутреннего контроля	Ответственные лица	Периодичность контроля
Определение потребностей в изделиях медицинского назначения	старшая медицинская сестра оперблока, заведующий отделением	Не реже 1 раза в месяц Не реже 1 раза в квартал
Изучение наличия, степени использования и потребностей поликлиники в медицинской технике, современных средствах измерения	старшая медицинская сестра оперблока, главный врач	Не реже 2 раз в год Не реже 1 раза в год
Закупка изделий медицинского назначения и медицинской техники Обеспечение наличия при закупке изделия	старшая медицинская сестра оперблока	При каждой закупке

медицинского назначения государственной регистрации, сертификата соответствия, необходимой нормативной, технической и эксплуатационной документации производителя, необходимой для применения, эксплуатации и технического обслуживания медицинского изделия, поддержания его в исправном и работоспособном состоянии.		
Хранение, учет и выдача изделий медицинского назначения	старшая медицинская сестра оперблока	Постоянно
Отслеживание на сайте Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения информации о незарегистрированных изделиях медицинского назначения информирование о них руководителей структурных подразделений, старшей медицинской сестры диспансера	старшая медицинская сестра оперблока	Ежедневно
Информирование о незарегистрированных изделиях медицинского назначения врачей и среднего медицинского персонала	старшая медицинская сестра оперблока, заведующая отделением	Ежедневно
Контроль отсутствия в учреждении незарегистрированных изделий медицинского назначения	старшая медицинская сестра оперблока, заведующий отделением	Ежедневно
Организация работы по сбору, анализу и направлению 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	старшая медицинская сестра оперблока	В течение 20 рабочих дней 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
Предоставление информации заместителю главного врача по медицинской части 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	врачи-специалисты	В течение 3 рабочих дней.
Обеспечение соблюдения требований к монтажу, наладке медицинской техники.	инженер клиники	При вводе в эксплуатацию медицинской техники

<p>Обеспечение соблюдения требований к применению и эксплуатации медицинских изделий (медицинской техники). Обеспечение безопасности при эксплуатации медицинских изделий (медицинской техники). Ведение формуляров, журналов эксплуатации и технического обслуживания.</p>	<p>медицинские работники, применяющие и эксплуатирующие медицинское изделие, заведующий отделением, специалист по охране труда</p>	<p>Постоянно. Не реже 1 раза в месяц. Не реже 2 раз в год.</p>
<p>Обеспечение периодической поверки медицинских изделий, относящихся к средствам измерений, заключение договора с организацией, имеющей лицензию на выполнение данного вида работ.</p>	<p>старшая медицинская сестра оперблока</p>	<p>По утвержденному графику</p>
<p>Техническое обслуживание и ремонт медицинской техники согласно требованиям технической документации.</p>	<p>ООО «Метдтехсервис» (по договору)</p>	<p>В соответствии с требованиями технической документации</p>
<p>Соблюдение требований к уничтожению (утилизации) изделий медицинского назначения</p>	<p>старшая медицинская сестра оперблока</p>	<p>При утилизации изделий медицинского назначения.</p>



УТВЕРЖДАЮ:

Генеральный директор ООО
«Центр офтальмохирургии»

 _____ Н.Н. Куканова
 «11» января 2023г.

Организация контроля за соблюдением медицинскими работниками ограничений при осуществлении медицинской деятельности в части обращения лекарственных средств.

Цель данного вида контроля: соблюдение медицинскими работниками ограничений при осуществлении медицинской деятельности в части обращения лекарственных средств направлена на обеспечение:

а) наличия договоров о проведении клинических исследований лекарственных препаратов, клинических испытаний медицинских изделий, а также об осуществлении медицинским работником педагогической и (или) научной деятельности;

б) наличия договоров о поставках лекарственных препаратов, медицинских изделий на предмет наличия в них условий о назначении или рекомендации пациентам либо о предложении населению определенных лекарственных препаратов, медицинских изделий;

в) наличия утвержденного администрацией поликлиники порядка участия представителей организаций, занимающихся разработкой, производством и (или) реализацией лекарственных препаратов, медицинских изделий, организаций, обладающих правами на использование торгового наименования лекарственного препарата, организаций оптовой торговли лекарственными средствами, аптечных организаций (их представителей, иных физических и юридических лиц, осуществляющих свою деятельность от имени этих организаций) (далее соответственно - компания, представитель компании) в собраниях медицинских работников и иных мероприятиях, связанных с повышением их профессионального уровня или предоставлением информации, предусмотренной частью 3 статьи 64 Федерального закона "Об обращении лекарственных средств" и частью 3 статьи 96 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";

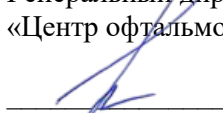
г) отсутствия бланков, содержащих информацию рекламного характера, рецептурных бланков, на которых заранее напечатано наименование лекарственного препарата, медицинского изделия, а также образцов лекарственных препаратов и медицинских изделий для вручения пациентам.

Виды внутреннего контроля, направленные на пресечение случаев несоблюдения ограничений, установленных статьей 74 Федерального закона 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Вид контроля	Ответственные лица	Периодичность контроля
Недопустимость наличия в договорах о поставках лекарственных препаратов, медицинских изделий условий о назначении или рекомендации пациентам какого-либо лекарственного средства, либо о предложении населению определенных лекарственных препаратов, медицинских изделий.	главный врач, старшая м/сестра оперблока	При каждом случае
Недопустимость участия (наличие сведений об этом в плане и протоколах конференций и собраний) представителей организаций, занимающихся разработкой, производством и (или) реализацией лекарственных препаратов, медицинских изделий, организаций, обладающих правами на использование торгового наименования лекарственного препарата, организаций оптовой торговли лекарственными средствами, аптечных организаций (их представителей, иных физических и юридических лиц, осуществляющих свою деятельность от имени этих организаций) в собраниях медицинских работников и иных мероприятиях, связанных с повышением их профессионального уровня.	главный врач, старшая медицинская сестра оперблока	1 раз в год (вначале календарного года)
Проведение осмотра помещений на предмет наличия бланков, содержащих информацию рекламного характера, рецептурных бланков, на которых заранее напечатано наименование лекарственного препарата, медицинского изделия, а также образцов лекарственных препаратов и медицинских изделий для вручения пациентам.	врачи всех специальностей, заведующая отделением	Постоянно 1 раз в месяц



УТВЕРЖДАЮ:

Генеральный директор ООО
«Центр офтальмохирургии»

 _____ Н.Н. Куканова
 «11» января 2023г.

Организация внутреннего контроля выполнения требований законодательства Российской Федерации о санитарно-эпидемиологическом благополучии человека

Главный врач, заместитель главного врача по лечебной работе совместно со старшей медицинской сестрой оперблока организует производственный контроль за соблюдением санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов с проведением лабораторно-инструментальных исследований и измерений по договору с аккредитованной лабораторией в строгом соответствии с утвержденной Программой производственного контроля ООО «Центр офтальмохирургии» на текущий год.

Виды контроля:

1. **Плановый** – проводится Управлением Роспотребнадзора по Московской области 1 раз в три года;
2. **Внеплановый** - осуществляемый по эпидемиологическим показаниям, жалобам населения и т.д.;
3. **Внутренний** контроль проводит лицо, ответственное за организацию и проведение производственного контроля, за соблюдение санитарных правил в ЛПУ.

Ответственными лицами за организацию производственного контроля и соблюдением санитарных правил в клинике являются: заведующий отделением оперативной офтальмохирургии, старшая медицинская сестра оперблока, заведующий производственным сектором.

№ п/п	Наименование мероприятий	Должность Ф.И.О. ответственного исполнителя (согласно должностной инструкции)	Срок исполнения	Сведения о привлекаемой аккредитованной лаборатории, осуществляющей контроль
I. ТРЕБОВАНИЯ К СТРОИТЕЛЬНЫМ МАТЕРИАЛАМ, ИСПОЛЬЗУЕМЫМ ПРИ СТРОИТЕЛЬСТВЕ, РЕМОНТЕ И РЕКОНСТРУКЦИИ ЛПУ				
1.1	Проверка наличия сертификатов соответствия, санитарно-эпидемиологических заключений на используемые строительные материалы с указанием области использования в ЛПУ.	инженер клиники, арендодатель	во время проведения строительных и отделочных работ	
II. ТРЕБОВАНИЯ К САНИТАРНО - ТЕХНИЧЕСКОМУ СОСТОЯНИЮ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ПОМЕЩЕНИЙ				
2.1	Контролировать: <ul style="list-style-type: none"> • состояние внутренней отделки помещений; • соответствие отделки помещений с влажным режимом; • соответствие отделки поверхности медицинской мебели 	инженер клиники, арендодатель	ежегодно	
2.2	Контролировать состояние инженерных систем водоснабжения (горячего, холодного, в т.ч. резервного в помещениях, требующих соблюдения особого противоэпидемического режима), канализации, теплоснабжения и организацией проведения ремонтных работ.	инженер клиники, арендодатель	ежегодно	

2.3	Контролировать состояние системы вентиляции: <ul style="list-style-type: none"> • наличие утвержденного графика профилактических осмотров и ремонтов; • проведение очистки и дезинфекции; • замена бактерицидных фильтров; • инструментальный контроль эффективности, кратности воздухообмена; • инструментальный контроль уровня шума, вибрации. 	инженер клиники, арендодатель	ежегодно	ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии Московской области»
2.4	Инструментальный контроль параметров микроклимата в помещениях ЛПУ	специалист по охране труда	ежегодно	ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии Московской области»
2.5	Инструментальный контроль уровня искусственной освещенности в помещениях ЛПУ.	специалист по охране труда	ежегодно	ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии Московской области»

III. САНИТАРНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ПОМЕЩЕНИЙ, ОБОРУДОВАНИЯ, ИНВЕНТАРЯ.

3.1	Контролировать периодичность генеральных уборок (с обработкой мебели и оборудования)	ст. медсестра оперблока зав. отделением	1 раз в неделю для помещений особого режима; 1 раз в месяц	
3.2	Контролировать периодичность и качество текущей уборки	ст. медсестра оперблока	2 раза в сутки	
3.3	Соблюдение кратности мытья оконных стекол	ст. медсестра оперблока	2 раза в год; по мере необходимости	
3.4	Контролировать наличие маркировки на уборочном инвентаре. Использовать его по назначению.	ст. медсестра оперблока	постоянно	

IV. ОРГАНИЗАЦИЯ И КОНТРОЛЬ ДЕЗИНФЕКЦИОННО – СТЕРИЛИЗАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ЦЕЛЯХ

4.1.	ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИЕ СРЕДСТВА			
4.1.1	Контролировать наличие дезинфицирующих средств	ст. медсестра оперблока зав.производственным сектором зав. отделением	1 раз в неделю 1 раз в месяц 1 раз в квартал	
4.1.2	Требовать свидетельство о государственной регистрации дезинфицирующего средства, сертификата соответствия, инструкции по применению, методических указаний по применению.	ст. медсестра оперблока	во время закупки и использования	
4.1.3	Контроль приготовления рабочего раствора дезинфицирующего средства согласно инструкции. Соблюдение сроков годности.	ст. медсестра оперблока	постоянно	
4.1.4	Соблюдение техники безопасности при использовании дез. средств.	ст. медсестра оперблока зав.производстве	постоянно	

		нным сектором		
4.2.	ИЗДЕЛИЯ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ			
4.2.1	Контроль выполнения санитарных требований к обработке медицинского инструментария.	ст. медсестра оперблока зав.отделением	ежедневно 1 раз в месяц	
4.2.2	Контроль качества предстерилизационной очистки медицинского инструментария.	ст. медсестра оперблока зав.отделением	ежедневно 1 раз в месяц	
4.2.3	Контроль качества стерилизации медицинского инструментария.	ст. медсестра оперблока зав.отделением	1 раз в месяц 1 раз в месяц	
4.2.4	Контроль на стерильность медицинского инструментария и перевязочного материала.	ст. медсестра, главный врач	2 раза в год	ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии Московской области»
4.2.5	Контроль сроков хранения стерильных биксов, комплектов операционного белья.	ст. медсестра оперблока зав.отделением	1 раз в неделю 1 раз в месяц	
4.2.6	Измерение относительной влажности и температуры воздуха. Регистрация в журнале учёта.	ст. медсестра оперблока	1 раз в неделю	
4.3.	КОНТРОЛЬ РАБОТЫ БАКТЕРИЦИДНЫХ ЛАМП			
4.3.1	Контроль учета времени работы бактерицидных ламп с регистрацией в журнале.	ст. медсестра оперблока зав.отделением	1 раз в неделю 1 раз в месяц	
4.3.2	Соблюдение правил техники безопасности при работе бактерицидных облучателей.	ст. медсестра оперблока зав.отделением	1 раз в неделю 1 раз в месяц	
4.3.3	Утилизация бактерицидных ламп.	зав.производстве нным сектором	по договору	
4.4.	ОБОРУДОВАНИЕ ДЛЯ СТЕРИЛИЗАЦИИ			
4.4.1	Контроль температурного режима, соблюдение экспозиции при эксплуатации воздушных, паровых стерилизаторов.	ст. медсестра оперблока зав.отделением	1 раз в неделю 1 раз в месяц	
4.4.2	Закладка термохиминдикаторов для воздушной и паровой стерилизации.	ст. медсестра оперблока зав.отделением	1 раз в неделю 1 раз в месяц	
4.4.3	Поверка термометров, манометров стерилизующей аппаратуры.	ст. медсестра оперблока	1 раз в 6 месяцев	ЦСМ, ОАО «Медтехника»
4.4.4	Бактериологический контроль с (использованием тесткультур)	ст. медсестра оперблока зав.отделением	1 раз в неделю 1 раз в месяц	ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии Московской области»
4.4.5	Контроль технической исправности оборудования	ст. медсестра оперблока инженер клиники зав.отделением	1 раз в неделю 1 раз в месяц 1 раз в квартал	
4.4.6	Контроль герметичности стерилизаторов	ст. медсестра оперблока зав.отделением	1 раз в неделю 1 раз в месяц	
V. ДЕЗИНСЕКЦИЯ И ДЕРАТИЗАЦИЯ				
5.1.	Заключение договоров на проведение мероприятий по дезинсекции и дератизации в ЛПУ.	главный врач	1 раз в год	ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии Московской области»

5.2.	Контроль качества проводимых истребительных и профилактических работ.	ст.медсестра оперблока	постоянно	
VI. УТИЛИЗАЦИЯ ОТХОДОВ ЛПУ				
6.1.	Наличие обученного лица, имеющего сертификат: «Обеспечение экологической безопасности при работах в области обращения с опасными отходами» для медицинских работников.	ст.медсестра оперблока	1 раз 5 лет	
6.2.	Наличие распорядительных документов администрации о назначении ответственного лица, за соблюдение правил сбора, хранения и удаления отходов ЛПУ	главный врач	по мере необходимости	
6.3.	Наличие схемы обращения с медицинскими отходами.	ст.медсестра оперблока		
6.4.	Обучение медицинского персонала правилам безопасного обращения с отходами.	ст.медсестра оперблока	при приёме на работу, затем ежегодно	
6.5.	Осуществлять визуальную и документальную проверку: <ul style="list-style-type: none"> • количество расходных материалов (запас пакетов, контейнеров, и др.) дезинфицирующих средств; • обеспеченности персонала средствами индивидуальной защиты; • санитарного состояния контейнерных площадок и режима дезинфекции помещений временного хранения; • ежедневной очисткой урн, установленных у входа в здание и на территории; • соблюдение режимов обеззараживания обезвреживания контейнеров для отходов; • регулярности вывоза отходов. 	ст.медсестра оперблока, зав.производственным сектором	1 раз в квартал постоянно по договору	
6.6.	Наличие договоров со специализированными службами (по сбору, транспортировке и утилизации медицинских отходов)	главный врач	1 раз в год	СС «_____» ООО «_____»
6.7.	Учёт и контроль движения медицинских отходов: <ul style="list-style-type: none"> • ведение технологического журнала учёта отходов класса «Б». • иметь документы подтверждающие вывоз отходов. 	ст.медсестра оперблока	по графику	
VII. СООТВЕТСТВИЕ САНИТАРНЫМ НОРМАМ ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ				
7.1.	Контроль химического состава воды хозяйственно-питьевого назначения.	ст.медсестра оперблока	ежегодно	ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии Московской области»
7.2.	Контроль микробиологического состава воды хозяйственно-питьевого назначения.	ст.медсестра оперблока	ежегодно	ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии Московской области»

VIII. СООТВЕТСТВИЕ САНИТАРНЫМ НОРМАМ ВОЗДУШНОЙ СРЕДЫ НА ТЕРРИТОРИИ ЛПУ (химическое и акустическое загрязнение)				
8.1.	Инструментальный контроль уровня шума на территории ЛПУ	специалист по охране труда		ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии Московской области»
IX. СООТВЕТСТВИЕ УСЛОВИЙ ТРУДА ПЕРСОНАЛА ЛПУ (САН.ПИН 2.1.3 2630-10)				
9.1.	Контролировать устройство и оборудование рабочих мест персонала.	специалист по охране труда		
9.2.	Наличие помещения для персонала с душевыми и санузлами, индивидуальными шкафчиками для личной и рабочей одежды персонала.	специалист по охране труда		
9.3.	Соблюдение условий приема пищи персоналом ЛПУ (буфет, столовая, комната приема пищи с обеспечением возможности временного хранения и подогрева пищи).	специалист по охране труда		
9.4.	Контролировать соблюдение персоналом правил личной гигиены.	ст.медсестра оперблока	постоянно	
9.5.	Контролировать организацию индивидуальной защиты персонала (иммунизация).	ст.медсестра оперблока	постоянно	
X. СОСТОЯНИЕ СТИРКИ БЕЛЬЯ И СПЕЦОДЕЖДЫ ПЕРСОНАЛА				
10.1.	Договор на предоставление услуг по стирке и доставке постельных принадлежностей и спецодежды.	главный врач	1 раз в год	
10.2.	Организации централизованной стирки спецодежды и регулярной её смены.	зав.производственным сектором	по договору	
10.3.	Контролировать обеспечение персонала чистой спецодеждой, своевременной стиркой спецодежды.	зав.производственным сектором	постоянно	
10.4.	Контроль бельевого режима (сбор грязного белья, временное хранение, транспортировка)	зав.производственным сектором, ст.медсестра оперблока	1 раз в 7 дней; по мере необходимости	
10.5.	Сдача постельного белья	зав.производственным сектором	ежедневно	
10.6.	Запас и условия хранения чистого белья.	зав.производственным сектором, ст.медсестра оперблока	ежедневно	
XI. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ И ПЕРИОДИЧЕСКИЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ ОЦЕНКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПЕРСОНАЛА ЛПУ				
11.1.	Определение контингентов, подлежащих предварительным и периодическим осмотрам, составление перечня должностей работников, подлежащих медицинским осмотрам.	работник кадровой службы	ежегодно	
11.2.	Контролировать своевременное прохождение предварительных и периодических медицинских осмотров, обеспечением необходимого объема лабораторных исследований и перечня специалистов, участвующих в профосмотрах.	ст. медсестра оперблока, зав.отделением	при поступлении на работу, далее 1 – 2 раза в год	
11.3.	Санитарно- гигиеническая оценка условий	специалист по		

	труда персонала ЛПУ (с оформлением заключения) при подозрении у него профессионального заболевания (отравления).	охране труда		
11.4.	Расследование случая профессионального заболевания персонала лечебно-диагностического учреждения (с оформлением акта).	специалист по охране труда		
11.5.	Оперативный и ретроспективный эпидемиологический анализ внутрибольничной заболеваемости с определением комплекса профилактических и противоэпидемических мероприятий.	зав.отделением, главный врач	1 раз в квартал	
11.6.	Организация проведения комплекса профилактических и противоэпидемических мероприятий в очагах.	зав.отделением	по мере регистрации заболеваний	По договору с ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии Московской области»

ПРИМЕЧАНИЯ:



УВЕРЖДАЮ:

Генеральный директор ООО
«Центр офтальмохирургии»

Н.Н. Куканова

«11» января 2023г.

ПОЛОЖЕНИЕ О ПОРЯДКЕ РАССМОТРЕНИЯ ОБРАЩЕНИЯ ГРАЖДАН В ООО «ЦЕНТР ОФТАЛЬМОХИРУРГИИ»

1 Общие положения.

Независимо от вида и формы обращения медицинская организация обязана его рассмотреть и предоставить заявителю «обоснованный ответ по существу вопросов, поставленных в обращении». Ответ на обращение медицинская организация представляет в порядке, предусмотренном [Федеральным законом от 02.05.2006 № 59-ФЗ](#). «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации» (далее — Закон № 59-ФЗ) – в течение 30 суток. Обязанность медорганизации рассматривать обращения гарантирует, что гражданин реализует не только право на обращение, но и другие конституционные права, в т. ч. на охрану здоровья и медпомощь. Так Конституционный Суд разъясняет нормы [Федерального закона от 02.05.2006 № 59-ФЗ](#) в своем [постановлении от 18.07.2012 № 19-П](#)

Обязанность медорганизации рассматривать обращения и давать на них ответы вытекает из права гражданина лично обратиться в государственную или муниципальную медицинскую организацию. Право гражданина на обращение предусматривают [Конституция РФ \(ст. 33\)](#) и [Закон №59-ФЗ \(ч. 4 ст. 1\)](#).

2. Ответственность.

Если медицинская организация не ответит на обращение, ей грозит административная ответственность по [ст. 59](#) КоАП РФ. Санкция предусматривает административный штраф в размере от 5000 до 10000 рублей. Однако в ряде случаев отвечать на обращение не нужно. Такие случаи перечислены в [ст. 11](#) Закона № 59-ФЗ.

3. Когда отвечать на обращение не надо.

Медицинская организация вправе проигнорировать обращение, если гражданин не указал Ф.И.О. или почтовый адрес, по которому нужно направить ответ ([ч. 1 ст. 11 Закона № 59-ФЗ](#)). Если текст обращения нечитаем, также не обязаны отвечать ([ч. 4 ст. 11](#)).

Ответ не требуется, если обращение содержит вопросы, решение которых не входит в компетенцию медорганизации. Необходимо вернуть такое обращение гражданину в течение не более семи дней со дня его регистрации. Уведомить гражданина о том, что его обращение переадресовано.

Не отвечать на обращение, которое содержит нецензурные либо оскорбительные выражения, угрозы жизни, здоровью и имуществу руководителя, а также членов его семьи. Вместо ответа мы вправе сообщить гражданину «о недопустимости злоупотребления правом» ([ч. 3 ст. 11](#)).

Не нужно отвечать, если пациент ранее направлял аналогичные обращения и неоднократно получал письменные ответы по существу вопроса. При этом в последнем

обращении пациент не привел новых доводов или обстоятельств. Руководитель медорганизации вправе признать очередное обращение безосновательным и прекратить переписку с пациентом, уведомив его об этом ([ч. 5 ст. 11](#)).

Закон запрещает отвечать на обращение, если ответ по существу вопроса приведет к разглашению сведений, составляющих врачебную тайну. О том, что ответ невозможен, руководитель сообщает гражданину, направившему обращение ([ч. 6 ст. 11](#)).

Если пациент подал жалобу по поводу оказания медицинской помощи, основанием для составления ответа будет протокол заседания врачебной комиссии. Комиссия рассматривает обращения по вопросам, связанным с оказанием медицинской помощи. Такую функцию закрепляет за комиссией [п. 4.24](#) Порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации (утв. [приказом Минздравсоцразвития России от 05.05.2012 №502Н](#)).

Собирать заседание комиссии по каждой поступившей жалобе не обязательно. Заседания проходят не реже одного раза в неделю, так что жалобы можно рассматривать еженедельно.

4. Законодательные правила ответа.

Нормы [Закона № 59-ФЗ](#), которые должны быть соблюдены при ответе.

1. Медицинская организация дает письменный ответ по существу поставленных в обращении вопросов ([п. 3 ст.5](#), [п. 4 ч. 1 ст.10](#)).

2. Ответ на обращение подписывает руководитель медорганизации либо уполномоченное на то лицо ([ч. 3 ст. 10](#)). Главврач может делегировать право подписи своим заместителям или другим работникам на основании локального акта медорганизации либо на основании доверенности. Доверенность выдает главврач, удостоверив ее своей подписью.

3. Если обращение поступает в форме электронного документа, ответ допустимо направлять в форме электронного документа по электронной почте или в письменной форме по почтовому адресу ([ч. 3 ст.7](#), [ч. 4 ст.10](#)). Способ ответа выбирает пациент-заявитель. Какой адрес он укажет в обращении, на тот и получит ответ.

4. В ходе личного приема руководитель медорганизации с согласия гражданина может ответить на обращение устно. Это допустимо, если в устном обращении пациент ясно изложил факты и обстоятельства, они очевидны и не требуют дополнительной проверки. В иных случаях медицинская организация дает письменный ответ ([ч. 3 ст. 13](#)).

5. Заключение

Дело в том, что [Закон № 59-ФЗ](#) регулирует лишь вопросы, касающиеся общего содержания ответа, а требований к его структуре и детальному содержанию не предусматривает. Отдельные положения Закона конкретизируются в нормативных актах региональных органов управления здравоохранением, а также в локальных актах медорганизаций.

Если мы отказываем в удовлетворении требований, то сообщаем пациенту мотивы отказа и указываем порядок обжалования нашего решения. Заявитель может обжаловать ответ на обращение в административном порядке в вышестоящий орган управления здравоохранением или вышестоящему должностному лицу либо в суд по месту жительства пациента или по местонахождению медорганизации

Образец ответа на обращение

Общество с ограниченной ответственностью «Центр офтальмохирургии»

Адрес: _____

Телефон: _____, факс: _____

Официальный сайт: _____, e-mail: _____

___.__.20__ № ___

На № _____ от ___.__.20__ _____

ОТВЕТ НА ЖАЛОБУ

Уважаемый _____!

Вы направили на имя главного врача ООО «Центр офтальмохирургии» _____ обращение в письменной форме с требованием разобраться в ситуации и привлечь к ответственности врача _____ в связи с тем, что она допустила неуважительное общение с пациентом. Обращение получено _____ и зарегистрировано _____ за № _____. Мы рассмотрели Ваше обращение. По существу изложенных в обращении фактов и предъявленных требований сообщаем следующее.

В соответствии со ст. 4, а также п. 1 ч. 1 ст. 6 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» одним из основных принципов охраны здоровья граждан является приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи. Приоритет интересов пациента, помимо прочего, реализуется путем соблюдения этических и моральных норм, а также уважительного и гуманного отношения со стороны медицинских работников и иных работников медицинской организации. Следовательно, грубое обращение с пациентами нарушает данный принцип.

По итогам проведенной проверки факты, изложенные в жалобе, подтвердились. Врач _____ действительно допустила грубость и резкость при общении с пациентом. Данный факт она не отрицает.

На основании вышеизложенного мы приняли решение удовлетворить требования жалобы. Мы потребовали у врача письменное объяснение и официальное извинение, которые прилагаем к настоящему ответу. Врач получила дисциплинарное взыскание в виде замечания.

За доставленные неудобства приносим Вам искренние извинения. Также выражаем благодарность за то, что Вы не оставили без внимания проблему, проявили активную гражданскую позицию.

Мы провели профилактическую беседу со всем медперсоналом о недопустимости неуважительного общения с пациентами.

Принятое решение Вы можете обжаловать в установленном законом порядке.

Приложения:

- _____.
- _____.

Главный врач ООО «Центр офтальмохирургии»

_____/ Грачев Д.К.
(подпись/Ф. И. О.)

Исполнитель: _____

Тел.: _____



УТВЕРЖДАЮ
Генеральный директор ООО
«Центр офтальмохирургии»
Куканова Н.Н.
«11» января 2023г.

ИНСТРУКЦИИ

Санитарное содержание помещений, оборудования, инвентаря

Все помещения, оборудование, медицинский и другой инвентарь должны содержаться в чистоте. Влажная уборка помещений (обработка полов, мебели, оборудования, подоконников, дверей) должна осуществляться не менее 2 раз в сутки, с использованием моющих и дезинфицирующих средств, разрешенных к использованию в установленном порядке.

Старшая медсестра оперблока организует предварительный и периодический (не реже 1 раза в год) инструктаж персонала, осуществляющего уборку помещений по вопросам санитарно-гигиенического режима и технологии уборки.

Хранение моющих и дезинфекционных средств должно осуществляться в таре (упаковке) изготовителя, снабженной этикеткой, на стеллажах, в специально предназначенном месте на стеллажах в шкафу.

Необходимо иметь отдельные емкости с рабочими растворами дезинфекционных средств, используемых для обработки различных объектов:

- для дезинфекции;
- для дезинфекции поверхностей в помещениях, мебели, аппаратов, приборов и оборудования;
- для обеззараживания уборочного материала, для обеззараживания отходов классов Б и В.

Емкости с рабочими растворами дезинфекционных средств должны быть снабжены плотно прилегающими крышками, иметь четкие надписи или этикетки с указанием средства, его концентрации, назначения, даты приготовления, предельного срока годности раствора.

При работе с дезинфекционными средствами необходимо соблюдать все меры предосторожности, включая применение средств индивидуальной защиты, указанные в инструкциях по применению.

Уборочный инвентарь (емкости, ветошь, швабры) должен иметь четкую маркировку и храниться в выделенном помещении на стеллажах в шкафу.

Мытье оконных стекол должно проводиться по мере необходимости, но не реже 2 раз в год.

Генеральная уборка помещений и кабинетов должна проводиться по графику не реже 1 раза в месяц, с обработкой стен, полов, оборудования, инвентаря, светильников.

Генеральная уборка процедурного кабинета проводится один раз в неделю.

Вне графика генеральную уборку проводят в случае получения неудовлетворительных результатов микробной обсемененности внешней среды и по эпидемиологическим показаниям.

Для проведения генеральной уборки персонал должен иметь специальную одежду и средства индивидуальной защиты (халат, шапочка, маска, резиновые перчатки, резиновый фартук и др.), промаркированный уборочный инвентарь и чистые тканевые салфетки.

При проведении генеральной уборки дезинфицирующий раствор наносят на стены путем орошения или их протирания на высоту не менее двух метров, окна, подоконники, двери, мебель и оборудование. По окончании времени обеззараживания (персонал должен провести смену спецодежды) все поверхности отмывают чистыми тканевыми салфетками, смоченными водопроводной (питьевой) водой, а затем проводят обеззараживание воздуха в помещении.

Использованный уборочный инвентарь обеззараживают в растворе дезинфицирующего средства, затем прополаскивают в воде и сушат. Уборочный инвентарь для пола и стен должен быть отдельным, иметь четкую маркировку, применяться отдельно для кабинетов, коридоров, санузлов.

Для обеззараживания воздуха в помещениях применять разрешенные для этой цели бактерицидные лампы с воздействием ультрафиолетовым излучением с помощью открытых и комбинированных бактерицидных облучателей, применяемых в отсутствие людей, и закрытых облучателей, в том числе рециркуляторов, позволяющих проводить обеззараживание воздуха в присутствии людей, необходимое число облучателей для каждого помещения определяют расчетным путем согласно действующим нормам;

Сбор грязного белья (полотенца, простыни) осуществляется в закрытой промаркированной таре (клеенчатые или полиэтиленовые мешки) и передаваться для стирки в организацию, с которой заключен договор (договор с ООО «Ивановская клиника офтальмохирургии» от «07»марта2012г. № 144).

Сбор, временное хранение и удаление отходов различных классов опасности осуществляются в соответствии с действующими нормами по обращению с медицинскими отходами.

Контроль за санитарным состоянием помещений, оборудования и инвентаря осуществляется по трехуровневой системе: процедурная (операционная, палатная медсестры), старшая медсестра оперблока, заместитель главного врача, главный врач клиники.

Главный врач

Грачев Д.К.



УТВЕРЖДАЮ:

Генеральный директор ООО
«Центр офтальмохирургии»
Куканова Н.Н.
«11» января 2023г.

ИНСТРУКЦИЯ

Правила обработки рук медицинского персонала и кожных покровов пациентов

В целях профилактики ВБИ обеззараживанию подлежат руки медицинских работников (гигиеническая обработка рук, обработка рук массажиста) и кожные покровы пациентов.

В зависимости от выполняемой медицинской манипуляции и требуемого уровня снижения микробной контаминации кожи рук медицинский персонал осуществляет гигиеническую обработку рук. Обучение и контроль выполнения требований гигиены рук медицинским персоналом осуществляется путем проведения инструктажей, наличия на рабочем месте инструкций.

Для достижения эффективного мытья и обеззараживания рук необходимо соблюдать следующие условия: коротко подстриженные ногти, отсутствие лака на ногтях, отсутствие искусственных ногтей, отсутствие на руках колец, перстней и других ювелирных украшений..

Медицинский персонал должен быть обеспечен в достаточном количестве эффективными средствами для мытья и обеззараживания рук, а также средствами для ухода за кожей рук (кремы, лосьоны, бальзамы и др.) для снижения риска возникновения контактных дерматитов. При выборе кожных антисептиков, моющих средств и средств для ухода за кожей рук следует учитывать индивидуальную переносимость.

Гигиеническая обработка рук.

Гигиеническую обработку рук следует проводить в следующих случаях:

- перед непосредственным контактом с пациентом;
- после контакта с неповрежденной кожей пациента (например, при измерении пульса или артериального давления);
- после контакта с секретами или экскретами организма, слизистыми оболочками, повязками;
- после контакта с медицинским оборудованием и другими объектами, находящимися в непосредственной близости от пациента;
- после лечения пациентов с гнойными воспалительными процессами, после каждого контакта с загрязненными поверхностями и оборудованием.

Гигиеническая обработка рук проводится двумя способами:

- гигиеническое мытье рук мылом и водой для удаления загрязнений и снижения количества микроорганизмов;
- обработка рук кожным антисептиком для снижения количества микроорганизмов до безопасного уровня.
- для мытья рук применяют жидкое мыло с помощью дозатора (диспенсера). Вытирают руки индивидуальным полотенцем (салфеткой), предпочтительно одноразовым.

Использование перчаток.

• Перчатки необходимо надевать во всех случаях, когда возможен контакт с кровью или другими биологическими субстратами, потенциально или явно контаминированными микроорганизмами, слизистыми оболочками, поврежденной кожей.

• Не допускается использование одной и той же пары перчаток при контакте с двумя и более пациентами. После снятия перчаток проводят гигиеническую обработку рук.

• При загрязнении перчаток выделениями, кровью и т.п. во избежание загрязнения рук в процессе их снятия следует тампоном (салфеткой), смоченным раствором дезинфицирующего средства (или антисептика), убрать видимые загрязнения. Снять перчатки, погрузить их в раствор средства, затем утилизировать. Руки обработать антисептиком.

Обеззараживание кожных покровов пациентов.

• Обработка инъекционного поля предусматривает обеззараживание кожи с помощью спиртосодержащего антисептика в месте инъекций (подкожных, внутримышечных, внутривенных).

Главный врач

Грачев Д.К.



УТВЕРЖДАЮ:

Генеральный директор ООО
«Центр офтальмохирургии»
Куканова Н.Н.
«11» января 2023г.

Требования к условиям труда медицинского персонала .

Персонал клиники должен проходить предварительные, при поступлении на работу, и периодические медицинские осмотры, с оформлением акта заключительной комиссии. Периодические медицинские осмотры проводятся в организациях, имеющих лицензию на данные виды деятельности.

На рабочих местах медицинского и другого персонала должно быть обеспечено соблюдение соответствующих гигиенических нормативов (параметры микроклимата, уровни освещенности, ионизирующих и неионизирующих излучений, чистоты воздуха рабочей зоны, а также шума, ультразвука, вибрации, электромагнитных полей, ультрафиолетового, лазерного излучения).

Персонал обеспечивается средствами индивидуальной защиты в необходимом количестве и соответствующих размеров (перчатками, масками).

Медицинский персонал должен быть обеспечен комплектами сменной одежды: халатами, шапочками.

Прием пищи персоналом проводится в специально отведенных помещениях, на рабочем месте принимать пищу запрещено.

Нахождение в медицинской одежде и обуви за пределами помещений клиники не допускается.

Главный врач

Грачев Д.К.



УТВЕРЖДАЮ:
Генеральный директор ООО
«Центр офтальмохирургии»
Куканова Н.Н.
«11» января 2023г.

ИНСТРУКЦИЯ

Профилактические мероприятия при загрязнении кожи и слизистых работника кровью или другими биологическими жидкостями, а также при уколах и порезах.

А. При загрязнении кожи рук выделениями, кровью и т.п. необходимо:

1. Вымыть руки мылом и водой; тщательно высушить руки одноразовым полотенцем; дважды обработать антисептиком.

2. Руки в перчатках обработать салфеткой, смоченной дезинфектантом, затем вымыть проточной водой, снять перчатки, руки вымыть и обрабатывать кожным антисептиком.

3. При попадании биологической жидкости пациента на слизистые ротоглотки немедленно рот и горло прополоскать 70% спиртом или 0,05% раствором марганцовокислого калия.

4. При попадании биологических жидкостей в глаза промыть их раствором марганцовокислого калия в воде в соотношении 1:10000.

Б. При уколах и порезах вымыть руки,

1. Не снимая перчаток, проточной водой с мылом;

5. Снять перчатки, выдавить из ранки кровь, вымыть руки с мылом и обработать ранку 5% спиртовой настойкой йода.

6. При наличии на руках микротравм, царапин, ссадин заклеить поврежденные места лейкопластырем.

Главный врач

Грачев Д.К.



УТВЕРЖДАЮ:
Генеральный директор ООО
«Центр офтальмохирургии»
Куканова Н.Н.
«11» января 2023г.

ИНСТРУКЦИЯ

ЭКСТРЕННАЯ ПРОФИЛАКТИКА парентеральных вирусных гепатитов и вич-инфекции

Во избежание заражения парентеральными вирусными гепатитами, ВИЧ-инфекцией следует соблюдать правила работы с колющим и режущим инструментарием.

В случае порезов и уколов немедленно !!!:

1.Обработать и снять перчатки, выдавить кровь из ранки, вымыть руки с мылом под проточной водой, обработать руки 70%-м спиртом, смазать ранку 5%-м раствором йода.

2.При попадании крови или других биологических жидкостей на кожные покровы это место обрабатывают 70%-м спиртом, обмывают водой с мылом и повторно обрабатывают 70%-м спиртом.

3.Если кровь попала на слизистые оболочки глаз, их сразу же промывают водой или 1%-м раствором борной кислоты; при попадании на слизистую оболочку носа - обрабатывают 1%-м раствором протаргола; на слизистую оболочку рта - полоскать 70%-м раствором спирта или 0,05%-м раствором марганцевокислого калия или 1%-м раствором борной кислоты.

4.Слизистые оболочки носа, губ, конъюнктивы обрабатывают также раствором марганцевокислого калия в разведении 1:10000 (раствор готовится ex tempore).

5.Медицинский работник направляется на консультацию к инфекционисту для решения вопроса о дальнейшей тактике наблюдения и профилактики.

6.Лица, подвергшиеся угрозе заражения ВИЧ-инфекцией, находятся под наблюдением врача-инфекциониста в течение 1 года с обязательным обследованием на наличие маркера ВИЧ-инфекции.

Главный врач

Грачев Д.К.

**Общество с ограниченной ответственностью
«Центр офтальмохирургии»**

ПРИКАЗ

№ 10

«11» января 2023г.

« О назначении ответственного лица за мониторинг безопасности медицинских изделий и лекарственных средств»

В целях исполнения приказа Управления Росздравнадзора по Московской области от 15.08.2012г. « О предоставлении информации»,

ПРИКАЗЫВАЮ:

Назначить старшую медицинскую сестру, Звягинцеву Аксану Владимировну, ответственной за мониторинг безопасности медицинских изделий и лекарственных средств и предоставление отчетов в Региональный центр мониторинга безопасности лекарственных средств по Московской области.

Главный врач

Грачев Д.К.

С приказом ознакомлена:

Старшая медицинская сестра

Звягинцева А.В.

**Общество с ограниченной ответственностью
«Центр офтальмохирургии»**

ПРИКАЗ

№ 11

«11» января 2023г.

« О назначении ответственного лица за
предоставление отчетов в Управление
Росздравнадзора»

В целях исполнения приказа Управления Росздравнадзора по Московской области от
29.01.2013г. « О предоставлении информации»,

ПРИКАЗЫВАЮ:

Назначить старшую медицинскую сестру, Звягинцеву Аксану Владимировну,
ответственным по предоставлению в Управление Росздравнадзора по Московской области
отчетов по фальсифицированным, вызывающим сомнение недоброкачественным
лекарственным средствам и незарегистрированным медицинским изделиям.

Главный врач

Грачев Д.К.

С приказом ознакомлена:

Старшая медсестра

Звягинцева А.В.

**Общество с ограниченной ответственностью
«Центр офтальмохирургии»**

ПРИКАЗ

№ 12

«11» января 2023г.

« О мерах по развитию и укреплению
метрологической службы в ООО
«Центр офтальмохирургии»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Назначить ответственным лицом за метрологическое обеспечение приборов, находящихся на балансе центра , старшую медицинскую сестру Звягинцеву А.В.
7. Назначить ответственным лицом за технический учет, организацию поверки и ремонта средств измерений и изделий медицинской техники, а также изделий, не относящихся к медицинским средствам измерений, инженера центра Сухарева А.В.
8. Возложить ответственность за метрологическое обеспечение, технический учет, организацию поверки и ремонта средств измерений и изделий медицинской техники во всех кабинетах клиники на медицинских сестер:
 - Звягинцева А.В. – процедурный кабинет
 - оперблок
 - технические подразделения центра
 - стационар
 - Васильева Н.В. – диагностический кабинет
 - физиотерапевтический кабинет.

В своей работе ответственным лицам руководствоваться «Положением о метрологической службе ООО «Центр офтальмохирургии».

Главный врач

Грачев Д.К.

С приказом ознакомлены:

Старшая медицинская сестра
Медицинская сестра
Инженер

Звягинцева А.В.
Васильева Н.В.
Сухарев А.В.

Общество с ограниченной ответственностью
«Центр офтальмохирургии»

ПРИКАЗ

№ 14

«11» января 2023г.

« Об утверждении Соглашения
по охране труда работников ООО
«Центр офтальмохирургии» на 2016год»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить Соглашение по охране труда работников ООО «Центр офтальмохирургии» на 2017 год.
2. Ответственным по проведению мероприятий по охране труда в ООО «Центр офтальмохирургии» назначить администратора центра, Васильеву Зинаиду Васильевну.

Главный врач

Грачев Д.К.

С приказом ознакомлена:

Администратор

Васильева З.В.

Общество с ограниченной ответственностью
«Центр офтальмохирургии»

ПРИКАЗ

№ 15

«11» января 2023г.

« О работе с медицинскими
представителями в ООО
«Центр офтальмохирургии»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Работа медицинских представителей с сотрудниками центра осуществляется строго по распоряжению администрации центра (генеральный директор, главный врач, исполнительный директор).
2. Заведующему отделением оперативной офтальмологии Дроздову И.В., администратору Васильевой З.В., старшей медицинской сестре Звягинцева А.В., не принимать медицинских представителей без соответствующего распоряжения администрации центра.
3. Старшей медицинской сестре Звягинцевой А.В. изъять из обращения в центре все купонные рецепты, распространенные медицинскими представителями.
4. Заведующему отделением оперативной офтальмологии Дроздову И.В. при работе медицинских представителей с врачами центра следить за тем, чтобы рекламная информация была строго обозначена и ее длительность не превышала 15% в структуре сообщения медицинского представителя или лица, приглашенного им.

Главный врач

Грачев Д.К.

С приказом ознакомлены:

Исполнительный директор

Димакова Е.Г.

Заведующий отделением

Дроздов И.В.

Старшая медицинская сестра

Звягинцева А.В.

Администратор

Васильева З.В.

**Общество с ограниченной ответственностью
«Центр офтальмохирургии»**

ПРИКАЗ

№ 16

«11» января 2023г.

« О контроле лекарственных средств,
подлежащих предметно-количественному
учету»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Ввести строгий предметно-количественный учет следующих медицинских препаратов:

1.1. Наркотические средства и психотропные вещества, согласно «Перечню наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в РФ», утвержденных постановлением Правительства РФ №681 от 30.06.1998г. и приказу МЗ и СР №590н от 2.08.2010г. « Об утверждении специальных требований к условиям хранения наркотических и психотропных веществ, зарегистрированных в установленном порядке в Российской Федерации в качестве лекарственных средств, предназначенных для медицинского применения, в аптечных, лечебно-профилактических учреждениях, научно-исследовательских, учебных организациях и организациях оптовой торговли лекарственными средствами»:

- Фенозепам табл.
- Фентанил амп.

1.2. Дорогостоящие препараты:

- | | | |
|-------------------|-------------------|------------------|
| - Кеторол | - Прозерин | - Но-шпа |
| - Диклофенак 0,1% | - Тобрадекс 5,0мл | - Витабакт 0,05% |

1.3. Перевязочные средства:

- бинты стерильные и нестерильные;
- марля медицинская;
- вата стерильная и нестерильная;
- салфетки стерильные.

1.4. Спирт этиловый 70% и 95%.

1.5. Диагностические материалы:

- тест-полоски к глюкометру.

2. Учет вышеуказанных препаратов вести в соответствии с действующей нормативной документацией.

3. Бухгалтеру Невмержицкой И.А. один раз в квартал проверять соответствие учетных лекарственных средств в наличии с книжными.

4. Контроль за исполнением приказа возложить на старшую медицинскую сестру оперблока Звягинцеву А.В..

Главный врач

Грачев Д.К.

С приказом ознакомлены:

Бухгалтер

Невмержицкая И.А.

Старшая медицинская сестра

Звягинцева А.В.

Общество с ограниченной ответственностью
«Центр офтальмохирургии»

ПРИКАЗ

№ 17

«11» января 2023г.

« О порядке ведения журнала
регистрации операций, связанных с
оборотом психотропных веществ»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Назначить старшую медсестру оперблока Звягинцева А.В. ответственной за ведение и хранение журнала регистрации операций, связанных с оборотом психотропных веществ, а также за пломбировку сейфа с психотропными веществами.
2. Схема ведения журнала регистрации операций, связанных с оборотом психотропных веществ представлена в приложении №1.
3. Бухгалтеру Невмержицкой И.А. в журнале регистрации операций, связанных с оборотом психотропных веществ, ежемесячно проставлять отметки о проведении инвентаризации психотропных веществ (дата инвентаризации, номер сличительной ведомости или инвентаризационной ведомости).

Главный врач

Грачев Д.К.

С приказом ознакомлены:

Старшая медицинская сестра

Звягинцева А.В.

Бухгалтер

Невмержицкая И.А.

**Общество с ограниченной ответственностью
«Центр офтальмохирургии»**

ПРИКАЗ

№ 18

«11» января 2023 г.

« О назначении лиц, ответственных
за получение, хранение, учет и отпуск
психотропных веществ»

Для обеспечения оборота наркотических средств и психотропных веществ в центре согласно Постановлению Правительства РФ от 31 декабря 2009г. «О порядке хранения наркотических средств и психотропных веществ»,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1.Считать допущенными к работе с психотропными веществами в центре следующих сотрудников:

- главного врача центра Грачева Д.К.;
- заведующего отделением Дроздова И.В.;
- старшую медсестру Звягинцеву А.В.

2.Назначить ответственным лицом за получение, хранение, учет и отпуск психотропных веществ старшую медсестру оперблока Звягинцева А.В.

3.Утвердить порядок хранения психотропных веществ (приложение №1).

4.Утвердить перечень лиц, уполномоченных на подписание и подачу Заявок на доставку отправлений с вложением психотропных веществ (приложение №2).

Перечень лиц, уполномоченных на подписание и подачу Заявок на доставку отправлений с вложением психотропных веществ:

- Главный врач центра Грачев Д.К.

Главный врач

Грачев Д.К.

С приказом ознакомлены:

Заведующий отделением

Дроздов И.В.

Старшая медсестра

Звягинцева А.В.

**Общество с ограниченной ответственностью
«Центр офтальмохирургии»**

ПРИКАЗ

№ 19

«11» января 2023г.

« О назначении ответственного лица
за проведение мероприятий по
соблюдению санэпидрежима»

Для профилактики возникновения внутрибольничных инфекций и соблюдения санэпидрежима в ООО «Центр офтальмохирургии»,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Назначить ответственной за проведение мероприятий по соблюдению санэпидрежима в центре, старшую медицинскую сестру Звягинцеву А.В.
2. На время отсутствия Звягинцева А.В. назначить ответственным лицом по соблюдению санэпидрежима:
- оперблок, стационар и лечебно-диагностическое отделение- медсестру Васильеву Н.В.

Главный врач

Грачев Д.К.

С приказом ознакомлены:

Старшая медсестра

Звягинцева А.В.

Медсестра

Васильева Н.В.

**Общество с ограниченной ответственностью
«Центр офтальмохирургии»**

ПРИКАЗ

№ 20

«11» января 2023г.

« Об утверждении списка лиц,
имеющим доступ к персональным
данным работников центра»

ПРИКАЗЫВАЮ:

Утвердить список лиц, имеющих доступ к персональным данным работников ООО «Центр офтальмохирургии»:

- Куканова Н.Н., генеральный директор;
- Грачев Д.К., главный врач;
- Димакова Е.Г., исполнительный директор;
- Невмержицкая И.А., бухгалтер.

Главный врач

Грачев Д.К.

С приказом ознакомлены:

Генеральный директор

Куканова Н.Н.

Исполнительный директор

Димакова Е.Г.

Бухгалтер

Невмержицкая И.А.

**Общество с ограниченной ответственностью
«Центр офтальмохирургии»**

ПРИКАЗ

№ 21

«11» января 2023г.

« О назначении ответственного
лица по утилизации отходов»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Назначить ответственным лицом по утилизации отходов класса А и Б в ООО «Центр офтальмохирургии», старшую медсестру Звягинцеву А.В.
2. На время отсутствия Звягинцевой А.В., назначить ответственным лицом медсестру Васильеву Н.В.

Главный врач

Грачев Д.К.

С приказом ознакомлены:

Старшая медицинская сестра

Звягинцева А.В.

Медицинская сестра

Васильева Н.В.

**Общество с ограниченной ответственностью
«Центр офтальмохирургии»**

ПРИКАЗ

№ 22

«11» января 2023г.

« О порядке внедрения системы индивидуального информирования застрахованных лиц о стоимости медицинской помощи»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внедрить в ООО «Центр офтальмохирургии» систему информирования застрахованных лиц о стоимости медицинской помощи, оказанной по программе обязательного медицинского страхования.
2. Назначить исполнительного директора Димакову Е.Г. ответственным лицом по обеспечению в центре организации информирования застрахованных лиц о медицинских услугах и их стоимости, за выписку и выдачу справок о стоимости медицинской помощи, оказанной в центре.
3. Исполнительному директору Димаковой Е.Г. до «10» января 2017г. проинструктировать под роспись врачей клиники, ведущих прием застрахованных по программе ОМС о порядке информирования застрахованных лиц о стоимости оказанной медицинской помощи в рамках программы ОМС.
4. Факт выдачи справок или отказа от ее получения врачам центра, ведущим прием по программе ОМС, регистрировать под роспись застрахованного лица или его представителя в первичных документах (медицинской карте амбулаторного (стационарного) больного).
5. Информирование застрахованных лиц, получивших медицинскую помощь в амбулаторно-поликлинических условиях, проводится после завершения обращения к врачу по поводу заболевания (при закрытии «Талона амбулаторного пациента» - учетной формы № 025-12/У).
6. Информирование застрахованных лиц о стоимости медицинской помощи, оказанной в условиях дневного или круглосуточного стационара, осуществляется при выписке застрахованного лица.
7. Администратору Васильевой З.В., бухгалтеру Невмержицкой И.А. осуществлять выписку и выдачу справок о стоимости медицинских услуг, оказанных застрахованным пациентам по программе ОМС.

Главный врач

Грacheв Д.К.

С приказом ознакомлены:

Исполнительный директор

Димакова Е.Г.

Администратор

Васильева З.В.

Бухгалтер

Невмержицкая И.А.



УТВЕРЖДАЮ:

Генеральный директор ООО
«Центр офтальмохирургии»
Н.Н.Куканова
«11» января 2023г.

РАСПОРЯЖЕНИЕ

Врачам-офтальмологам, медицинским сестрам, менеджерам на выездах информировать больных, отобранных для оперативного лечения катаракты в центре:

1. О стоимости ФЭК с постановкой различных типов ИОЛ (приложение 1).
2. О необходимости захватить с собой при госпитализации в центр амбулаторную карту (или выписку из нее) из поликлиники по месту жительства и лекарственные препараты. Принимаемые в домашних условиях для лечения имеющихся хронических заболеваний.
3. О необходимости контроля уровня глюкозы в крови у больных сахарным диабетом в амбулаторных условиях за 3-5 дней до операции ФЭК. При уровне глюкозы более 10,0 ммоль/л (на фоне лечения сахарного диабета или без него) – консультация эндокринолога по месту жительства. Вопрос о госпитализации в центр решать после стабилизации уровня глюкозы в крови.
4. При имплантируемом электрокардиостимуляторе – о предоставлении сведений офтальмологу о марке кардиостимулятора и результатах осмотра кардиолога (аритмолога) на предмет возможности производства ФЭК у таких пациентов (дать направление к данным специалистам).
5. О необходимости профилактики послеоперационных осложнений путем закапывания ципрофлоксацина 0,3% по 1 капле 3 раза в день в глаз, на котором планируется операция.