

Приложение к Распоряжению Комитета по
социальной политике Санкт-Петербурга
от 23.12.2016 № 439-р

«СОГЛАСОВАНО»:

Председатель Комитета по социальной
политике Санкт-Петербурга
А.Н. Ржаненков



« _____ » января

«УТВЕРЖДАЮ»:

Директор
СПб ГБУСО «Дом-интернат для детей с
отклонениями в умственном развитии

№4»
А. Алексеев



« _____ » января

2017 г.

ПОЛОЖЕНИЕ

по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности
в СПб ГБУСО «Дом-интернат для детей с отклонениями в умственном развитии

№4»

(наименование учреждения)

1. ОБЩЕЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящее положение по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в Санкт-Петербургском государственном бюджетном стационарном учреждении социального обслуживания «Дом-интернат для детей с отклонениями в умственном развитии №4» (далее – Учреждение) устанавливает общие организационные и методические принципы проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в Учреждении.

1.2. Положение разработано в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральным законом Российской Федерации от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», Законом Российской Федерации от 07.02.92 № 2300-1 «О защите прав потребителей», постановлением Правительства Российской Федерации от 22.01.2007 № 30 «Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности».

1.3. Целью внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (далее – контроль качества) является обеспечение прав граждан на получение необходимого объема и надлежащего качества медицинской помощи в Учреждении в соответствии с установленными порядками и стандартами оказания медицинской помощи.

1.4. Задачи контроля качества:

1) выявление дефектов лечебно-диагностического процесса, а также факторов, повлекших за собой снижение качества оказания медицинской помощи, и установление причин их возникновения;

2) выбор оптимальных управленческих решений и проведение мероприятий, направленных на предупреждение возникновения дефектов при оказании медицинской помощи, повышение эффективности использования ресурсов Учреждения;

3) предупреждение, выявление и пресечение нарушений требований безопасности условий труда, а также требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий и их утилизации (уничтожению);

4) предупреждение, выявление и пресечение нарушений соблюдения медицинскими и фармацевтическими работниками ограничений, применяемых к ним при осуществлении профессиональной деятельности;

5) оценка оптимальности использования кадровых и материально-технических ресурсов при оказании медицинской помощи.

1.5. На основании Положения, с учетом специфики деятельности, структуры, штатного расписания приказом директора утверждается Порядок организации контроля качества в Учреждении, том числе:

1) утверждение внутреннего локального нормативного правового акта по организации контроля качества в Учреждении;

2) перечень должностей сотрудников структурных подразделений Учреждения, на которых возложены обязанности по организации и проведению контроля качества;

3) уровень, объем, сроки и последовательность осуществления контроля качества;

- 4) случаи оказания медицинской помощи, подлежащие контролю качества, в том числе в обязательном порядке;
- 5) порядок регистрации результатов контроля качества;
- 6) порядок проведения анализа результатов контроля качества и мониторинга показателей качества медицинской помощи;
- 7) принятие мер по управлению качеством медицинской помощи.

1.6. Контроль качества осуществляется:

- 1) директором Учреждения;
- 2) врачебной комиссией Учреждения;
- 3) заместителем директора по медицинской части;
- 4) руководителями структурных подразделений Учреждения в пределах установленных полномочий;
- 5) главной медицинской сестрой Учреждения в пределах установленных полномочий;
- 6) лицами, назначенными приказом директора Учреждения, а также в необходимых случаях для проведения внутреннего контроля качества медицинской помощи могут привлекаться (по согласованию) в качестве экспертов: работники других Учреждений.

1.7. Для целей Положения используются следующие понятия:

- 1) контроль качества медицинской деятельности - определение соответствия оказанной медицинской помощи, установленному на данный период современному уровню медицинской науки и технологий с учетом объективно имеющихся потребностей отдельных получателей социальных услуг;
- 2) дефекты медицинской помощи - действия или бездействия 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 получателей социальных услуг; неоптимальным выбором технологии оказания медицинских услуг; нарушением правил оформления медицинской документации;
- 3) 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);
- 4) законченный случай - это летальный исход или выписка получателя социальных услуг из стационарного учреждения социального обслуживания;
- 5) перекрестный контроль – контроль качества медицинской деятельности, осуществляемый внутри Учреждения специалистами Учреждения в соответствии с локальным нормативным правовым актом по организации контроля качества в Учреждении;
- 6) аутоконтроль – контроль качества медицинской деятельности, осуществляемый сотрудником Учреждения по контролю услуг, оказанных этим же сотрудником;
- 7) текущий контроль - контроль качества медицинской деятельности, направлен на выявление отклонений в процессе оказания медицинской деятельности и принятие необходимых мер по их устранению, осуществляется непосредственно в период оказания услуг ежемесячно на первом и втором уровне контроля, включает в себя достоверную оценку физического состояния получателя социальных услуг и оперативную

коррекцию лечебно-диагностических мероприятий, а также экспертизу качества оформления медицинской документации получателей социальных услуг Учреждения. Текущий контроль проводится один раз в месяц ответственным за проведение контроля. Выявленные недостатки обсуждаются с медицинскими работниками и по решению руководителя Учреждения могут влиять на дифференцированную оплату труда медицинских работников Учреждения;

8) заключительный контроль – контроль качества медицинской деятельности осуществляется на всех уровнях по результатам законченных случаев оказания медицинской помощи давностью более 1 месяца направлен на предупреждение и пресечение дефектов оказания медицинской помощи;

9) ретроспективный контроль качества осуществляется на всех уровнях, направлен на совершенствование Учреждения и оказания медицинской помощи. Ретроспективный контроль качества медицинских услуг проводится по обращениям с жалобами на качество оказания услуг, предоставленных давностью более 1 месяца и запросам контролирующих организаций.

1.8. Приказом директора Учреждения из числа его заместителей назначается работник, ответственный за организацию и проведение контроля качества в Учреждении.

1.9. При проведении контроля качества допускается возможность использования информационно-аналитических систем, отвечающих требованиям о защите персональных данных в соответствии с законодательством Российской Федерации.

1.10. Организация и проведение контроля качества осуществляется за счет финансовых средств Учреждения.

1.11. Лица, ответственные за проведение контроля качества несут персональную ответственность за объективность оценки качества оказанной медицинской помощи при проведении контроля качества медицинской помощи в соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации и должностными инструкциями. Ответственными за проведение контроля по результатам контроля качества медицинской помощи незамедлительно принимаются меры по недопущению повторения выявленных дефектов медицинской деятельности в случаях, если принятие вышеназванных мер находится в пределах их полномочий.

1.12. Учет результатов проведенного контроля качества медицинской деятельности может осуществляться в Учреждении в электронном виде, с ежемесячной распечаткой и заверением подписью ответственного за проведение контроля. Отчеты о проведенном контроле качества медицинской деятельности должны содержать следующие сведения:

1) отчетный период;

2) объемы проведенного контроля качества медицинской деятельности: количество проверенных случаев; количество проверенных случаев, из числа подлежащих контролю в обязательном порядке в процентах от числа случаев, подлежащих контролю в обязательном порядке; объем проведенного контроля качества медицинской помощи в процентах от установленных минимальных объемов;

3) результаты проведенного контроля качества медицинской деятельности, а именно:

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 процентах 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 оформления информационного согласия; дефекты сбора жалоб или анамнеза; дефекты описания объективного статуса (содержательность); дефекты качества составления плана обследования и лечения; дефекты качества ведения листа назначения; дефекты дневниковых записей; дефекты оказания медицинской помощи; нарушение преемственности при лечении больного; дефекты оформления медицинской документации; дефекты оформления эпикриза; рациональное использование ресурсов учреждения; отсутствие жалоб на обслуживание; дефекты в проведении диспансеризации; дефекты в проведении вакцинации; дефекты подачи медицинской документации в бюро медико-социальной экспертизы (для оформления группы инвалидности, ИПРА).

4) краткие сведения о мерах, принятых ответственным за проведение контроля по итогам проведенного контроля качества медицинской деятельности;

5) предложения по итогам проведенного контроля качества медицинской деятельности для руководителя Учреждения;

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

Отчеты о проведенном контроле качества медицинской деятельности по Учреждению в целом (или по подразделениям) доводятся до руководителя Учреждения ежемесячно, до сведения медицинских работников Учреждения ежеквартально.

Отчеты о проведении контроля качества медицинской деятельности по итогам прошедшего года хранятся в Учреждении не менее 5 лет.

Сведения о результатах проведенного контроля качества медицинской деятельности представляются в Комитет по социальной политике Санкт-Петербурга (далее – Комитет) не реже 1 раза в квартал.

По результатам проведенного контроля качества медицинской деятельности в Учреждении планируются и реализуются мероприятия, направленные на устранение причин, вызвавших возникновение дефектов оказания медицинских услуг, на повышение качества и эффективности оказываемых медицинских услуг:

организационные мероприятия – проведение совещаний, конференций, инструктажей, издание приказов, инструкций, регламентов, совершенствование организационных технологий оказания медицинских услуг и другие;

образовательные мероприятия – проведение клинических разборов, 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;

мероприятия по совершенствованию материально-технической базы, информатизации Учреждения;

мероприятия по укомплектованности Учреждения медицинскими работниками.

2. ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОВЕДЕНИЯ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

2.1. Контроль качества осуществляется путем оценки конкретного случая оказания медицинской помощи, а также совокупности случаев оказания медицинской помощи, отобранных по тематическому признаку, на основании анализа первичной учетной медицинской документации, иной документации, непосредственного осмотра клиента:

- 1) Оформление информированного добровольного согласия
- 2) Качество описания жалоб и анамнеза

- 3) Качество описания данных объективного статуса
- 4) Качество составления плана обследования и лечения
- 5) Качество ведения листа назначения
- 6) Кратность и информативность дневниковых записей
- 7) Результаты оказания медицинской помощи
- 8) Преимущество при ведении больного
- 9) Своевременность оформления эпикризов
- 10) Профильность при ведении больного
- 11) Содействие в проведении диспансеризации и вакцинации - своевременность и качество проведения
- 12) Рациональное использование ресурсов учреждения
- 13) Отсутствие жалоб на обслуживание
- 14) Своевременность подачи медицинской документации в бюро медико-социальной экспертизы (для оформления группы инвалидности, ИПРА)
- 15) Оформление медицинской документации.

2.2. В Учреждениях контроль качества медицинской деятельности осуществляется с применением перекрестного контроля, порядок проведения которого утверждается внутренним локальным нормативным правовым актом по организации контроля качества в Учреждении.

В Учреждениях со штатом менее 2 штатных единиц врачебных должностей, в связи с невозможностью проведения контроля качества медицинской деятельности на трех уровнях, контроль качества медицинской деятельности осуществляется в соответствии со структурой и штатным расписанием с привлечением сотрудников других стационарных учреждений социального обслуживания, находящихся в ведении Комитета.

2.3. В Учреждениях для проведения внутреннего контроля качества медицинской деятельности разрабатывается внутренний локальный нормативный правовой акт по организации контроля качества в Учреждении, регламентирующий, с учетом структуры, штатного расписания и специфики деятельности учреждения:

- уровни проведения контроля качества;
- перечень должностей сотрудников структурных подразделений Учреждения, на которых возложены обязанности по организации и проведению контроля качества;
- сроки и последовательность осуществления контроля качества;
- объемы проведения контроля качества на каждом уровне контроля;
- случаи, подлежащие контролю качества, в том числе в обязательном порядке;
- обязанности ответственного за организацию контроля качества медицинской деятельности;
- порядок регистрации результатов контроля качества;
- порядок проведения анализа результатов контроля качества, мониторинга показателей качества медицинской помощи;
- принятие мер по управлению качеством медицинской помощи

2.4. При проведении контроля качества оцениваются применение установленных порядков оказания и стандартов медицинской помощи, своевременность, эффективность и безопасность оказания медицинской помощи (оптимальность выбора медицинских технологий с учетом минимизации риска их применения, принятие адекватных мер профилактики ятрогенных осложнений, соблюдение правил хранения и применения лекарственных препаратов, расходных материалов, обеспечение санитарно-гигиенического противоэпидемиологического режимов в соответствии с санитарно-эпидемиологическими нормами и правилами).

2.5. В необходимых случаях при проведении Внутреннего контроля качества медицинской помощи может проводиться осмотр получателя социальных услуг.

2.6. В Учреждении контроль осуществляется на 3-х уровнях.

2.7. На первом уровне контроль качества проводится заведующим структурным подразделением (при отсутствии в штатном расписании должностей заведующих подразделениями, их функции выполняют заместители руководителя), путем оценки конкретных случаев оказания медицинской помощи, в объеме не менее 10% текущего контроля и 100 % законченных случаев.

2.8. На втором уровне контроль качества осуществляется заместителем директора по медицинской части в разрезе структурных подразделений и Учреждения в целом путем проведения контроля качества случаев оказания медицинской помощи первого уровня, оценки конкретных случаев оказания медицинской помощи (осмотр клиента, оценка тактики его ведения, др.), в объеме не менее 5% от всех рассмотренных на 1 уровне, 100 % законченных случаев.

2.9. На третьем уровне врачебной комиссией Учреждения проводится контроль качества наиболее сложных и конфликтных ситуаций, требующих комиссионного рассмотрения, вырабатывается и принимается решение по дальнейшей тактике ведения клиента, о профессиональном, должностном соответствии медицинских работников и другим вопросам в объеме 100 % жалоб на оказание медицинской помощи и расхождения диагнозов.

2.10. Контролю качества в обязательном порядке подлежат следующие случаи оказания медицинской помощи в стационарных условиях:

- 1) законченные случаи;
- 2) сопровождающиеся ятрогенными осложнениями, инфицированием внутри Учреждения, нежелательными реакциями на применение лекарственных препаратов, неблагоприятными событиями, связанными с применением, хранением, обработкой, обслуживанием, утилизацией медицинских изделий;
- 3) при обращении граждан и их законных представителей с жалобами на доступность и качество оказания медицинской помощи;
- 4) выявления дефектов оказания медицинской помощи контролирующими организациями.

2.8. Случаи оказания медицинской помощи, подлежащие контролю качества в обязательном порядке, рассматриваются в первоочередном порядке.

2.9. При проведении контроля качества медицинской деятельности используются следующие критерии качества медицинских услуг:

своевременность оказания медицинской услуги – отражает своевременность оказанной медицинской услуги объективным потребностям конкретного получателя социальных услуг;

объем оказания медицинской услуги – отражает соответствие объемов оказанной медицинской услуги объективным потребностям конкретного получателя социальных услуг;

преемственность оказания медицинской услуги – отражает соблюдение преемственности при оказании медицинской услуги подразделениями (отделениями, медицинскими работниками) внутри одного Учреждения, между учреждениями, находящимися в ведении Комитета и учреждениями подведомственными Комитету по здравоохранению;

соблюдение медицинских технологий – отражает соблюдение медицинскими работниками зарегистрированных медицинских технологий при их назначении и непосредственно в процессе оказания медицинской услуги;

безопасность оказания медицинской услуги – отражает оптимальность выбора медицинских технологий при оказании медицинской услуги с учетом минимизации риска их применения для конкретного получателя социальных услуг, а также соблюдение в учреждении правил хранения и применения лекарственных препаратов и расходных материалов;

эффективность оказания медицинской услуги – отражает достижение целевых результатов оказания медицинской услуги ее получателю.

2.11. Результаты контроля качества на первом уровне фиксируются в Карте внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (приложение № 1 к примерному Положению по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности).

2.12. Заместитель директора по медицинской части Учреждения фиксирует результаты контроля качества в Журнале внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (приложение № 2 к примерному Положению по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности).

2.13. Карты внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности по итогам прошедшего года первого уровня хранятся у заведующего отделения сроком не менее 5 лет.

2.14. Карты внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности по итогам прошедшего года второго уровня хранятся у заместителя директора по медицинской части сроком не менее 5 лет.

3. ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОВЕДЕНИЯ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

3.1. Объектом внутреннего контроля безопасности медицинской деятельности являются условия труда медицинских работников, применение и эксплуатация медицинских изделий, их утилизация (уничтожение), а также соблюдение установленных для медицинских и фармацевтических работников ограничений.

3.2. В ходе контроля за безопасностью условий труда, применением и эксплуатацией медицинских изделий и их утилизацией (уничтожением) оценивается:

- 1) соблюдение требований трудового законодательства и иных нормативных правовых актов, содержащих нормы трудового права;
- 2) соблюдение государственных нормативных требований охраны труда:
 - состояние рабочих мест;
 - предоставление работникам, занятым на рабочих местах с вредными и (или) опасными условиями труда, компенсаций, установленных по результатам аттестации рабочих мест по условиям труда
 - обеспеченность работников средствами индивидуальной защиты, молоком или продуктами, его заменяющими, лечебно-профилактическим питанием;
- 3) соблюдение требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий и их утилизации (уничтожению), в том числе обучение работников безопасным методам и приемам применения и эксплуатации медицинских изделий;
- 4) соблюдение требований к состоянию помещений, в которых располагаются медицинские изделия или проводится их уничтожение (утилизация);
- 5) соблюдение:
 - требований безопасности медицинских изделий, предусмотренных технической и эксплуатационной документацией производителя;

- требований к утилизации (уничтожению) медицинских изделий, предусмотренных технической и эксплуатационной документацией производителя;
- правил в сфере обращения медицинских изделий, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации;

обязанностей по сообщению сведений, указанных в части 3 статьи 96 Федерального Закона от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

3.3. В Учреждении внутренний контроль безопасности медицинской деятельности осуществляется на 2-х уровнях:

3.3.1. На первом уровне контроль качества проводится заведующим структурным подразделением (при отсутствии в штатном расписании должностей заведующих подразделениями, их функции выполняют заместители директора Учреждения), старшей медицинской сестрой отделения и сестрой хозяйкой при проведении плановых обходов отделения не реже 1 раза в месяц.

3.3.2. На втором уровне контроль качества проводится заместителем директора по медицинской части, главной медицинской сестрой, инженером по охране труда в присутствии заведующего структурным подразделением, старшей медицинской сестры и сестры - хозяйки отделения, уполномоченного представителя профсоюзной организации при проведении плановых обходов отделения не реже 1 раза в год, либо лицами, назначенными директором Учреждения.

3.4. Результаты внутреннего контроля безопасности медицинской деятельности фиксируются в Карте контроля соблюдения безопасных условий труда, требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий. (Приложение № 3 к примерному Положению по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности).

3.5. Карты контроля соблюдения безопасных условий труда, требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий хранятся у главной медицинской сестры сроком не менее 5 лет.

4. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

4.1. Работниками Учреждения, ответственными за проведение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, по результатам вышеуказанного контроля незамедлительно принимаются меры по пресечению нарушений требований к обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности, установленных законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан, в пределах их полномочий. Информация о принятых мерах доводится до сведения директора Учреждения.

4.2. При необходимости реализация мероприятий, направленных на оптимизацию организации оказания медицинской помощи, формируется план мероприятий по управлению качеством медицинской помощи, включающий:

1) организационные мероприятия – проведение совещаний, инструктажей, издание приказов, инструкций, совершенствование организационных технологий оказания помощи и др.:

2) образовательные мероприятия – проведение клинических разборов, патологоанатомических конференций, научно-практических конференций, направление медицинских работников на повышение квалификации (в том числе внеплановое), обеспечение актуальной медицинской литературой, др.:

- 3) дисциплинарные меры – принятие дисциплинарных взысканий в соответствии с Трудовым кодексом РФ;
- 4) административные меры;
- 5) мероприятия по совершенствованию материально-технической базы, информатизации медицинской организации;
- 6) мероприятия по развитию кадрового потенциала.

4.3. Для оценки динамики показателей внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в Учреждении (в том числе его структурных подразделений) анализ результатов внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности проводится по итогам прошедшего месяца, квартала и года.

4.4. Контроль за реализацией принятых управленческих решений по вопросам внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в Учреждении обеспечивается заместителем директора по медицинской части.

Приложение № 1

к Положению по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в СПб ГБУСО «Дом-интернат для детей с отклонениями в умственном развитии №4»

«Карта внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности»

1. Структурное подразделение _____
 2. Ф.И.О. больного _____
 3. Дата рождения _____
 4. Срок пребывания с _____
 5. Клинический диагноз _____

Шифр МКБ _____
 Сопутствующий диагноз _____

Патологоанатомический диагноз _____

Критерии оценки качества оказания медицинских услуг	баллы	Кoeffициент качества медицинских услуг		
		Заведующий отделением	Заместитель директора	примечание
1. Оформление информационного добровольного согласия:				
1.1. Оформлено	1			
1.2. Оформлено с дефектами	0,5			
1.3. Не оформлено	0			
2. Качество описания жалоб и анамнеза (информативность):				
2.1. В полном объеме	1			
2.2. Не в полном объеме	0,5			
2.3. Отсутствует	0			
3. Качество описания объективного статуса (содержательность):				
3.1. В полном объеме	1			
3.2. Не в полном объеме	0,5			
3.3. Отсутствует	0			
4. Качество составления плана обслуживания и лечения:				
4.1. В полном объеме	1			
4.2. Не в полном объеме	0,5			

4.3. Отсутствует	0			
5. Качество ведения листа назначения:				
5.1. В полном объеме	1			
5.2. Не в полном объеме	0,5			
5.3. Отсутствует	0			
6. Кратность и информативность дневниковых записей:				
6.1. Удовлетворительное, в полном объеме	1			
6.2. Не в полном объеме, имеются дефекты	0,5			
6.3. Неудовлетворительное, отсутствует	0			
7. Результат оказания медицинской помощи:				
7.1. В полном объеме	1			
7.2. Не в полном объеме	0,5			
7.3. Отсутствует	0			
8. Преемственность при ведении больного:				
8.1. Удовлетворительное, в полном объеме	1			
8.2. Не в полном объеме, имеются дефекты	0,5			
8.3. Неудовлетворительное, отсутствует	0			
9. Своевременность оформления эпикриза:				
9.1. Своевременно	1			
9.2. Несвоевременно	0			
10. Профильность при ведении больного :				
10.1. Соблюдена	1			
10.2. Не соблюдена	0			
11. Содействие в проведении диспансеризации - своевременность и качество проведения:				
11.1. В полном объеме	1			
11.2. Не в полном объеме	0,5			
11.3. Отсутствует	0			
12. Содействие в проведении вакцинации - своевременность и качество проведения:				
12.1. В полном объеме	1			
12.2. Не в полном объеме	0,5			
12.3. Отсутствует	0			
13. Рациональное использование ресурсов учреждения:				
13.1. Рационально	1			
13.2. Не в полном объеме	0,5			
13.3. Нерационально	0			

14. Отсутствие жалоб на обслуживание: 14.1. Отсутствуют 14.2. Наличие жалоб	1 0			
15. Своевременность подачи медицинской документации в бюро медико-социальной экспертизы (для оформления группы инвалидности, ИПРА) 15.1. Своевременно 15.2. несвоевременно	1 0			
16. Надлежащие оформление медицинской документации: 16.1. Надлежащее 16.2 С дефектами 16.3 Ненадлежащее	1 0,5 0			
ИТОГО				
Коэффициент качества	Средний бал	Средний бал	Средний бал	
ХОРОШО (качественно оказанная медицинская услуга)	1-0,8			
УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО (качественно оказаны медицинские услуги, сопровождавшаяся дефектами оказания медицинской помощи, которые не привели ухудшению состояния здоровья клиента)	0,7-0,6			
НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО (некачественно оказанная медицинская услуга)	0,5-0			
Оценка работы заведующего отделением - проводится заместителем директора				
УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО	1-0,6			
НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО	0,5-0			

В каждом случае контроля качества рассчитывается коэффициент качества (средний бал анализируемых показателей).

Характеристика дефектов и их влияние на результат оказания медицинских услуг

Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности проводил:

_____ должность _____ подпись, дата _____ Ф.И.О.

С результатами внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности ознакомлен:

_____ должность _____ подпись, дата _____ Ф.И.О.

к Положению по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в СПб ГБУСО «Дом-интернат для детей с отклонениями в умственном развитии №4»

Карта контроля соблюдения безопасных условий труда, требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий

1. Учреждение _____
 2. Структурное подразделение _____
 3. Зав. структурным подразделением _____

	баллы	Коэффициент качества
1. Соблюдение требований охраны труда: 1.1. Соответствует 1.2. Соответствует не в полном объеме 1.3. Не соответствует	1 0,5 0	
2. Соблюдение требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий и их утилизации: 2.1. Соответствует 2.2. Соответствует не в полном объеме 2.3. Не соответствует	1 0,5 0	
3. Обучение работников безопасным методам и приемам применения и эксплуатации медицинских изделий: 3.1. Проведено в соответствии с графиком обучения 3.2. Проводится, но график обучения не соблюдается 3.3. Обучение не проводится, график обучения отсутствует	1 0,5 0	
4. Состояние помещений, в которых хранятся лекарственные препараты, медицинские изделия или проводится их уничтожение (утилизация): 4.1. Соответствует нормативным требованиям 4.2. Соответствует нормативным требованиям не в полном объеме 4.3. Не соответствует нормативным требованиям	1 0,5 0	
5. Соблюдение требований по безопасности использования медицинских изделий, предусмотренных документацией производителя: 5.1. Соответствует требованиям 5.2. Соответствует требованиям не в полном объеме 5.3. Не соответствует требованиям	1 0,5 0	
6. Соблюдение требований к утилизации (уничтожению) медицинских изделий, предусмотренных технической и эксплуатационной документацией производителя: 6.1. Соответствует требованиям 6.2. Соответствует требованиям не в полном объеме 6.3. Не соответствует требованиям	1 0,5 0	
7. Выполнение правил в сфере обращения медицинских изделий:		

7.1. Соответствует требованиям	1	
7.2. Соответствует требованиям не в полном объеме	0,5	
7.3. Не соответствует требованиям	0	
8. Информирование о побочных действиях, 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:		
8.1. Информирование своевременно, в полном объеме	1	
8.2. Информирование своевременно, не в полном объеме	0,5	
8.3. Информирование отсутствует	0	
ИТОГО	средний балл	средний балл
Коэффициент качества		
ХОРОШО	1-0,8	
УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО	0,7-0,6	
НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО	0,5-0	

Внутренний контроль безопасности медицинской деятельности проводится ответственным работником медицинской организации, назначенным приказом директора.

Внутренний контроль безопасности медицинской деятельности проводил:

_____ должность _____ подпись, дата _____ Ф.И.О.

С результатами внутреннего контроля безопасности медицинской деятельности ознакомлен:

_____ должность _____ подпись, дата _____ Ф.И.О.