

**Об утверждении
требований к организации и проведению внутреннего контроля качества
и безопасности медицинской деятельности**

В соответствии со статьей 90 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442; 2012, № 26, ст. 3446) п р и к а з ы в а ю:

Утвердить требования к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности согласно приложению.

Министр

В.И. Скворцова

**Требования
к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности
медицинской деятельности**

I. Общие положения

1. Настоящие Требования устанавливают порядок организации и проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (далее – внутренний контроль).

2. Внутренний контроль осуществляется органами, организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения (далее – медицинскими организациями) в соответствии с настоящими требованиями к его организации и проведению.

3. Целью внутреннего контроля является обеспечение медицинской организацией в интересах пациента качества медицинской помощи, качества и безопасности работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, а также условий их оказания.

4. Задачами внутреннего контроля являются:

разработка и реализация мер по повышению качества медицинской помощи в медицинской организации;

создание условий для обеспечения безопасности медицинской деятельности, в том числе для пациентов и персонала;

стандартизация процессов медицинской деятельности для выявления и предотвращения рисков, создающих угрозу жизни и здоровью граждан, и минимизации последствий их наступления;

рациональное использование материально-технических, кадровых, информационных, финансовых ресурсов;

обеспечение соблюдения обязательных требований для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении деятельности в сфере охраны здоровья.

5. Внутренний контроль осуществляется посредством плановых, внеплановых внутренних проверок медицинской организации и мониторинга показателей качества и безопасности медицинской деятельности, в том числе учета неблагоприятных событий, возникающих в процессе осуществления медицинской деятельности.

**II. Направления деятельности медицинской организации, оцениваемые
в рамках внутреннего контроля**

При осуществлении проверок медицинской организации и мониторинга показателей качества и безопасности медицинской деятельности оцениваются следующие направления деятельности медицинской организации:

1) соблюдение медицинскими организациями и индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность, прав граждан в сфере охраны здоровья;

2) соблюдение осуществляющими медицинскую деятельность организациями и индивидуальными предпринимателями порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи;

3) соблюдение порядков проведения медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований;

4) соблюдение медицинскими работниками, руководителями медицинских организаций, ограничений, применяемых к указанным лицам при осуществлении профессиональной деятельности;

5) соблюдение требований к предоставлению платных медицинских услуг;

6) соблюдение требований к оценке качества медицинской помощи в соответствии с нормативно-правовыми актами, устанавливающими критерии оценки качества медицинской помощи;

7) соблюдение Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

8) соблюдение требований, предъявляемых к порядку создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации в соответствии с нормативно-правовыми актами, устанавливающими порядок создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации, в том числе:

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

направление сообщений в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения в целях осуществления мониторинга безопасности лекарственных препаратов о выявленных случаях побочных действий, не указанных в инструкции по применению лекарственного препарата, серьезных нежелательных реакций и непредвиденных нежелательных реакций при применении лекарственных препаратов, в том числе послуживших основанием для назначения лекарственных препаратов;

оценка соблюдения в медицинской организации установленного порядка ведения медицинской документации;

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

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

анализ заболеваемости, в том числе матерей и новорожденных, внутрибольничными инфекциями, разработка и реализация мероприятий по профилактике заболеваемости внутрибольничными инфекциями;

организация и проведение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (по решению руководителя медицинской организации);

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

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

иные функции, предусмотренные федеральными законами, нормативными правовыми актами Президента Российской Федерации, Правительства Российской Федерации, федеральных органов исполнительной власти и органов государственной власти субъектов Российской Федерации;

9) обеспечение безопасности медицинской деятельности по следующим направлениям (по применимости в зависимости от наименования медицинской организации, вида и (или) профиля деятельности):

управление персоналом;

идентификация личности пациентов;

эпидемиологическая безопасность (профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи);

лекарственная безопасность;

контроль качества и безопасности обращения медицинских изделий;

организация экстренной и неотложной помощи;

преемственность оказания медицинской помощи (организация перевода пациентов в рамках одной медицинской организации и трансфер в другие медицинские организации);

хирургическая безопасность, профилактика рисков, связанных с оперативными вмешательствами;

профилактика рисков, связанных с переливанием донорской крови и ее компонентов, препаратов из донорской крови;

безопасность среды в медицинской организации, организация ухода за пациентами, профилактика пролежней и падений;

организация оказания медицинской помощи на основании порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи;

организация профилактической работы, формирование здорового образа жизни среди населения;

организация работы регистратуры;

диспансеризация прикрепленного населения;

диспансерное наблюдение за хроническими больными;

стационарзамещающие технологии (организация работы дневного стационара, «стационара на дому»);

соблюдение безопасных условий труда;

иные направления медицинской деятельности с учетом наименования медицинской организации, профиля и специфики деятельности медицинской организации (в соответствии с номенклатурой медицинских организаций, утвержденной приказом Минздрава России от 06.08.2013 № 529н).

III. Деятельность службы (отдела, уполномоченного лица) по качеству

1. Служба (отдел, уполномоченное лицо) по качеству является самостоятельным структурным подразделением медицинской организации, деятельность которого направлена на повышение качества и безопасности медицинской деятельности.

2. Штатная численность службы (отдела или уполномоченных лиц) по качеству утверждается приказом руководителя медицинской организации и зависит от нормативов штатной численности медицинской организации.

3. Служба (отдел, уполномоченное лицо) по качеству осуществляет свою деятельность во взаимодействии с другими службами и структурными подразделениями медицинской организации, а также в пределах своей компетенции со сторонними организациями.

4. Служба (отдел, уполномоченное лицо) по качеству осуществляет внутренний контроль путем координации работы по управлению качеством на основе применения современных методов и принципов управления качеством в здравоохранении.

5. Основными функциями службы (отдела, уполномоченного лица) по качеству являются:

разработка и актуализация документации медицинской организации для управления качеством и безопасностью медицинской деятельности;

организационно-методическое руководство, координация и контроль деятельности структурных подразделений медицинской организации по вопросам качества и безопасности медицинской деятельности;

совершенствование и внедрение новых методов организации работы на основе современных, в том числе международных, подходов, а также использование специализированных информационных технологий;

прием, разбор и анализ обращений граждан по вопросам качества и безопасности медицинской деятельности с последующей разработкой предложений по устранению нарушений и недостатков;

осуществление в пределах своей компетенции взаимодействия с иными организациями по вопросам качества и безопасности медицинской деятельности (фондами обязательного медицинского страхования, страховыми медицинскими организациями, общественными организациями по защите прав пациентов);

организация и проведение образовательных и научно-методических мероприятий по вопросам улучшения качества и безопасности медицинской деятельности;

организация статистического учета и формирования отчетности о результатах медицинской организации по обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности;

выявление неблагоприятных событий, создающих угрозу жизни и здоровью пациентов и персонала в медицинской организации;

информирование врачей, среднего медицинского персонала и других сотрудников медицинской организации о состоянии качества и безопасности медицинской деятельности и мерах, принимаемых для улучшения;

участие в формировании критериев эффективности деятельности подразделений и сотрудников, в мониторинге их выполнения;

осуществление в пределах своей компетенции иных функций в соответствии с целями и задачами медицинской организации.

6. В части проведения мероприятий по выявлению нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценки своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата, службой (отделом, уполномоченным лицом) по качеству по решению руководителя медицинской организации может проводиться экспертиза качества медицинской помощи.

7. В части проведения проверок медицинской организации служба (отдел, уполномоченное лицо) по качеству осуществляется следующие функции:

подготовка группы собственных и (или) привлеченных специалистов к проведению проверок медицинской организации;

организация и обеспечение проведения проверок медицинской организации;

контроль за соблюдением регламента и сроков проведения проверок медицинской организации;

утверждение у руководителя медицинской организации отчета о проверке медицинской организации и разработанного плана корректирующих мероприятий;

координация и реализация плана корректирующих мероприятий;

разработка, внедрение и актуализация критериев проверки медицинской организации.

8. В части проведения мониторинга показателей качества и безопасности медицинской деятельности служба (отдел, уполномоченное лицо) по качеству осуществляется следующие функции:

разработка, внедрение и актуализация показателей мониторинга качества и безопасности медицинской деятельности;

анализ данных, полученных от руководителей структурных подразделений соответствующего профиля, о состоянии медицинской деятельности для учета и измерения выявленных показателей и закономерностей для принятия управленческих решений в рамках внутреннего контроля;

разработка, утверждение у руководителя медицинской организации и контроль за реализацией плана корректирующих мероприятий на основании анализа мониторинга показателей качества и безопасности медицинской деятельности (при необходимости).

9. Служба (отдел, уполномоченное лицо) по качеству имеет право:

получать поступающие в медицинскую организацию документы и иные информационные материалы по своему профилю деятельности для ознакомления, систематизированного учета и использования в работе;

запрашивать и получать от руководителей медицинской организации и ее структурных подразделений информацию, необходимую для выполнения возложенных на нее задач и функций;

осуществлять в пределах своей компетенции проверку и координацию деятельности структурных подразделений организации по вопросам обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности;

вносить руководству предложения по совершенствованию форм и методов работы медицинской организации в области качества и безопасности медицинской деятельности;

участвовать в подборе и расстановке кадров по своему профилю деятельности;

вносить предложения руководству медицинской организации по повышению квалификации, поощрению и наложению взысканий на работников службы (отдела, уполномоченного лица) по качеству и других структурных подразделений медицинской организации по своему профилю.

IV. Проверка медицинской организации

1. Проверка медицинской организации проводится путем оценки деятельности медицинской организации или ее структурных подразделений группой собственных и (или) привлеченных специалистов для анализа осуществляемой деятельности на соответствие установленным критериям и определения текущего состояния качества и безопасности медицинской деятельности с последующими разработкой и проведением корректирующих мероприятий (при необходимости) для обеспечения рационального использования имеющихся ресурсов, стандартизации процессов медицинской деятельности, безопасности медицинской деятельности, в том числе для пациентов и персонала, а также повышения качества медицинской помощи.

2. Плановые проверки медицинской организации осуществляются в соответствии с ежегодным планом, утвержденным руководителем медицинской организации.

3. Внеплановые проверки медицинской организации осуществляются по решению руководителя медицинской организации.

4. Основаниями для внеплановой проверки медицинской организации или структурного подразделения могут быть следующие события:

отрицательная динамика показателей качества и безопасности медицинской деятельности по результатам мониторинга показателей качества и безопасности медицинской деятельности;

обращения граждан и обоснованные жалобы (в том числе повторные), содержащих достоверную информацию о наличии в медицинской организации рисков, создающих угрозу жизни и здоровью граждан;

неисполнение плана корректирующих мероприятий и (или) недостижение целевых показателей;

решение руководителя медицинской организации.

5. Срок проведения проверки медицинской организации устанавливается руководителем медицинской организации, при этом общий срок проведения проверки не должен превышать двадцать рабочих дней.

6. О проведении плановой проверки медицинской организации сотрудники уведомляются любым доступным способом не позднее, чем за три рабочих дня до начала его проведения.

7. О проведении внеплановой проверки медицинской организации сотрудники уведомляются любым доступным способом не позднее, чем за двадцать четыре часа до начала его проведения.

8. Приказ о проведении проверки медицинской организации утверждается руководителем медицинской организации и включает:

вид проверки (плановая, внеплановая);

основание для проведения проверки;

срок проведения проверки;

структурные подразделения, подлежащие проверке;

используемые источники информации, в том числе перечень документации для оценки и ее количество (истории болезни, амбулаторные карты и иная документация), анкетирование и (или) интервьюирование пациентов и персонала (с указанием категорий и количества), прямое наблюдение за процессами медицинской деятельности (с указанием процессов и их количества, категорий персонала, выполняющих данные процессы);

лицо, ответственное за проведение проверки;

состав группы собственных и (или) привлеченных специалистов, участвующих в проведении проверки;

порядок проведения проверки.

9. В проведении проверки медицинской организации участвуют собственные и (или) привлеченные специалисты, соответствующие следующим требованиям:

наличие высшего образования по специальности;

наличие стажа работы по заявленной области не менее 5 лет.

10. При проведении проверки медицинской организации группа собственных и (или) привлеченных специалистов, используя соответствующие источники информации, оценивает соответствие медицинской организации установленным критериям.

11. Каждое из направлений обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации, оцениваемое в рамках внутреннего контроля, представляет собой таблицу (оценочный лист) и включает в себя следующие разделы:

группа показателей;

показатели;

порядок оценки показателей (отражает методику оценки исполнения (наличия, соответствия) показателей);

отметка о наличии, исполнении, соответствии;

отметка об отсутствии, неисполнении, несоответствии.

12. В ходе проверки медицинской организации отдельно оценивается каждый показатель. Система для оценки показателей — двоичная, определяющая соответствие или несоответствие каждому показателю.

13. Каждое направление медицинской деятельности оценивается отдельно. Несоответствие по одному из показателей внутри группы показателей является основанием для отнесения данной группы показателей к числу несоответствующих.

14. При осуществлении проверки медицинской организации оцениваются показатели следующих направлений деятельности медицинской организации (по применимости):

соблюдение медицинскими организациями и индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность, прав граждан в сфере охраны здоровья (для оценки используется форма проверочных листов (списков контрольных вопросов), используемых Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и ее территориальными органами при проведении плановых проверок при осуществлении государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности (далее – форма проверочных листов), предусмотренная приложением № 1 к приказу Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения от 20.12.2017 № 10450 (далее – приказ № 10450);

соблюдение осуществляющими медицинскую деятельность организациями и индивидуальными предпринимателями порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи (для оценки используется форма проверочных листов, предусмотренная приложением № 2 к приказу № 10450);

соблюдение порядков проведения медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований (для оценки используется форма проверочных листов, предусмотренная приложением № 3 к приказу № 10450);

соблюдение медицинскими работниками, руководителями медицинских организаций, ограничений, применяемых к указанным лицам при осуществлении профессиональной деятельности (для оценки используется форма проверочных листов, предусмотренная приложением № 4 к приказу № 10450);

соблюдение требований к порядку создания и деятельности врачебной комиссии (для оценки используется приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 05.05.2012 № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации»);

соблюдение требований к предоставлению платных медицинских услуг (для оценки используется Правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденные постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 № 1006);

соблюдение требований к оценке качества медицинской помощи (для оценки используются критерии оценки качества медицинской помощи, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.05.2017 № 203н);

соблюдение Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (для оценки используются нормативно-правовые

акты, утверждающие Программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на соответствующий период);

соблюдение Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (для оценки используется приказ Федерального Фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»);

обеспечение безопасности медицинской деятельности по следующим направлениям (по применимости в зависимости от наименования медицинской организации, вида и (или) профиля деятельности):

- 1) управление персоналом (приложение 1);
- 2) идентификация личности пациентов (приложение 2);
- 3) эпидемиологическая безопасность (профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи) (приложение 3);
- 4) лекарственная безопасность (приложение 4);
- 5) контроль качества и безопасности обращения медицинских изделий (приложение 5);
- 6) организация экстренной и неотложной помощи (приложение 6);
- 7) преемственность оказания медицинской помощи (организация перевода пациентов в рамках одной медицинской организации и трансфер в другие медицинские организации (приложение 7);
- 8) хирургическая безопасность, профилактика рисков, связанных с оперативными вмешательствами (приложение 8);
- 9) профилактика рисков, связанных с переливанием донорской крови и ее компонентов, препаратов из донорской крови (приложение 9);
- 10) безопасность среды в медицинской организации, организация ухода за пациентами, профилактика пролежней и падений (приложение 10);
- 11) организация оказания медицинской помощи на основании порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи (приложение 11);
- 12) организация профилактической работы, формирование здорового образа жизни среди населения (приложение 12);
- 13) организация работы регистратуры (приложение 13);
- 14) диспансеризация прикрепленного населения (приложение 14);
- 15) диспансерное наблюдение за хроническими больными (приложение 15);
- 16) стационарзамещающие технологии (организация работы дневного стационара, «стационара на дому») (приложение 16);
- 17) иные направления медицинской деятельности с учетом наименования медицинской организации, профиля и специфики деятельности медицинской организации (в соответствии с номенклатурой медицинских организаций, утвержденной приказом Минздрава России от 06.08.2013 № 529н).

15. По результатам проверки медицинской организации в рамках внутреннего контроля группой собственных и (или) привлеченных специалистов, проводящих проверку, составляется отчет о проведении проверки (приложение 17).

К отчету прилагаются протоколы или заключения по результатам проведенных исследований, экспертиз, анализов, оценок и иные связанные с результатами проверки документы или их копии. Результаты проверки медицинской организации доводятся до сведения сотрудников медицинской организации.

16. В отчете о проведении проверки указываются только выявленные несоответствия и следующие замечания:

1) категория заключений:

несоответствие (Н), невыполнение требований, проведение корректирующих мероприятий является необходимым;

наблюдение (Нб), потенциальное несоответствие или место, где возможны улучшения и рекомендуется проведение предупреждающих действий, согласно доступным ресурсам.

2) категория действия:

корректирующее действие (К), комплекс мероприятий, нацеленных на устранение причины несоответствия и предупреждение повторения неблагоприятного события;

предупреждающее действие (П), комплекс мероприятий, нацеленных на уменьшение вероятности наступления несоответствия, или на улучшение показателей деятельности;

коррекция (Кк), необходимо проведение мероприятий нацеленных на устранение последствий несоответствий (но без воздействия на их причины).

17. По результатам оценки степени (доли) соответствия каждой группы показателей определяется уровень качества и безопасности медицинской организации в соответствии со следующей градацией:

если уровень соответствия составляет 81% и более, то уровень качества и безопасности медицинской деятельности признается безопасным и требует контроля и минимальных улучшений;

если уровень соответствия составляет от 71% до 80%, то уровень качества и безопасности медицинской деятельности признается условно безопасным и требует проведения корректирующих мероприятий по отдельным процессам осуществления медицинской деятельности;

если уровень соответствия составляет от 51% до 70%, то уровень качества и безопасности медицинской деятельности признается небезопасным и требует комплексного подхода и проведения существенных изменений;

если уровень соответствия составляет 50% и менее, то уровень качества и безопасности медицинской деятельности признается критически небезопасным, является предметом разбора на врачебной комиссии и требует принятия специальных неотложных мер по устранению причин, создающих угрозу жизни и здоровью граждан.

18. Степень соответствия каждого направления медицинской деятельности указывается в отчете о проведении проверки и является источником информации для разработки плана корректирующих мероприятий.

V. Мониторинг показателей качества и безопасности медицинской деятельности

1. Мониторинг показателей качества и безопасности медицинской деятельности проводится путем сбора и анализа информации о состоянии медицинской деятельности службой (отделом, уполномоченным лицом) по качеству для учета изменений для принятия управленческих решений в рамках внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

2. Мониторинг показателей качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации проводится в соответствии с показателями, указанными в пункте 7 (по применимости) не реже одного раза в месяц, за исключением следующих показателей, где периодичность мониторинга показателей качества и безопасности медицинской деятельности составляет:

показатель «Управление персоналом» оценивается один раз за один календарный год;

показатель «Диспансерное наблюдение за хроническими больными» оценивается один раз за один календарный год;

показатель «Соблюдение безопасных условий труда» оценивается один раз за один календарный год.

3. Руководитель структурного подразделения осуществляет мониторинг показателей качества и безопасности медицинской деятельности путем сбора и обработки показателей деятельности структурного подразделения, в соответствии с показателями, указанными в пункте 7 (по применимости).

4. Служба (отдел, уполномоченное лицо) по качеству осуществляет регистрацию и учет неблагоприятных событий при оказании медицинской помощи (с учетом специфики медицинской организации) по следующим группам факторов:

временная утрата трудоспособности вследствие оказания медицинской помощи, потребовавшая дополнительного лечения;

временная утрата трудоспособности вследствие оказания медицинской помощи, потребовавшая пребывания в медицинской организации или удлинения пребывания в медицинской организации;

стойкий вред здоровью;

жизнеугрожающие и неотложные состояния, требующие экстренных и реанимационных мероприятий;

смерть пациента.

5. Порядок регистрации и учета неблагоприятных событий (в том числе: сепсис, перитонит, падения пациента, инородные тела в области оперативного вмешательства, пролежни, ошибочное удаление органов, инфекции послеоперационных ран, ошибки при идентификации пациентов, зон доступа при оперативных вмешательствах и диагностических манипуляциях, иные события, связанные с оказанием медицинской помощи) устанавливается руководителем

медицинской организации и подлежит дополнительному контролю в рамках мониторинга показателей качества и безопасности медицинской деятельности.

6. Служба (отдел, уполномоченное лицо) по качеству осуществляет сбор показателей деятельности структурных подразделений для подготовки аналитической справки о результатах мониторинга показателей качества и безопасности медицинской деятельности.

7. В ходе мониторинга показателей качества и безопасности медицинской деятельности проводится анализ следующих показателей:

управление персоналом (приложение 18):

эпидемиологическая безопасность (профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи) (приложение 19);

организация экстренной и неотложной помощи (приложение 20);

преемственность оказания медицинской помощи (организация перевода пациентов в рамках одной медицинской организации и трансфер в другие медицинские организации (приложение 21):

хирургическая безопасность, профилактика рисков, связанных с оперативными вмешательствами (приложение 22);

профилактика рисков, связанных с переливанием донорской крови и ее компонентов, препаратов из донорской крови (приложение 23);

безопасность среды в медицинской организации, организация ухода за пациентами, профилактика пролежней и падений (приложение 24);

диспансеризация прикрепленного населения (приложение 25);

диспансерное наблюдение за хроническими больными (приложение 26);

соблюдение безопасных условий труда (приложение 27).

8. По результатам мониторинга показателей качества и безопасности медицинской деятельности службой (отделом, уполномоченным лицом) по качеству составляется аналитическая справка о результатах мониторинга показателей качества и безопасности медицинской деятельности (приложение 28).

К аналитической справке прилагаются графики, диаграммы, таблицы и иные формы представления данных.

9. Аналитическая справка о результатах мониторинга показателей качества и безопасности медицинской деятельности утверждается руководителем медицинской организации, доводится до сведения сотрудников медицинской организации и является основанием для проведения внеплановой проверки и (или) корректирующих мероприятий.

VI. Порядок организации и проведения внутреннего контроля

1. Внутренний контроль осуществляется службой (отделом, уполномоченным лицом) по качеству, руководителями структурных подразделений, профильными рабочими группами по направлениям деятельности, врачебной комиссией (подкомиссией врачебной комиссии) и руководителем медицинской организации в соответствии с положением об организации и проведении внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, должностными инструкциями и иными документами медицинской организации.

2. Положение об организации и проведении внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности утверждается руководителем медицинской организации и содержит:

направления внутреннего контроля;

источники информации;

организационную структуру внутреннего контроля;

периодичность мероприятий (в том числе проверки и мониторинга);

перечень медицинской документации для организации и проведения внутреннего контроля;

иные положения, по решению руководителя медицинской организации.

3. Руководитель структурного подразделения осуществляет внутренний контроль путем сбора и обработки показателей деятельности подразделения, контроля за правильностью и своевременностью оформления персоналом медицинской документации, оказания консультативно-методической и методологической поддержки персоналу медицинской организации в части обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности, рассмотрения обращений граждан в пределах своих полномочий совместно со службой (отделом, уполномоченным лицом) по качеству.

4. Профильные рабочие группы по направлениям деятельности формируются из состава наиболее специалистов, имеющих большой стаж работы и более высокую квалификацию, по соответствующему направлению деятельности. Состав профильных рабочих групп утверждается приказом руководителя медицинской организации. Профильные рабочие группы по направлениям деятельности осуществляют внутренний контроль путем анализа показателей деятельности по соответствующему направлению, разработки предложений по улучшению деятельности, в том числе разработки и реализации плана корректирующих мероприятий для устранения несоответствия обязательным требованиям, установленным законодательством, проведения регулярных образовательных мероприятий для персонала, разработки регламентов, документированных процедур, алгоритмов и иное.

5. Врачебная комиссия (подкомиссия врачебной комиссии) по решению руководителя медицинской организации в соответствии с утвержденным в медицинской организации планом-графиком заседаний врачебной комиссии (подкомиссии врачебной комиссии) осуществляет внутренний контроль посредством проведения следующих мероприятий:

рассмотрение отчетов о проведении проверок медицинской организации;

рассмотрение сводных отчетов о результатах проведения внутреннего контроля в медицинской организации;

рассмотрение плана мероприятий по совершенствованию качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации на предстоящий период.

6. При осуществлении внутреннего контроля могут привлекаться научные и иные организации, ученые и специалисты.

7. Сводный отчет о результатах проведения внутреннего контроля в медицинской организации составляется не реже одного раза за один календарный

год, утверждается руководителем медицинской организации и является предметом обсуждения среди сотрудников.

8. На основании отчета о проведении проверки медицинской организации (раздел 6) и аналитической справки о результатах мониторинга показателей качества и безопасности медицинской деятельности (раздел 7) для подготовки сводного отчета проводятся следующие мероприятия:

профильными рабочими группами по направлениям деятельности разрабатываются предложения по корректирующим мероприятиям для устранения выявленных несоответствий, которые направляются в службу (отдел, уполномоченное лицо) по качеству медицинской организации.

служба (отдел, уполномоченное лицо) по качеству формирует план корректирующих мероприятий медицинской организации с указанием ответственных лиц, сроков исполнения и ожидаемых результатов.

руководитель медицинской организации приказом утверждает план корректирующих мероприятий с указанием ответственных лиц и сроков исполнения.

9. Корректирующими мероприятиями в рамках внутреннего контроля являются:

разработка, анализ и реализация программ развития медицинской организации, ее отдельных структурных подразделений по направлениям деятельности, связанных с улучшением показателей качества и безопасности медицинской деятельности;

проведение образовательных мероприятий, клинических разборов, патологоанатомических конференций, направление медицинских работников на циклы и курсы повышения квалификации (в том числе внеплановые), научно-практические конференции, обеспечение медицинских работников специализированными медицинскими изданиями, включая Интернет-ресурсы;

разработка необходимой документации, в том числе приказов, распоряжений руководителя медицинской организации, инструкций, стандартных операционных процедур, алгоритмов и иных;

использование мер административного воздействия на сотрудников, допускающих нарушения обязательных требований действующего законодательства, создающих угрозу жизни и здоровью граждан;

дополнительное стимулирование и поощрение сотрудников, показавших высокие результаты в ходе реализации мероприятий по улучшению показателей качества и безопасности медицинской деятельности в соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации;

разработка и реализация комплекса иных мер для реализации плана корректирующих мероприятий на усмотрение руководителя медицинской организации.

Приложение 1
к Требованиям
к организации и проведению
внутреннего контроля
качества и безопасности
медицинской деятельности, утвержденному
Министерством здравоохранения
Российской Федерации
от _____ 2018 г. № _____

Рекомендуемый образец

Оценочный лист по направлению «Управление персоналом»
для проведения проверки медицинской организации

Дата проверки:	
Основание проверки:	
Руководитель группы:	
Ответственный специалист группы:	

№	Группы показателей	Показатели	№	Порядок оценки показателей	Да	Нет	Комментарии
1.1	Система управления персоналом	Наличие приказов главного врача по вопросам управления персоналом		Проверить наличие приказов главного врача по вопросам:			
			1.1.1	Организация системы обучения персонала			
			1.1.2	Организация системы обучения руководителей структурных подразделений, заместителей руководителей			
			1.1.3	План по формированию и развитию кадрового потенциала медицинской организации/кадрового резерва руководителей подразделений			
			1.1.4	Социально-психологическое управление персоналом, включая программы адаптации новых			

				сотрудников, молодых специалистов, мотивации и т.д.			
			1.1.5	Организация системы оценки персонала			
		Регулярный аудит управления персоналом	1.1.6	Проверить наличие отчетов о результатах проверок/регулярность проведения (не реже 1 раза в полгода)			
			1.1.7	Проверить наличие планов по устранению недостатков с указанием ответственных и сроков			
1.2*	Соответствие укомплектованности рекомендованным штатным нормативам	Соответствие штатов рекомендованным штатным нормативам по подразделениям: укомплектованность по подразделениям по категориям работников коэффициент замещения (внештатных и штатных сотрудников)		Сотрудникам отдела кадров подготовить в табличном варианте сведения в соответствии с запрашиваемыми характеристиками, оценить соответствие штатов рекомендованным в зависимости от профиля медицинской организации			
1.3*	Уровень квалификации сотрудников, возрастной состав	Возрастной состав сотрудников, доля сотрудников предпенсионного и пенсионного возраста		Оценить возрастной состав сотрудников, определив доли сотрудников предпенсионного и пенсионного возраста, молодых сотрудников (до 3-х лет стажа)			
		Квалификация сотрудников		Оценить квалификацию сотрудников (распределение по квалификационным категориям), отдельно по подразделениям, врачебному и сестринскому персоналу			
		Наличие сотрудников, имеющих научную степень, участвующих в научных исследованиях, преподающих в учебных заведениях		Сотрудники, имеющие научную степень, участвующие в научных исследованиях, преподающие в учебных заведениях (средних специальных и высших)			
1.4	Формирование и развитие кадрового потенциала	Наличие плана развития кадрового потенциала	1.4.1	Оценить план развития кадрового потенциала, учитывающий перспективы развития медицинской организации, основанный на описании функций и задач медицинской организации, должностей			

				(врачей, сестер, руководителей, др.), рассчитанный на год и 3 года			
		Наличие плана по подготовке кадрового резерва руководителей	1.4.2	Оценить план по подготовке кадрового резерва			
		Наличие системы ротации кадров (взаимозаменяемости), дублеров руководителей	1.4.3	Оценить систему ротации кадров, взаимозаменяемости, наличие дублеров руководителей медицинской организации и подразделений			
			1.4.4	Опросить не менее 5 сотрудников различных категорий на предмет информированности о наличии плана развития кадрового потенциала, об их личном участии			
1.5	Использование административных методов управления персоналом	Повышение ответственности персонала, включая внесение изменений и дополнений в должностные инструкции	1.5.1	Проверить не менее 5 должностных инструкций различных категорий медицинских работников, включая руководителей различного уровня, с детализацией ответственности в соответствии с профилем подразделения			
		Формирование графика работы, дежурных бригад с учетом компетенции и совместимости медработников	1.5.2	Оценить рациональность составления графиков работы (например, отсутствие дежурств «сутки-через сутки», разбивка суточных дежурств на 2 или 3 периода), отпусков сотрудников медицинской организации			
			1.5.3	Опросить не менее 5 сотрудников из разных подразделений на предмет учета совместимости медработников при составлении рабочих графиков, рациональности			
		Улучшение условий труда, эргономичность рабочих мест	1.5.4	Оценить условия труда персонала, включая эргономичность рабочих мест в разных подразделениях			
1.6	Использование социально-психологических методов управления персоналом	Наличие системы поиска и подбора персонала	1.6.1	Оценить систему поиска и подбора персонала, опросить не менее двух ответственных сотрудников кадровой службы			
		Наличие программы по снижению текучести кадров	1.6.2	Оценить программу по снижению текучести кадров, включая программу по адаптации новых сотрудников, опросить не менее 2-х ответственных сотрудников и 5 начавших работать в медицинской			

				организации в течение последнего года (последних лет) об участии в подобных программах			
		Наличие системы социальной поддержки	1.6.3	Оценить систему социальной поддержки в медицинской организации, опросить не менее 2-х ответственных сотрудников и 5-и сотрудников из различных подразделений (например, помощь в устройстве детей в дошкольные учреждения, организация летнего отдыха детей сотрудников бесплатно или со скидкой и т.д.)			
		Наличие системы мотивации персонала	1.6.4	Оценить систему мотивации (материальной и нематериальной) персонала, опросить не менее 2-х ответственных сотрудников и 5-и сотрудников из различных подразделений, привести примеры			
		Наличие программы по улучшению социально-бытовых условий персонала	1.6.5	Оценить социально-бытовые условия персонала, посетить места для отдыха, принятия пищи и т.п. в разных подразделениях медицинской организации			
		Регулярная оценка мнения персонала, информирование о результатах анализа	1.6.6	Проверить регулярность «обратной связи»: проведения анкетирования сотрудников, анализа результатов опросов, систему информирования персонала, опросить не менее 5-и сотрудников из разных подразделений на предмет подтверждения наличия системы			
1.7	Система непрерывного обучения и развития персонала	Наличие системы непрерывного профессионального образования, включая:		Оценить систему непрерывного профессионального образования, в т.ч.:			
		Наличие программы наставничества	1.7.1	Оценить программу наставничества, проверить наличие плана, ответственных, опросить не менее 5-и сотрудников на предмет участия в подобной программе			
		Наличие симуляционного центра в медицинской организации	1.7.2	Посетить симуляционный центр, оценить оснащение симуляторами в соответствии с заявленными задачами и профилем медицинской организации, проверить наличие и исполнение плана тренингов, журналы обучения с результатами тестирования			
			1.7.3	По возможности посетить тренинг, оценить качество преподавания (соответствие программе,			

			интерактивность и т.д.)			
	При отсутствии собственного симуляционного центра наличие договора со сторонним образовательным центром об обучении персонала	1.7.4	Проверить наличие договора медицинской организации с другим симуляционным центром, наличие и исполнение плана проведения тренингов			
	Наличие программы обучения на рабочем месте в других медицинских организациях	1.7.5	Наличие программы обучения сотрудников на рабочем месте в других медицинских организациях, участие в циклах повышения квалификации и переподготовки, наличие и исполнение плана обучения сотрудников на текущий период, опросить не менее 5-и сотрудников на предмет участия в подобных программах и соблюдения плана.			
	Участие сотрудников в научно-практических конференциях, семинарах, подготовке обзоров, статей, проведении научных исследований	1.7.6	Оценить участие сотрудников в научно-практических мероприятиях, включая участие в качестве докладчиков, организаторов за последний год. Проверить наличие списка опубликованных статей в специализированных журналах, включая международные. Оценить участие медицинской организации в научных исследованиях (наличие программы научной деятельности)			
	Регулярное проведение обучения персонала/темы:	1.7.7	Проверить наличие плана проведения, программ тренингов по темам (примерный базовый набор): Навыки деловой коммуникации Навыки консультирования Профилактика конфликтов Профилактика профессионального выгорания Другие (записать темы тренингов) Проверить журналы обучения (охват персонала 100%)			
		1.7.8	Оценить качество проведения тренингов, опросить не менее 10 сотрудников, прошедших обучение, и попросить оценить программу обучения вообще и			

				каждый тренинг по отдельности по 10-ти бальной шкале			
1.8	Система оценки персонала	Регулярное проведение оценки персонала медицинской организации		Оценить систему оценки персонала, проверить наличие ответственных, планов, отчетов, анализа, информирования персонала			
			1.8.1	Оценка руководителем/рабочей группой/комиссией/коллегами			
			1.8.2	Оценка экспертами			
			1.8.3	Самооценка			
			1.8.4	Тематическое тестирование (по подразделениям)			

* группы показателей 1.2.и 1.3 не влияют на конечную оценку, но имеют важное значение для анализа и разработки рекомендаций для медицинской организации.

Приложение 2
к Требованиям
к организации и проведению
внутреннего контроля
качества и безопасности
медицинской деятельности, утвержденному
Министерством здравоохранения
Российской Федерации
от _____ 2018 г. № _____

Рекомендуемый образец

Оценочный лист по направлению «Идентификация личности пациентов»
для проведения проверки медицинской организации

Дата проверки:	
Основание проверки:	
Руководитель группы:	
Ответственный специалист группы:	

№	Группы показателей	Показатели	№	Порядок оценки показателей	Да	Нет	Комментарии
2.1	Организация системы идентификации личности пациента на всех этапах оказания медицинской помощи	Наличие приказов по вопросам идентификации пациентов		Проверить наличие приказов главного врача по вопросам идентификации личности пациента, включая следующие этапы оказания медицинской помощи:			
			2.1.1	Обращение в медицинскую организацию, госпитализация, регистрация, ведение медицинской документации			
			2.1.2	Оказание медицинской помощи: диагностика, лечение			
			2.1.3	Перевод в другие отделения в пределах медицинской организации			
		2.1.4	Выписка, перевод в другую медицинскую организацию				
		Регулярный аудит системы идентификации личности пациента	2.1.5	Проверить наличие отчетов о результатах проверок/регулярность, планов по устранению недостатков /ответственные/сроки			
			2.1.6	Оценить регулярность информирования персонала по результатам проверок – опросить не менее 5-и сотрудников из различных подразделений медицинской организации по результатам аудитов			
Система обучения персонала по вопросам идентификации пациентов	2.1.7	Оценить систему обучения персонала по вопросам идентификации личности, проверить наличие планов обучения, журналов обучения (охват персонала 100%), регулярность проведения тренингов					
2.2	Система идентификации личности при поступлении пациента, находящегося в бессознательном состоянии	Наличие алгоритма идентификации личности пациента, находящегося в бессознательном состоянии с документами и сопровождающими	2.2.1	Проверить наличие алгоритма в приемном отделении			
			2.2.2	Оценить знания алгоритма, опросить не менее 2-х сотрудников приемного отделения			
		Наличие алгоритма идентификации личности пациента, находящегося в бессознательном состоянии без документов и сопровождающих, включая порядок обращения в органы	2.2.3	Проверить наличие алгоритма в приемном отделении			
			2.2.4	Оценить знания алгоритма, опросить не менее 2-х сотрудников приемного отделения			

		внутренних дел					
2.3	Система идентификации личности в процессе оказания медицинской помощи	Исполнение алгоритмов идентификации пациентов на всех этапах оказания медицинской помощи	Исполнение алгоритмов идентификации пациентов на всех этапах оказания медицинской помощи, в т.ч.:				
			2.3.1	Оценить исполнение алгоритма идентификации личности пациента при обращении в медицинскую организацию, проверить не менее 5 случаев поступления пациентов и оценить полноту, точность и аккуратность заполнения медицинской документации			
			2.3.2	Оценить методом наблюдения соблюдение алгоритма идентификации личности не менее 5 случаев обращения пациентов в медицинскую организацию			
			2.3.3	Оценить исполнение алгоритма идентификации личности пациента при оказании медицинской помощи методом наблюдения не менее 10 случаев в различных подразделениях медицинской организации, включая: выдачу лекарственных средств, проведение манипуляций и т.д.			
			2.3.4	Оценить исполнение алгоритма идентификации личности пациента в процессе лабораторной и инструментальной диагностики, проверить по 5 случаев направления и получения результатов, оценить полноту и аккуратность заполнения направлений и бланков с результатами			
2.4	Идентификация личности пациентов при помощи браслетов	Наличие браслетов у пациентов Наличие и исправность считывающего оборудования Регулярное техобслуживание оборудования	2.4.1	Проверить наличие браслетов (указать какого типа браслеты используются) у пациентов в разных подразделениях медицинской организации, не менее 10 пациентов			
			2.4.2	При использовании браслетов со штрих-кодом или чипом проверить наличие и исправность считывающего оборудования во всех подразделениях медицинской организации			
			2.4.3	Оценить систему контроля технического состояния оборудования, проверить наличие договоров с компаниями, осуществляющими техническое обслуживание оборудования, журналов проведения			

				проверок, регулярность			
2.5	Идентификация личности пациентов и обеспечение перевода при поступлении пациентов, не владеющих русским языком	Организация перевода при поступлении пациентов, не владеющих русским языком	2.5.1	Проверить наличие списков сотрудников (включая контактные данные), владеющих другими языками и имеющими возможность выступить в качестве переводчиков			
			2.5.2	Проверить наличие списков и контактных данных переводчиков из местных национальных диаспор, наличие договоров об оказании услуг Проверить наличие списков и контактных данных переводчиков-волонтеров, сотрудничающих с медицинской организацией			
			2.5.3	Оценить исполнение алгоритма, опросить при помощи переводчиков не менее 2-х пациентов (если возможно), не владеющих русским языком, на предмет наличия перевода при поступлении, общении с медицинскими работниками			
			2.5.4	Проверить наличие информационных материалов для пациентов и сопровождающих, переведенных на наиболее распространенные национальные языки			

Приложение 3
к Требованиям
к организации и проведению
внутреннего контроля
качества и безопасности
медицинской деятельности, утвержденному
Министерством здравоохранения
Российской Федерации
от _____ 2018 г. № _____

Рекомендуемый образец

Оценочный лист по направлению «Эпидемиологическая безопасность (профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи)» для проведения проверки медицинской организации

Дата проверки:	
Основание проверки:	
Руководитель группы:	
Ответственный специалист группы:	

№	Группы показателей	Показатели	№	Порядок оценки показателей	Да	Нет	Комментарии
3.1	Организация системы обеспечения эпидемиологической безопасности	Наличие приказов главного врача по вопросам эпидемиологической безопасности	Проверить наличие приказов главного врача по вопросам эпидемиологической безопасности (профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи)				
			3.1.1	Программа обеспечения эпидемиологической безопасности в медицинской организации			

		(профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи)	3.1.2	Деятельность комиссии по эпидемиологической безопасности (профилактике инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи), включая поименный состав, наличие врача-эпидемиолога, помощника эпидемиолога, ответственного			
			3.1.3	Деятельность рабочих групп по разработке стандартных операционных процедур инвазивных процедур			
			3.1.4	Система выявления, учета и регистрации инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи			
			3.1.5	Микробиологический мониторинг			
			3.1.6	Использование антибиотиков в медицинской организации. Антибиотикопрофилактика и антибиотикотерапия			
			3.1.7	Дезинфекция и стерилизация			
			3.1.8	Гигиена рук			
			3.1.9	Профилактика инфицирования возбудителями гемоконтактных инфекций			
			3.1.10	Изоляция пациентов			
			3.1.11	Документы по обеспечению противоэпидемических мер при отдельных эпидемических ситуациях (возникновение случая кишечных инфекций, инфекций дыхательных путей, особо опасных инфекций, инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, др.)			
3.2	Система активного выявления, учета и регистрации, анализа инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи среди пациентов и персонала	Наличие перечня стандартных определений случаев инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи для целей эпидемиологического надзора	3.2.1	Проверить наличие утвержденного комиссией по эпидемиологической безопасности перечня стандартных определений случаев инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, используемых в медицинской организации для целей эпидемиологического надзора			
			3.2.2	Оценить знания персонала, опросить не менее 5 сотрудников из разных подразделений медицинской организации на предмет знания основных стандартных определений случаев			

		Наличие журналов регистрации случаев инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи	3.2.3	Проверить наличие журналов регистрации инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, аккуратность заполнения			
		Проведение регулярных совещаний комиссии медицинской организации по вопросам выявления инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, разработка планов по устранению дефектов / ответственные/ сроки, информирование персонала	3.2.4	Проверить регулярность проведения совещаний комиссии по эпидемиологической безопасности по вопросам инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи Оценить разрабатываемые планы по устранению дефектов с наличием ответственных и сроков исполнение			
			3.2.5	Опросить не менее 5 сотрудников из разных подразделений на предмет знаний основных показателей эпидемиологической безопасности в медицинской организации, включая частоту инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи			
		Сбор и анализ стратифицированных показателей заболеваемости инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи Порядок анализа заболеваемости инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи на основе анализа показателей	3.2.6	Оценить порядок анализа заболеваемости инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи, в медицинской организации, проверить регулярность сбора и анализа стратифицированных показателей заболеваемости инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи в медицинской организации			

		Полнота выявления случаев инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи	3.2.7	Проверить не менее 20 историй болезни пациентов, находящихся на лечении в отделениях высокого риска возникновения инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (хирургические, анестезиологические и реанимационные отделения, палаты интенсивной терапии и т.д.), а также 10 историй болезни, пациентов, выписанных из медицинской организации за последний месяц (месяцы)				
		Порядок проведения эпидемиологического обследования очага инфекции	3.2.8	Проверить наличие карты эпидемиологического обследования очага инфекции в медицинской организации				
			3.2.9	Оценить знания персонала порядка проведения эпидемиологического обследования очага инфекции, опросить не менее 2 ответственных сотрудников на предмет знания порядка				
3.3	Система проведения микробиологических исследований (включая случаи подозрения на инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи)	Наличие микробиологической лаборатории в медицинской организации	3.3.1	Проверить наличие микробиологической лаборатории в медицинской организации				
		Наличие договора со сторонней микробиологической лабораторией, при отсутствии собственной	3.3.2	При отсутствии собственной микробиологической лаборатории проверить наличие договора со сторонними организациями				
		Доступность микробиологических исследований 24/7/365	Оценить доступность микробиологических исследований 24/7/365, включая:					
			3.3.3	Проверить наличие исправного стационарного термостата				
			3.3.4	Проверить наличие исправных переносных термостатов				
		3.3.5	Проверить наличие расходных материалов для забора материала в расчетных количествах					
Наличие алгоритмов медицинской	3.3.6	Проверить наличие алгоритмов в подразделениях медицинской организации						

		организации, описывающих показания и процедуру забора материала для микробиологического исследования	3.3.7	Оценить знания алгоритмов персоналом, опросить не менее 5 сотрудников в различных подразделениях медицинской организации			
		Забор материала в соответствии с алгоритмами	3.3.8	Оценить выполнение алгоритма проведения микробиологического обследования, проверить не менее 10 историй болезни пациентов, которым было показано проведение микробиологического исследования в соответствии с алгоритмами медицинской организации			
		Своевременное получение результатов исследований	3.3.9	Оценить порядок получения результатов исследований, в том числе сроки (норматив – 72-96 часов, в зависимости от вида возбудителя и исследуемого материала), проверить не менее 10 историй болезни пациентов со сменой антибиотиков			
3.4	Система микробиологического мониторинга	Проведение микробиологического мониторинг, включая: <ul style="list-style-type: none"> Мониторинг устойчивости к антимикробным препаратам (антибиотикам, дезинфектантам, антисептикам и др.) Мониторинг циркулирующих в медицинской организации штаммов микроорганизмов 		Оценить систему микробиологического мониторинга, включая:			
			3.4.1	Мониторинг устойчивости к антимикробным препаратам: проверить наличие возможности/ответственные/ /программа/результаты			
			3.4.2	Мониторинг циркулирующих в медицинской организации штаммов микроорганизмов: проверить наличие возможности/ответственные/результаты/план действий			
			3.4.3	Наличие направленного мониторинга эпидемически значимых микроорганизмов (метициллинрезистентные Staphylococcus aureus (MRSA), полирезистентные P.aureginosa, мультирезистентные Acinetobacter baumannii (MRAB) Ванкомицин-резистентный Enterococcus (VRE) и др.)			

		Наличие программного обеспечения микробиологического мониторинга и ведение базы данных (результатов)	3.4.4	Проверить наличие программного обеспечения микробиологического мониторинга и ведение базы данных (результатов)			
		Наличие внутривидового типирования микроорганизмов	3.4.5	Проверить наличие проведения внутривидового типирования микроорганизмов по фило- и генотипическим характеристикам			
3.5	Организация системы стерилизации МИ в МО	Наличие централизованного стерилизационного отделения, в соответствии с п. 10.20 СанПиН 2.1.3.2630-10	3.5.1	Проверить наличие центрального стерилизационного отделения и соответствие СанПиН 2.1.3.2630-10 (включая наличие трех зон: грязной, чистой и стерильной)			
		Наличие паровых форвакуумных стерилизаторов	3.5.2	Проверить наличие паровых форвакуумных стерилизаторов			
		Наличие техники для стерилизации эндоскопического оборудования и ее организация в соответствии с СанПиНом П 3.1.3263-15	3.5.3	Проверить наличие техники для стерилизации эндоскопического оборудования Проверить организацию обработки эндоскопического оборудования в соответствии с СанПиНом П 3.1.3263-15 (если применимо)			
		Наличие порядка обеспечения организации стерильными материалами в случае отсутствия центрального стерилизационного отделения	3.5.4	Проверить порядок обеспечения организации стерильными материалами в случае отсутствия центрального стерилизационного отделения			
		Контроль качества стерилизации	3.5.5	Оценить наличие контроля качества стерилизации и его результаты в соответствии нормативными документами			

		Упаковка, хранение и использование стерильных материалов	3.5.6	Проверить соответствие упаковки, условий и сроков хранения, соблюдение асептики при работе со стерильными материалами, наличие индивидуальных стерильных упаковок.				
		Регулярный аудит стерилизации медицинских изделий	3.5.7	Оценить порядок контроля стерилизации медицинских изделий: Наличие отчетов о результатах аудитов/регулярность Наличие планов по устранению дефектов /ответственные/сроки				
3.6	Система обеспечения эпидемиологической безопасности среды	Наличие и исправность специального оборудования, включая <ul style="list-style-type: none"> • Моечно-дезинфекционные машины • Судно-моечные машины • Дезинфекционные камеры 	3.6.1	Проверить наличие и соответствие расчетным потребностям моечно-дезинфекционных машин/исправность				
			3.6.2	Проверить наличие и соответствие расчетным потребностям судно-моечных машин/исправность				
			3.6.3	Проверить наличие и соответствие расчетным потребностям дезинфекционных камер/исправность				
			Проведение камерной дезинфекции постельных принадлежностей	3.6.4	Проверить журнал камерной дезинфекции постельных принадлежностей, сравнить количества выписанных пациентов и комплектов постельных принадлежностей, подвергнутых камерной дезинфекции за определенный срок (последнюю полную неделю)			
			Регулярный аудит дезинфекционных мероприятий	3.6.5	Оценить контроль дезинфекции Наличие отчетов о результатах аудитов/регулярность Наличие планов по устранению дефектов /ответственные/сроки			
			Наличие алгоритма выбора дезинфицирующих средств и тактики дезинфекции (или системы дезинфекции)	3.6.6	Проверить наличие алгоритма выбора, проверить обоснованность выбора дезинфицирующих средств и тактики (системы) дезинфекции			

		Наличие системы расчета потребности медицинской организации в дезинфицирующих и антисептических средствах	3.6.7	Проверить наличие и использование системы расчета потребности медицинской организации в дезинфицирующих и антисептических средствах, опросить не менее 2 ответственных сотрудников					
		Наличие дезинфицирующих и антисептических средств в соответствии с расчетными показателями	3.6.8	Проверить наличие дезинфицирующих и антисептических средств в соответствии с расчетными показателями во всех подразделениях медицинской организации					
		Наличие оборудования для дезинфекции в соответствии с нормативными документами	3.6.9	Проверить наличие и соответствие количества оборудования для дезинфекции					
		Наличие системы клининга	3.6.10	Проверить наличие системы клининга (работающих на принципах аут- и инсорсинга), включая наличие стандартных операционных процедур уборки помещений различных видов					
			3.6.11	Оценить качество уборки помещений методом наблюдения во всех подразделениях МО в соответствии со стандартными операционными процедурами					
		Наличие системы обращения с отходами в соответствии с нормативными документами	3.6.12	Проверить наличие системы обращения с отходами и соответствие нормативным документам					
3.7	Обеспечение эпидемиологической безопасности медицинских технологий (при инвазивных вмешательствах)	Наличие и регулярное обновление стандартных операционных процедур (инвазивных процедур)	Проверить наличие стандартных операционных процедур:						
			3.7.1	Катетеризация периферических сосудов					
			3.7.2	Катетеризация центральных сосудов					
			3.7.3	Катетеризация мочевого пузыря					
			3.7.4	Искусственная вентиляция легких					
			3.7.5	Бесконтактные перевязки					
			3.7.6	Внутримышечные и внутривенные инъекции					
			3.7.7	Инфузии и гемотранфузии					

			3.7.8	Оценить соответствие стандартных операционных процедур федеральным клиническим рекомендациям/ протоколам/ стандартам, регулярность обновления			
	Наличие и исполнение алгоритма профилактики инфекции при катетеризации сосудов		3.7.9	Оценить знания (опросить не менее 10 ответственных сотрудников в разных подразделениях медицинской организации) алгоритма профилактики инфекции при катетеризации сосудов в соответствии с федеральными клиническими рекомендациями, включая этапы: <ul style="list-style-type: none"> • Постановка катетера • Уход за катетером • Уход за повязкой • Смена и удаление катетера • Антибиотикопрофилактика 			
			3.7.10	Оценить навыки персонала методом наблюдения 5 (при возможности) случаев катетеризации сосудов в разных подразделениях			
	Наличие и исполнение алгоритма профилактики инфекции при катетеризации мочевого пузыря		3.7.11	Оценить знания (опросить не менее 10 ответственных сотрудников в разных подразделениях медицинской организации) алгоритма профилактики инфекции при катетеризации мочевого пузыря, включая этапы: <ul style="list-style-type: none"> • Постановка катетера • Использование закрытой дренажной системы (или прерывистой катетеризации) • Уход за катетером • Смена и удаление 			
			3.7.12	Оценить навыки персонала методом наблюдения 5 (при возможности) случаев катетеризации мочевого пузыря			

	Наличие и исполнение алгоритма профилактики инфекции при оперативных вмешательствах	3.7.13	Оценить знания (опросить не менее 10 ответственных сотрудников в разных подразделениях медицинской организации) алгоритма профилактики инфекции при оперативных вмешательствах, включая этапы: <ul style="list-style-type: none"> • Подготовка операционного поля • Обработка операционного поля • Обработка рук персонала • Ограничение передвижений персонала в операционных • Снижение длительности операций 			
		3.7.14	Оценить навыки персонала методом наблюдения 5 (при возможности) случаев оперативных вмешательств			
	Наличие и исполнение эпидемиологически безопасного алгоритма ухода за послеоперационной раной	3.7.15	Оценить знания (опросить не менее 5 ответственных сотрудников в разных подразделениях медицинской организации) алгоритмов ухода за послеоперационной раной, методики бесконтактных перевязок			
		3.7.16	Оценить навыки персонала методом наблюдения 5 (при возможности) перевязок			
	Наличие и исполнение эпидемиологически безопасного алгоритма профилактики инфекции при искусственной вентиляции легких	3.7.17	Оценить знания (опросить не менее 5 ответственных сотрудников в разных подразделениях медицинской организации) алгоритма профилактики инфекции при искусственной вентиляции легких, включая этапы: <ul style="list-style-type: none"> • Показания к интубации/экстубации • Положение пациента • Аспирация содержимого ротоглотки/санация трахеобронхиального дерева • Уход за аппретурой/расходные материалы 			
		3.7.18	Оценить навыки персонала методом наблюдения 5 (при возможности) случаев искусственной вентиляции легких			

3.8	Сокращение длительности пребывания в стационаре	Амбулаторное обследование для плановой госпитализации в соответствии с клиническими рекомендациями	3.8.1	Проверить не менее 10 историй болезни пациентов, поступивших в плановом порядке на предмет отсутствия дополнительных (или дублирования) исследований при плановой госпитализации			
		Наличие гостиницы или пансионата для размещения пациентов, не требующих госпитализации	3.8.2	Проверить наличие гостиницы или пансионата			
		Госпитализация пациентов для проведения плановых операций/вмешательств за сутки или в день операции	3.8.3	Проверить не менее 10 историй болезни пациентов с плановыми оперативными вмешательствами При наличии нескольких хирургических отделений - по 10 историй болезни в каждом			
		Осуществление ранней выписки/перевода на амбулаторное лечение (в соответствии с алгоритмами медицинской организации)	3.8.4	Оценить сроки выписки из стационара, проверить не менее 10 историй болезни и их соответствие минимальной длительности пребывания в соответствии с алгоритмами медицинской организации/стандартами			
3.9	Порядок оказания помощи пациентам, требующим изоляции (с инфекциями, передающимися воздушно-капельным путем, опасными инфекциями)	Наличие изоляторов (с отрицательным давлением внутри палаты), п. 3.12 СанПиН 2.1.3.2630-10)	3.9.1	Наличие изолятора/ов в соответствии с п. 3.12 СанПиН 2.1.3.2630-10, проверить исправность оборудования для поддержания отрицательного давления внутри палаты			
		Наличие боксов/боксированных палат	3.9.2	Наличие боксированных палат в соответствии с профилем отделения			
		Наличие алгоритма изоляции пациента при отсутствии изолятора	3.9.3	Наличие алгоритма изоляции пациентов в случае отсутствия или нехватки изоляторов, оценить знания алгоритма, опросить не менее 2 ответственных сотрудников			
		Наличие индивидуальных средств защиты в достаточном количестве	3.9.4	Проверить наличие индивидуальных средств защиты в достаточном (расчетном) количестве во всех подразделениях медицинской организации			

		Наличие алгоритмов и правильное использование персоналом индивидуальных средств защиты при уходе за пациентами, требующими изоляции	3.9.5	Проверить наличие алгоритмов использования индивидуальных средств защиты при уходе за пациентами, требующими изоляции Опросить не менее 5 ответственных сотрудников по правилам использования средств индивидуальной защиты Оценить исполнение алгоритмов методом прямого наблюдения (при возможности)				
		Регулярный аудит системы оказания помощи пациентам, требующим изоляции	3.9.6	Оценить систему контроля системы оказания помощи пациентам, требующим изоляции: Наличие отчетов о результатах аудитов/регулярность Наличие планов по устранению дефектов /ответственные/сроки				
3.10	Наличие полностью оборудованных мест для мытья и обработки рук	Наличие полностью оборудованных мест для мытья рук: <ul style="list-style-type: none"> • Отдельная раковина • Кран с локтевым смесителем • Горячая вода • Схема мытья рук • Жидкое мыло • Антисептик • Одноразовые полотенца • Ведро с крышкой с ножным механизмом открывания 	Проверить наличие стандартно оборудованных мест для мытья рук во всех подразделениях медицинской организации, местах общего пользования и т.д. Включая:					
			3.10.1	В операционном блоке				
			3.10.2	В отделениях интенсивной терапии (анестезиологическом и реанимационном отделениях, отделении реанимации и интенсивной терапии, палате интенсивной терапии и т.д.)				
			3.10.3	Клинических отделениях/палатах для пациентов				
			3.10.4	Туалетах для персонала				
			3.10.5	Туалетах для пациентов				
			3.10.6	Лаборатории				
		Наличие дополнительных дозаторов с антисептиком:		Проверить наличие дополнительных дозаторов с антисептиком во всех подразделениях медицинской организации:				
		3.10.7	В коридорах, в шлюзах					
		3.10.8	При входах в отделения, в лифты					
3.10.9	При входах в палаты							
3.10.10	У кроватей в реанимационных отделениях, палатах интенсивной терапии, послеоперационных палатах							

		Порядок контроля исправности оборудования для мытья рук, наличия расходных материалов и их соответствия расчетному количеству	3.10.11	Оценить порядок контроля исправности оборудования для мытья рук, наличия расходных материалов и их соответствия расчетному количеству, опросить ответственных во всех подразделениях			
3.11	Соблюдение правил гигиены рук персоналом, пациентами и посетителями/ухаживающими.	Регулярный контроль качества гигиены рук (плановые и внеплановые проверки)	3.11.1	Проверить наличие журналов с результатами плановых и внеплановых проверок, оценить регулярность, объем проводимых проверок			
		Соблюдение персоналом правил гигиены рук во всех случаях: 1. Перед контактом с пациентов 2. Перед процедурой 3. После процедуры 4. После контакта с пациентом 5. После контакта с предметами окружающей среды	3.11.2	Оценить методом наблюдения соблюдение персоналом правил гигиены рук (не менее 10 случаев в разных подразделениях медицинской организации)			
		Исполнение алгоритма мытья и обработки рук в соответствии со стандартами и федеральными клиническими рекомендациями	3.11.3	Оценить методом наблюдения соблюдение алгоритма обработки рук (не менее 10 случаев в разных подразделениях медицинской организации),			
		Предметы украшений на руках у персонала (браслеты, кольца, перстни), накладные ногти, повреждения кожных покровов и т.д.	3.11.4	Проверить наличие у персонала украшений, накладных ногтей, повреждений кожных покровов и т.д.			

		Регулярное обучение персонала	3.11.5	Оценить систему обучения персонала, наличие плана, журнала с результатами тестирования, охват персонала (норматив 100%)			
		Информирование пациентов и посетителей о правилах гигиены рук	3.11.6	Оценить качество информирования пациентов и посетителей о правилах гигиены рук, опросить не менее 10 пациентов и посетителей, особенно в отделениях интенсивной терапии и хирургического профиля			
3.12	Соблюдение персоналом алгоритма использования индивидуальных средств защиты	Наличие и исполнение персоналом алгоритмов использования индивидуальных средств защиты	3.12.1	Проверить наличие алгоритмов по использованию индивидуальных средств защиты, включая: Перчатки (стерильные и нестерильные) Средства защиты лица и глаз Маски Респираторы Халаты и фартуки Униформа и обувь			
			3.12.2	Оценить методом наблюдения соблюдение алгоритмов по использованию средств индивидуальной защиты персоналом во всех подразделениях медицинской организации			
		Наличие средств индивидуальной защиты в отделениях в достаточном количестве	3.12.3	Оценить наличие средств индивидуальной защиты во всех подразделениях медицинской организации в количестве, в соответствии с расчетными потребностями			
			3.12.4	Оценить систему контроля наличия средств индивидуальной защиты в расчетном количестве/ответственные			
3.13	Система профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, у медицинского персонала	Наличие алгоритмов действий при аварийной ситуации (случаев контакта с биологическими жидкостями, при повреждении кожных покровов и слизистых оболочек и др.)	3.13.1	Проверить наличие алгоритмов действий при аварийных ситуациях			
			3.13.2	Оценить знания персонала алгоритмов действий при чрезвычайных ситуациях, включая порядок оповещения/регистрации, опросить не менее 5 сотрудников из разных подразделений медицинской организации			

		Система регистрации и учета аварийных ситуаций	3.13.3	Проверить наличие журналов регистрации аварийных ситуаций, аккуратность заполнения/ответственные			
		Система аудита аварийных ситуаций	3.13.4	Проверить наличие отчетов о результатах аудитов/регулярность, наличие планов по устранению дефектов /ответственные/сроки			
			3.13.5	Оценить регулярность информирования персонала по результатам аудитов – опросить не менее 5 сотрудников из различных подразделений медицинской организации (не входящих в комиссию) на предмет знания результатов			
		Экспресс-тестирование пациентов на ВИЧ в соответствии с алгоритмами при наличии показаний	3.13.6	Проверить наличие экспресс-тестов на ВИЧ в расчетном количестве			
			3.13.7	Оценить доступность тестов 24/7/365			
			3.13.8	Оценить навыки персонала проведения экспресс-тестирования на ВИЧ, опросить не менее 5 ответственных сотрудников			
			3.13.9	Проверить не менее 10 историй болезни на наличие полностью оформленного информированного согласия на проведение тестирования на ВИЧ-инфекцию			
			3.13.10	Оценить качество пред-тестового консультирования пациентов, опросить не менее 5 пациентов из разных подразделений медицинской организации			
		Наличие и исполнение алгоритмов профилактики ВИЧ	3.13.11	Проверить наличие антиретровирусных препаратов в расчетном количестве			
		Наличие и доступность антиретровирусных препаратов для профилактики	3.13.12	Оценить доступность антиретровирусных препаратов 24/7/365			
		Программа вакцинации персонала против инфекций в соответствии с национальным календарем прививок	3.13.13	Проверить наличие журнала вакцинации персонала против гепатита В, соответствие числа вакцинированных сотрудников расчетным			

		Наличие и доступность вакцины против гепатита В и иммуноглобулина для проведения экстренной профилактики	3.13.14	Проверить наличие вакцины и иммуноглобулина против гепатита для проведения экстренной профилактики в расчетном количестве			
			3.13.15	Оценить доступность вакцины и иммуноглобулина 24/7/365			
		Регулярное обучение персонала методам профилактики заражения инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи	3.13.16	Оценить систему регулярного обучения персонала, наличие плана обучения, журнала с результатами тестирования, охват персонала (100%)			
3.14	Рациональное использование антибактериальных лекарственных средств для профилактики и лечения	Наличие алгоритмов антибиотикопрофилактики и терапии (в соответствии с профилем отделения)	3.14.1	Проверить наличие алгоритмов антибиотикопрофилактики и терапии в соответствии с профилем отделения, соответствие клиническим рекомендациям Минздрава России			
		Наличие и исполнение алгоритма периоперационной антибиотикопрофилактики и других алгоритмов применения антибиотиков	3.14.2	Проверить наличие антибиотиков в алгоритмах в соответствующих подразделениях медицинской организации, в расчетных количествах			
			3.14.3	Оценить исполнение алгоритма антибиотикопрофилактики методом наблюдения (в операционной)			
			3.14.4	Проверить не менее 10 историй болезни пациентов, которым в соответствии с алгоритмами должна была проведена антибиотикопрофилактика, оценить соответствие алгоритму профилактики			
			3.14.5	Оценить качество консультирования пациентов по вопросам проведения антибиотикопрофилактики, опросить не менее 10 пациентов, которым была проведена антибиотикопрофилактика			

		Назначение антибиотиков в терапевтических дозировках с лечебной целью обосновано в истории болезни и соответствует алгоритмам	3.14.6	Проверить не менее 10 историй болезни пациентов, которым были назначены антибиотики в терапевтических дозах на предмет соответствия алгоритмам лечения, включая: Первоначальное назначение эмпирической схемы в соответствии с алгоритмами, разработанными в МО Показания к смене препаратов при неэффективности Перевод на пероральные формы приема антибиотиков Алгоритм отмены антибиотиков			
		Регулярный аудит системы использования антибиотиков в медицинской организации	3.14.7	Проверить наличие отчетов о результатах аудитов/регулярность, наличие планов по устранению недостатков /ответственные/сроки			
			3.14.8	Оценить регулярность информирования персонала по результатам аудитов – опросить не менее 5 сотрудников из различных подразделений медицинской организации на предмет подтверждения проведения информирования			
		Наличие алгоритмов профилактики и терапии другими антимикробными препаратами (антисептиками, бактериофагами и пр.)	Проверить наличие алгоритмов профилактики и терапии другими антимикробными препаратами (антисептиками, бактериофагами и пр.)				
3.15	Система информации по вопросам профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи	Наличие постеров, брошюр, памяток для пациентов и персонала	Проверить наличие информационных материалов во всех подразделениях медицинской организации (уточнить какие), включая темы:				
			3.15.1	Гигиена рук			
			3.15.2	Профилактика гемоконтактных инфекций			
			3.15.3	Профилактика инфекций, передающихся воздушно-капельным путем			
			3.15.4	Профилактика особо опасных инфекций			
			3.15.5	Другие (указать какие)			

3.16	Комплекс противоэпидемических мероприятий при возникновении случая инфекции в медицинской организации	Проведение комплекса противоэпидемических мероприятий при возникновении случая инфекции в соответствии с нормативными документами по данной инфекции, включая Изоляцию Диагностику и лечение инфекции у заболевшего пациента Текущую и заключительную очаговую дезинфекцию Клиническое наблюдение, диагностика и экстренная профилактика у контактных	3.16.1	Проверить полноту и своевременность проведения комплекса противоэпидемических мероприятий в очагах инфекций в соответствии с нормативными документами путем оценки карт эпидемиологического обследования очага инфекции в медицинской организации Проверить не менее 5 историй болезни пациентов с выявленными инфекциями и контактных с ними пациентов			
------	---	---	--------	--	--	--	--

Приложение 4
к Требованиям
к организации и проведению
внутреннего контроля
качества и безопасности
медицинской деятельности, утвержденному
Министерством здравоохранения
Российской Федерации
от _____ 2018 г. № _____

Рекомендуемый образец

Оценочный лист по направлению «Лекарственная безопасность» для проведения проверки медицинской организации

Дата проверки:	
Основание проверки:	
Руководитель группы:	
Ответственный специалист группы:	

№	Группы показателей	Показатели	№	Порядок оценки показателей	Да	Нет	Комментарии
4.1	Система обеспечения лекарственной безопасности в медицинской организации	Наличие приказов главного врача по вопросам обеспечения лекарственной безопасности		Проверить наличие приказов главного по вопросам лекарственной безопасности			
			4.1.1	Организация работы по обеспечению лекарственной безопасности в медицинской организации: основные направления, ответственные за направления и по подразделениям.			
			4.1.2	Закупка лекарственных средств			
			4.1.3	Контроль качества лекарственных средств, производимых в медицинской организации (если применимо)			

			4.1.4	Информационная система наличия лекарственных препаратов в медицинской организации			
			4.1.5	Контроль утилизации лекарственных средств с истекшим сроком годности			
			4.1.6	Хранение лекарственных средств в аптеке медицинской организации/в подразделениях медицинской организации			
			4.1.7	Система обеспечения лекарственными препаратами, в том числе в ночные часы и выходные и праздничные дни			
				Организация и контроль за безопасным и эффективным применением лекарственных препаратов			
			4.1.8	Система регистрации и сбора информации о серьезных и непредвиденных нежелательных реакциях в медицинской организации и передачи сведений о них в Росздравнадзор/ответственные			
		Регулярный аудит системы лекарственной безопасности	4.1.9	Проверить наличие отчетов о результатах проверок/регулярность Проверить наличие планов по устранению недостатков /ответственные/сроки			
		Система обучения персонала по вопросам лекарственной безопасности	4.1.10	Оценить систему обучения персонала по вопросам лекарственной безопасности, проверить наличие планов обучения, журналов обучения (охват персонала 100%), регулярность проведения тренингов			
		Информирование персонала о новых лекарственных препаратами	4.1.11	Система информирования персонала о новых лекарственными средствами, проверить наличие протоколов конференций, совещаний, ответственные, опросить не менее 2-х сотрудников на предмет подтверждения информирования (конференции, собрания и т.д.)			

4.2	Система регистрации и сбора информации о серьезных и непредвиденных нежелательных реакциях в медицинской организаций и передачи сведений о них в Росздравнадзор	Наличие в медицинской организаций утвержденного порядка (включая ответственных) сбора и направления в АИС Росздравнадзора и/или территориальные органы Росздравнадзора сведений о выявленных нежелательных реакциях	4.2.1	Проверить наличие порядка (включая ответственных: указать ФИО, должность)			
		Наличие алгоритма взаимодействия медицинской организации с территориальным органам Росздравнадзора, включая знание контактных данных ответственных специалистов по фармаконадзору	4.2.2	Проверить наличие алгоритма, включая контактные данные территориального органа Росздравнадзора			
			4.2.3	Оценить знания персонала, опросить ответственных сотрудников медицинской организаций			
		Наличие стандартных извещений о нежелательной реакции (в электронной форме или на бумажном носителе)	4.2.4	Проверить наличие стандартных извещений			
		Наличие навыков заполнения извещений	4.2.5	Оценить навыки персонала по заполнению извещений, попросить не менее 2-х сотрудников заполнить извещение			
		Использование алгоритмов Наранжо, Karch или ВОЗ при оценке причинно-следственной связи между применением лекарственного препарата и развитием нежелательной реакции	4.2.6	Оценить значения и навыки использования одного из алгоритмов, опросить не менее 2-х ответственных сотрудников			

		Порядок сбора информации/журнал/база данных	4.2.7	Оценить порядок сбора информации, включая наличие журнала, базы данных				
		Регулярное информирование персонала о результатах аудитов, регулярное обсуждение вопросов фармаконадзора	4.2.8	Оценить систему информирования персонала, опросить не менее 5 сотрудников из разных подразделений медицинской организации				
4.3	Организация внутреннего производственного контроля (обеспечение качества лекарственных препаратов)	Определен и соблюдается порядок закупки лекарственных препаратов	Оценить систему закупок лекарственных препаратов, включая:					
			4.3.1	Определение надежных поставщиков, включая контроль достоверности данных поставщика (реестр лицензий), контроль лекарственных средств по показателям: «Описание», «Упаковка», «Маркировка» по нормативной документации производителей; скрининг лекарственных препаратов с использованием актуализированной базы данных о качестве лекарственных средств				
			4.3.2	Проверить отсутствие случаев дублирования лекарственных препаратов в аптеке и подразделениях медицинской организации				
		Осуществление регулярного контроля срока годности лекарственных препаратов	4.3.3	Оценить контроль срока годности лекарственных препаратов, включая, регулярность внутренних плановых проверок, проведение внеплановых проверок (количество, основания за полный последний год)				
			4.3.4	Проверить наличие отчетов по результатам проверок, журналов, оценить планы по устранению недостатков/ответственные/сроки				
			4.3.5	Оценить систему информирования, опросить не менее 5 сотрудников из разных подразделений, на предмет знаний о системе контроля наличия лекарственных препаратов с истекшим сроком годности				

4.4	Информационная система наличия лекарственных препаратов в медицинской организации (база данных)	Наличие перечня лекарственных препаратов (базы данных), имеющих в медицинской организации	4.4.1	Проверить наличие перечня лекарственных препаратов (базы данных), имеющих в медицинской организации, оценить регулярность обновления				
			4.4.2.	Оценить доступность персонала к базе данных 24 часа, семь дней в неделю, 365 дней в году (далее- 24/7/365), попросить продемонстрировать не менее 2-х сотрудников из разных подразделений				
4.5	Контроль условий хранения лекарственных препаратов, требующих особых условий хранения	Наличие списка лекарственных препаратов, требующих особых условий хранения (в соответствии с требованиями производителей лекарственных средств)	4.5.1	Проверить наличие списка лекарственных препаратов, требующих особых условий хранения Оценить знания персонала, опросить не менее 5-ти сотрудников из различных подразделений				
			Наличие исправного оборудования для хранения лекарственных препаратов во всех подразделениях медицинской организации:		Проверить наличие исправного оборудования и соблюдение правил расположения (например, измерительная часть прибора на расстоянии не менее 3 м от дверей, окон и отопительных приборов) во всех подразделениях медицинской организации:			
			4.5.2	Холодильники с исправными термометрами или термодатчиками				
			4.5.3	Морозильники с исправными термодатчиками (если применимо)				
			4.5.4	Исправное оборудование для измерения показателей условий хранения в помещениях (термометры, психрометры, гигрометры и т.д.)				
			Регулярный контроль условий хранения	4.5.5	Оценить порядок контроля условий хранения, проверить наличие журналов (карт) для фиксации контрольных параметров, регулярность заполнения во всех подразделениях медицинской организации			
Регулярная поверка оборудования с записью результатов в журналах	4.5.6	Оценить систему контроля технического состояния оборудования, проверить наличие договоров с компаниями, осуществляющими техническое обслуживание оборудования, журналов проведения проверок, регулярность						

		Соблюдение правил хранения лекарственных препаратов, требующих защиты от воздействия света	4.5.7	Проверить соблюдение правил хранения лекарственных препаратов, требующих защиты от воздействия света во всех подразделениях (если применимо)			
			4.5.8	Проверить методом случайной выборки соблюдение правил хранения по 5 лекарственным препаратам в каждом подразделении на соответствие условий хранения требованиям производителей			
4.6	Определение мест хранения ЛС	Хранение лекарственных препаратов по группам (фармакологическим, способам применения)	4.6.1	Проверить исполнение порядка хранения лекарственных препаратов по группам во всех подразделениях медицинской организации			
		Доступность лекарственных препаратов (в соответствии с профилем отделения) 7/24/365	4.6.2	Оценить доступность лекарственных препаратов 7/24/365, опросить не менее 5-ти сотрудников в разных подразделениях о порядке получения ЛП в выходные, праздничные дни и в ночные часы			
		Хранение лекарственных препаратов в недоступных для пациентов и посетителей местах	4.6.3	Оценить безопасность хранения лекарственных препаратов для пациентов и посетителей во всех подразделениях медицинской организации			
4.7	Соблюдение требований к упаковке и маркировке лекарственных препаратов	Хранение лекарственных препаратов в первичной упаковке	4.7.1	Проверить исполнение правила хранения лекарственных препаратов в первичной упаковке во всех подразделениях медицинской организации			
		Соблюдение условий хранения лекарственных препаратов после вскрытия упаковки	4.7.2	Проверить наличие условий хранения после вскрытия упаковки лекарственных препаратов (на упаковке/этикетке указаны условия хранения лекарственных средств после первого вскрытия первичной упаковки и, после приготовления или разбавления раствора (суспензии))			
		Правильная маркировка лекарственных препаратов, включая емкости с жидкими формами	4.7.3	Проверить наличие маркировки с растворами: маркировка нанесена печатными буквами с указанием дозировок, идентификаторов пациента, которым лекарственных препаратов предназначено			

		Отсутствие перефасованных лекарственных препаратов	4.7.4	Проверить наличие перефасованных лекарственных препаратов во всех подразделениях медицинской организации				
		Отсутствие не маркированных лекарственных препаратов	4.7.5	Проверить наличие немаркированных лекарственных препаратов во всех подразделениях				
		Отсутствие вскрытых флаконов и ампул с лекарственными препаратами	4.7.6.	Проверить отсутствие вскрытых флаконов и ампул с лекарственными препаратами во всех подразделениях медицинской организации				
4.8	Прогнозирование риска при использовании лекарственных препаратов: побочные реакции, токсическое действие лекарственных препаратов, взаимодействие лекарственных препаратов, учет обстоятельств, сопутствующих заболеваний	При назначении лекарственных препаратов учитываются (с фиксацией в истории болезни) факторы риска	Проверить не менее 10 историй болезни в разных подразделениях медицинской организации на предмет наличия данных о факторах риска и их учета при назначении препаратов, включая					
			4.8.1	Аллергия				
			4.8.2	Возраст				
			4.8.3	Сопутствующие заболевания/ лекарственными препаратами, принимаемые в момент поступления				
			4.8.4	Масса тела пациента				
			4.8.5	Беременность (если применимо)				
			4.8.6	Заболевания печени				
			4.8.7	Заболевания почек				
			4.8.8	Психические заболевания				
4.8.9	Курение, алкоголь, прием наркотических и других психотропных веществ							
4.9	Процесс назначения и использования лекарственных препаратов	Соблюдение алгоритма при назначении и использовании лекарственных препаратов:	Проверить не менее 10 историй болезни на предмет соответствия назначений клиническим рекомендациям/стандартам					
		Правильное лекарство	4.9.1	Оценить соответствие выбора лекарственных препаратов клиническим рекомендациям/алгоритмам				

		Правильная доза	4.9.2	Оценить соответствие дозировок лекарственных препаратов клиническим рекомендациям, коррекция дозы с учетом индивидуальных особенностей пациента, наличие калькуляторов расчета			
		Правильный путь введения	4.9.3	Оценить соответствие пути введения лекарственных препаратов			
		В правильное время	4.9.4	Оценить соответствие кратности назначения лекарственных препаратов соблюдение сроков дачи, введения лекарственных препаратов в соответствии с назначением с фиксацией времени введения/дачи лекарственных препаратов в листах назначений			
			4.9.5	Проверить качество заполнения медицинской документации на предмет фиксации времени введения лекарственных препаратов			
		Правильному пациенту	4.9.6	Оценить методом наблюдения исполнение персоналом алгоритма идентификации пациента			
		Наличие таблиц высших разовых и суточных доз лекарственных препаратов, в том числе ядовитых, наркотических и сильнодействующих лекарственных средств	4.9.7	Проверить наличие таблиц			
		Наличие алгоритмов действий при передозировке или отравлении лекарственных препаратов, включая таблицы противоядий	4.9.8	Проверить наличие алгоритмов действий персонала при передозировке или отравлении лекарственных препаратов, включая таблицы противоядий во всех подразделениях медицинской организации			
			4.9.9	Оценить знания персонала алгоритмов действий, опросить не менее 5 сотрудников из разных подразделений медицинской организации			
4.10	Контроль качества письменных назначений	Использование стандартных листов назначения	4.10.1	Проверить наличие стандартных листов назначений, проверить не менее 10 историй болезни в разных подразделениях медицинской организации			

	лекарственных препаратов	Аккуратное и полное заполнение листов назначений	4.10.2	Оценить качество заполнения листов назначений, включая аккуратность заполнения (назначения написаны разборчиво/печатными буквами), использование стандартизированных сокращений, включая наличие наименования ЛС, доза, кратность, путь введения, время			
4.11	Контроль качества вербальных назначений лекарственных средств	При вербальном назначении использование алгоритма: 1. повтор наименования лекарственных препаратов 2. повтор дозы 3. повтор пути введения 4. сообщение об окончании введения и т.д.	4.11.1	Оценить методом наблюдения (при наличии возможности) или опросить не менее 5 сотрудников из различных подразделений медицинской организации на предмет знания алгоритма вербальных назначений лекарственных препаратов			
4.12	Контроль эффективности назначения лекарственных препаратов	Проводится оценка эффективности лечения с фиксацией в медицинской документации по алгоритму	4.12.1	Проверить не менее 10 историй болезни в разных подразделениях медицинской организации на предмет наличия данных с оценкой эффективности лечения, включая: Жалобы Клиника Лабораторно-диагностические показатели Приверженность/активный контроль назначений			
4.13	Информирование персонала о лекарственных препаратах	Наличие справочников лекарственных препаратов, в том числе электронных Наличие доступа в интернет в медицинской организации	4.13.1	Проверить наличие справочников (Государственный реестр лекарственных средств и др.) во всех подразделениях медицинской организации			
			4.13.2	Проверить наличие доступа в интернет в медицинской организации 24/7/365			
		4.13.3	Оценить систему информирования персонала о новых лекарственных средствах и методах лечения, проверить наличие плана с темами конференций в медицинской организации за последний год				

		и методах лечения, клинических руководствах (протоколах лечения)	4.13.4	Опросить не менее 5 сотрудников об их участии в конференциях			
4.14	Система обучения и информирования пациентов, сопровождающих, ухаживающих	Информирование пациентов о назначенном лечении, лекарственных препаратах, возможных альтернативах, побочных эффектах	4.14.1	Оценить качество информирования пациентов, опросить не менее 10 пациентов в различных подразделениях на предмет информирования их персоналом о назначенном лечении			
		Знание и использование методик по формированию приверженности пациентов к лечению	4.14.2	Оценить знания персоналом методик по формированию приверженности пациентов к лечению, опросить не менее 5 сотрудников из различных подразделений			
		Наличие брошюр, памяток, постеров по вопросам лекарственной безопасности	4.14.3	Проверить наличие информационных материалов для пациентов по вопросам лекарственной безопасности во всех подразделениях медицинской организации, оценить их качество, в том числе соответствие клиническим рекомендациям, стандартам			
		Обучение пациентов и ухаживающих методах ухода, лечения и т.д.	4.14.4	Оценить качество обучения пациентов и ухаживающих методам ухода, лечения и т.д., опросить не менее 10 пациентов в различных подразделениях медицинской организации			
4.15	Внедрение технологий, снижающих риски при использовании лекарственных препаратов	Внедрение технологий, снижающих риски при использовании лекарственных препаратов	4.15.1	Оценить внедрение в медицинской организации новых технологий, включая			
			Автоматизированная система раздачи лекарственных препаратов				
			Персонифицированная упаковка				
			Электронная подпись врача				
			Программируемые средства доставки лекарственных препаратов				
Другие (указать какие)							

Приложение 5
к Требованиям
к организации и проведению
внутреннего контроля
качества и безопасности
медицинской деятельности, утвержденному
Министерством здравоохранения
Российской Федерации
от _____ 2018 г. № _____

Рекомендуемый образец

Оценочный лист по направлению «Контроль качества и безопасности обращения медицинских изделий» для проведения проверок медицинской организации

Дата проверки:	
Основание проверки:	
Руководитель группы:	
Ответственный специалист группы:	

№	Группы показателей	Показатели	№	Порядок оценки показателей	Да	Нет	Комментарии
5.1	Организация контроля качества и безопасности обращения медицинских изделий в медицинской организации	Наличие приказов главного врача по вопросам контроля качества и безопасности обращения медицинских изделий		Проверить наличие приказов медицинской организации по темам:			
			5.1.1	Организация работы в сфере контроля качества и безопасности обращения медицинских изделий: направления деятельности, ответственные лица			
			5.1.2	Закупка медицинских изделий			
			5.1.3	Хранение медицинских изделий			
			5.1.4	Учет медицинских изделий			
			5.1.5	Эксплуатация медицинских изделий			

			5.1.6	Соблюдение метрологических требований, норм и правил для медицинских изделий, требующих периодических поверок			
			5.1.7	Техническое обслуживание медицинской техники			
			5.1.8	Приемка медицинских изделий			
			5.1.9	Упаковка и маркировка медицинских изделий			
			5.1.10	Система сбора информации и регистрации побочных действий, нежелательных реакций при применении медицинских изделий			
		Регулярный внутренний аудит системы контроля качества и безопасности обращения медицинских изделий, включая аудит нежелательных реакций/ошибок	5.1.11	Проверить наличие отчетов о результатах аудитов/регулярность проведения Проверить наличие планов по устранению дефектов /ответственные/сроки			
			5.1.12	Оценить регулярность информирования персонала по результатам аудитов, опросить не менее 2 сотрудников			
		Наличие программы обучения персонала по вопросам контроля качества и безопасности обращения медицинских изделий	5.1.13	Оценить систему обучения персонала по вопросам безопасности обращения медицинских изделий, проверить наличие планов обучения, журналов обучения (охват персонала 100% с учетом профиля), регулярность проведения тренингов			
5.2	Система обеспечения контроля качества и безопасности обращения медицинских изделий в медицинской организации	Процесс закупки/поставки/наладки медицинских изделий, включая расходные материалы (регулярный контроль качества поступающих медицинских изделий)	5.2.1	Оценить систему закупки/поставки/наладки медицинских изделий, включая расходные материалы, проверить наличие регистрационных удостоверений, информации о медицинских изделиях на русском языке, включая эксплуатационную документацию			
		Наличие системы проверки качества и безопасности медицинских изделий	5.2.2	Оценить систему проверки качества и безопасности медицинских изделий, опросить ответственных сотрудников, попросить продемонстрировать порядок проверки регистрационного удостоверения на сайте Росздравнадзора, работу с государственными реестрами медицинских изделий			

		Наличие системы контроля медицинских изделий с истекшим сроком годности, выявление причин, принятие решений по устранению дефектов	5.2.3	Оценить систему контроля наличия медицинских изделий с истекшим сроком годности (эксплуатации), опросить ответственных сотрудников о порядке контроля, выявленных причинах и принятых мерах			
		Наличие системы контроля исправности медицинских изделий, включая ежедневные проверки работоспособности оборудования для оказания экстренной помощи (например, дефибрилляторы, аппараты искусственной вентиляции легких и т.д.)	5.2.4	Проверить наличие ответственного/ответственных (указать ФИО, должности)			
	5.2.5		Опросить ответственных сотрудников о порядке проверок, проверить наличие списков оборудования для ежедневного тестирования, наличие журнала, аккуратность заполнения				
	5.2.6		Оценить методом наблюдения исправность оборудования в различных подразделениях, включая оборудование для оказания экстренной помощи				
5.3	Соблюдение правил эксплуатации медицинских изделий	Наличие системы обучения персонала при поступлении нового оборудования	5.3.1	Проверить наличие допусков, оценить качество обучения, опросить не менее 5 сотрудников в различных подразделениях на предмет знаний инструкций по эксплуатации оборудования, поступившего в течение последнего года			
		Наличие инструкций по эксплуатации медицинского оборудования в подразделениях (в местах использования)	5.3.2	Проверить наличие инструкций в различных подразделениях медицинских изделий (для имеющегося в подразделении оборудования), попросить продемонстрировать персонал навыки работы с медицинскими изделиями			

5.4	Система регистрации и учета побочных действий, нежелательных реакций при применении медицинских изделий, особенностей взаимодействия медицинских изделий между собой, фактов и обстоятельств, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении медицинских изделий Система взаимодействия между подразделениями и медицинской организации по вопросам обеспечения безопасного оборота МИ	Наличие в медицинской организации ответственных за сбор и направление извещений в АИС Росздравнадзора и/или территориальные органы Росздравнадзора извещений о выявленных нежелательных реакциях	5.4.1	Проверить наличие ответственных: указать ФИО, должность			
		Наличие алгоритма взаимодействия медицинской организации с территориальными органами Росздравнадзора Наличие стандартных извещений (в электронной форме или на бумажном носителе)	5.4.2	Проверить наличие алгоритма, включая контактные данные территориального органа Росздравнадзора, проверить наличие стандартных извещений (форм)			
			5.4.3	Оценить знания персонала алгоритма, опросить не менее 2-х сотрудников медицинской организации			
		Наличие навыков заполнения извещений	5.4.4	Оценить навыки персонала по заполнению извещений, попросить не менее 2-х сотрудников заполнить извещение			
		Порядок сбора информации (наличие журнала, электронной базы данных)	5.4.5	Оценить порядок сбора информации, включая наличие журнала, базы данных, проверить аккуратность и полноту заполнения, Оценить порядок взаимодействия подразделений МО			
5.5	Соблюдение требований к упаковке и маркировке МИ	Отсутствие немаркированных МИ в МО	5.5.1	Проверить наличие маркировки на не менее 5-ти МИ, отобранных методом случайной выборки в каждом подразделении МО			
		Наличие информации по безопасному применению МИ на самом изделии и (или) на каждой его упаковке, или на групповой упаковке	5.5.2	Проверить наличие информации по безопасному применению МИ: на самом МИ, и/или на каждой упаковке, или на групповой упаковке (допускается использование листа-вкладыша) выборочно в каждом подразделении			

5.6	Контроль условий хранения МИ в соответствии с рекомендуемыми производителем	Наличие исправного специального оборудования для хранения	5.6.1	Проверить наличие исправного оборудования для хранения МИ во всех подразделениях МО (например, холодильники, кондиционеры)			
		Наличие исправных приборов фиксации показателей условий хранения Регулярный контроль условий хранения МИ с записью показателей в журнале	5.6.2	Проверить наличие исправных приборов фиксации показателей условий хранения во всех подразделениях МО (термометры, психрометры, гигрометры и т.д.)			
			5.6.3	Оценить порядок контроля условий хранения МИ в соответствии с рекомендациями производителя, проверить наличие журналов для фиксации контрольных параметров, регулярность заполнения во всех подразделениях МО			
5.7	Техническое обслуживание МИ	Периодическое профилактическое техническое обслуживание МИ	5.7.1	Проверить наличие плана-графика обслуживания медицинского оборудования/актов выполненных работ Проверить наличие журнала технического обслуживания, оценить соответствие сроков рекомендуемым			
		Регулярная поверка средств измерения	5.7.2	Проверить наличие плана-графика метрологического обслуживания Проверить наличие журнала поверок, оценить соответствие сроков рекомендуемым			
5.8	Информирование и обучение пациентов/сопровождающих правилам безопасности при эксплуатации МИ. Соблюдение прав пациента при применении/назначении и медицинских изделий	Информирование пациентов: наличие буклетов, памяток, постеров	5.8.1	Проверить наличие информационных материалов для пациентов по вопросам безопасного использования МИ			
		Обучение пациентов и сопровождающих правилам безопасности при пользовании МИ	5.8.2	Оценить качество обучения пациентов и сопровождающих правилам безопасности при использовании МИ, опросить не менее 5-ти пациентов на предмет знаний основных правил безопасности при пользовании МИ			

Приложение 6
к Требованиям
к организации и проведению
внутреннего контроля
качества и безопасности
медицинской деятельности, утвержденному
Министерством здравоохранения
Российской Федерации
от _____ 2018 г. № _____

Рекомендуемый образец

Оценочный лист по направлению «Организация экстренной и неотложной помощи» для проведения проверки
медицинской организации

Дата проверки:	
Основание проверки:	
Руководитель группы:	
Ответственный специалист группы:	

№	Группы показателей	Показатели	№	Порядок оценки показателей	Да	Нет	Комментарии
6.1	Организация работы приемного отделения, системы оказания экстренной помощи в МО	Наличие приказов главного врача по организации работы приемного отделения и оказания экстренной помощи в МО Наличие ответственных и комиссии по организации работы приемного отделения и оказания		Проверить наличие приказов главного врача/темы			
			6.1.1	Организация работы приемного отделения, включая положение об ответственных и комиссии			
			6.1.2	Организация оказания экстренной помощи в МО, включая положение об ответственных и комиссии			
			6.1.3	Организация работы вспомогательных служб (лаборатория, диагностическое отделение)			
			6.1.4	Порядок госпитализации, включая показания/условия/состояние пациента в отделения МО, в том числе в и из АРО, ОРИТ, ПИТ			

		экстренной помощи в МО Наличие рабочей группы по разработке и регулярному обновлению алгоритмов МО по нозологиям, организации работы приемного отделения, экстренной помощи	6.1.5	Порядок отказа в госпитализации			
			6.1.6	Порядок перевода в другие МО			
			6.1.7	Порядок сортировки пациентов			
			6.1.8	Положение о рабочей группе/группах, порядок разработки и обновления алгоритмов МО по нозологиям, организации работы приемного отделения, экстренной помощи			
			Проведение регулярного аудита системы оказания экстренной помощи	6.1.9	Проверить наличие отчетов о результатах аудитов/регулярность проведения		
		6.1.10		Проверить наличие планов по устранению недостатков/ответственные/сроки			
6.2	Наличие алгоритмов оказания экстренной помощи (для МО)	Наличие алгоритмов МО оказания экстренной помощи в подразделениях		Проверить наличие алгоритмов МО во всех подразделениях МО по следующим нозологиям			
			6.2.1	СЛР			
			6.2.2	Анафилактический шок			
			6.2.3	Первичная помощь при шоке			
			6.2.4	Оценить знания персонала алгоритмов, опросить не менее 5 сотрудников из различных подразделений			
			6.2.5	Оценить знания и навыки персонала оказания экстренной помощи методом наблюдения (при возможности), проведя практическое занятие с решением клинических задач			
			6.2.6	Оценить организацию работы по разработке и регулярному обновлению алгоритмов МО, проверить состав групп (мультидисциплинарность), наличие протоколов совещаний			
6.3	Порядок сортировки пациентов при поступлении/обращении в зависимости от тяжести состояния и	Наличие и исполнение алгоритма сортировки пациентов при поступлении/обращении в МО	6.3.1	Проверить наличие алгоритма сортировки пациентов			
			6.3.2	Оценить знания персонала алгоритма, опросить не менее 5 сотрудников приемного отделения/отделений на предмет знания основных положений алгоритма			

	экстренности необходимых вмешательств	Информирование пациентов о причинах задержки оказания помощи (например, осмотра врача)	6.3.3	Оценить исполнение алгоритма методом наблюдения не менее 5 случаев поступления в стационар экстренных пациентов			
			6.3.4	Оценить качество информирования пациентов и их сопровождающих о причинах задержки оказания помощи, опросить не менее 5 пациентов, находящихся в приемном отделении в ожидании помощи на предмет понимания ими причин задержки			
6.4	Своевременность оказания помощи при поступлении/обращении пациента в стационар	Наличие и соблюдение временных нормативов при поступлении в стационар (этапов госпитализации), в соответствии с алгоритмами МО	6.4.1	Проверить наличие утвержденных нормативов этапов госпитализации			
			6.4.2	Проверить соблюдение временных нормативов, проверить не менее 20 ИБ пациентов, поступивших экстренно			
			6.4.3	До первичного осмотра медсестры			
			6.4.4	До первичного осмотра врача			
			6.4.5	До постановки диагноза			
			6.4.6	До перевода в отделение/ операционную/ АРО/ ОРИТ/ ПИТ отказа в госпитализации и направления на амбулаторное лечение			
			6.4.7	Для различных видов диагностических исследований			
			6.4.8	В соответствии с клиническими рекомендациями по оказанию помощи при некоторых состояниях (например, ОНМК, ОКС и т.д.)			
		Проведение регулярного аудита работы приемного отделения	6.4.9	Оценить систему аудита работы приемного отделения, включая порядок сбора и анализа информации о своевременности оказания помощи в приемном отделении			
			6.4.10	Проверить наличие планов по устранению недостатков/ответственные/сроки			
6.5	Система экстренного оповещения/сбора персонала	Наличие действующей системы экстренного оповещения/сбора персонала	6.5.1	Проверить наличие действующей системы экстренного оповещения/сбора дежурного персонала (уточнить какая система используется), проверить исправность			

		Наличие алгоритмов оповещения руководителей/сотрудников, не находящихся на дежурстве. Регулярный контроль состояния системы оповещения	6.5.2	Проверить наличие алгоритмов оповещения руководителей/сотрудников, не находящихся на дежурстве, внешних экспертов в подразделениях МО			
			6.5.3	Оценить знания алгоритмов, опросить не менее 2 сотрудников на предмет знания алгоритма			
			6.5.4	Оценить порядок проверок системы экстренного оповещения, проверить наличие журнала с результатами проверок			
6.6	Система вызова персонала для пациентов	Наличие действующей системы вызова персонала («тревожная» кнопка) во всех помещениях МО, включая места общего пользования Регулярный контроль состояния системы вызова персонала	6.6.1	Проверить наличие системы вызова персонала во всех палатах, туалетах, душевых, местах общего пользования, проверить исправность			
			6.6.2	Оценить порядок проверок системы экстренного оповещения, проверить наличие журнала с результатами проверок.			
6.7	Готовность МО к оказанию помощи в условиях чрезвычайных ситуаций	Наличие региональных порядков маршрутизации потоков пациентов в условиях чрезвычайных ситуаций, при крупных техногенных катастрофах, природных бедствиях и т.д.	6.7.1	Проверить наличие региональных порядков маршрутизации потоков пациентов в условиях чрезвычайных ситуаций в МО			
			6.7.2	Оценить знания порядков персоналом, опросить не менее 2 сотрудников			
		Наличие алгоритмов действий в МО в условиях чрезвычайных ситуаций	6.7.3	Проверить наличие алгоритмов действий в МО в условиях чрезвычайных ситуаций			
			6.7.4	Оценить знания алгоритмов персоналом, опросить не менее 5 сотрудников в различных подразделениях МО			
		Регулярный аудит готовности МО к действиям в условиях чрезвычайных ситуаций	6.7.5	Оценить систему аудита готовности МО к действиям в условиях чрезвычайных ситуаций, проверить наличие отчетов о проведении аудита, регулярность, анализ результатов, принятых решений, сроков и ответственных по исправлению недостатков			

6.8	Наличие оборудования и наборов для оказания экстренной помощи	Наличие МИ и ЛС в соответствии с Порядками оказания помощи в соответствии с профилем МО, включая наборы экстренной помощи во всех подразделениях	Проверить наличие МИ (включая оборудование) и ЛП в соответствии с алгоритмами МО во всех подразделениях:				
			6.8.1	Дефибрилляторы, проверить исправность, попросив медицинских работников подготовить к работе			
			6.8.2	Наборы экстренной помощи во всех подразделениях (например, для первичной помощи при шоке, анафилактическом шоке и т.д.)			
		Наличие системы контроля наличия/работоспособности оборудования, наборов для оказания экстренной помощи	6.8.3	Оценить систему контроля наличия/исправности оборудования и наборов, проверить наличие ответственных, регулярность проверок, наличие журнала			
6.9	Доступность вспомогательных служб (лаборатория, инструментальная диагностика) 24/7/365	Доступность лабораторных и инструментальных исследований (объем в соответствии с локальными алгоритмами) 24/7/365	6.9.1	Оценить доступность лабораторных и инструментальных исследований в объеме, соответствующем местными алгоритмам 24/7/365			
		Соблюдение нормативов до получения результатов тестов	6.9.2	Оценить своевременность проведения диагностических тестов, проверить наличие временных нормативов для тестов, проверить не менее 10 ИБ на предмет соблюдения нормативов			
6.10	Готовность персонала к оказанию экстренной помощи. Обучение персонала	Контроль навыков персонала по оказанию экстренной помощи	6.10.1	Оценить систему обучения персонала навыкам оказания экстренной помощи, проверить регулярность проведения тренингов, наличие плана на год, программ тренингов, журналов (100% охват)			
			6.10.2	Проверить результаты тестирования (по журналам) по тренингам: СЛР и первичная помощь при шоке (другим темам - перечислить)			
			6.10.3	Оценить навыки персонала по оказанию экстренной помощи методом наблюдения, проведя тренинг с решением клинических задач с привлечением не менее 2-х команд из разных подразделений МО			

6.11	Информирование пациентов, обратная связь с пациентами	Информирование пациентов и их родственников о состоянии, диагнозе, методах диагностики, терапии, реабилитации	6.11.1	Оценить качество информирования пациентов и их родственников о состоянии, диагнозе, методах диагностики, лечения, опросить не менее 5-ти пациентов и родственников из разных подразделений				
		Наличие системы обратной связи с пациентами	Оценить качество системы обратной связи, в том числе:					
			6.11.2	Проверить наличие возможности у пациентов оценить качество медицинской помощи в МО, проверить наличие журналов, боксов для обращений и предложений				
			6.11.3	Проверить наличие анкет для пациентов во всех подразделениях МО, регулярность проведения анкетирования, оценить качество анкет				
			6.11.4	Провести блиц-анкетирование не менее 5 пациентов в каждом подразделении, используя анкеты МО				
			6.11.5	Проверить наличие отчетов по результатам анкетирования, порядок информирования персонала о результатах анкетирования				
6.12	Соблюдение принципов конфиденциальности при приеме пациентов и оказании помощи	Соблюдение принципов конфиденциальности, прав пациентов и др. Размещение пациентов с учетом приватности, соблюдение конфиденциальности при приеме, осмотре, консультировании родственников/законных представителей и т.д.	Проверить соблюдение принципов конфиденциальности, прав пациентов на всех этапах оказания помощи при приеме и во время нахождения в МО, включая:					
			6.12.1	Проверить соблюдение конфиденциальности при приеме, осмотре и т.д., размещение пациентов с учетом приватности (например, разделение многоместных палат ширмами)				
			6.12.2	Проверить наличие мест, организованных с соблюдением принципа конфиденциальности, для консультаций родственников/законных представителей о состоянии здоровья пациентов,				

		Организация мест ожидания для родственников пациентов Обеспечение максимально возможного комфорта родственников/сопровождающих пациентов	6.12.3	Оценить организацию мест ожидания для родственников/сопровождающих пациентов			
--	--	---	--------	--	--	--	--

Приложение 7
к Требованиям
к организации и проведению
внутреннего контроля
качества и безопасности
медицинской деятельности, утвержденному
Министерством здравоохранения
Российской Федерации
от _____ 2018 г. № _____

Рекомендуемый образец

Оценочный лист по направлению «Преимственность оказания медицинской помощи. Организация перевода пациентов в рамках одной медицинской организации и трансфер в другие медицинские организации» для проведения проверки медицинской организации

Дата проверки:	
Основание проверки:	
Руководитель группы:	
Ответственный специалист группы:	

№	Группы показателей	Показатели	№	Порядок оценки показателей	Да	Нет	Комментарии
7.1	Выполнение порядков оказания помощи. Наличие региональной системы маршрутизации пациентов	Наличие в МО региональных приказов о порядке оказания помощи, маршрутизации потоков пациентов, включая вопросы внешних консультаций, дополнительных исследований	7.1.1	Проверить наличие в МО региональных приказов о маршрутизации пациентов			
			7.1.2	Оценить знания сотрудников, опросить не менее 5 руководителей подразделений, а также врачей, дежурящих ответственными, на предмет знания региональной схемы маршрутизации пациентов			

		Наличие приказов главного врача об организации перевода пациентов в другие МО, включая перечень показаний и стационары для перевода	7.1.3	Проверить наличие приказов главного врача о порядке перевода пациентов в другие МО				
			7.1.4	Оценить знания сотрудников, опросить не менее 5 руководителей подразделений, а также врачей, дежурящих ответственными, на предмет знания показаний для перевода				
		Регулярный контроль профильности госпитализации	Оценить систему контроля профильности госпитализации:					
			7.1.5	Проверить наличие отчетов о результатах аудитов/регулярность проведения Наличие планов по устранению недостатков /ответственные/сроки				
			7.1.6	Проверить не менее 20 ИБ на предмет профильности госпитализации				
		Информирование сотрудников/обучение	7.1.7	Оценить знания персонала, опросить не менее 5 сотрудников на предмет знаний порядков оказания помощи в соответствии с направлением деятельности МО				
		7.2	Система связи МО со скорой/ неотложной помощью/медициной катастроф. Обеспечение преемственности помощи при госпитализации	Наличие связи МО с бригадами скорой/неотложной помощи/центром медицины катастроф 24/7/365	7.2.1	Проверить наличие связи МО со скорой/неотложной помощью/медициной катастроф, возможность доступа 24/7/365		
Точное, полное и аккуратное ведение медицинской документации при поступлении, включая журналы поступления (электронные при наличии)	7.2.2			Проверить наличие журналов поступления пациентов, оценить качество ведения, включая полноту заполнения, аккуратность				

		Наличие стандартных бланков, листов наблюдения, которые заполняются медицинскими работниками, доставившими пациента в МО	7.2.3	Проверить наличие стандартных бланков, листов наблюдения, которые заполняются медицинскими работниками, доставившими пациента в МО, проверить не менее 10 ИБ пациентов, поступивших экстренно на СП			
		Точное, полное и аккуратное ведение медицинской документации медработниками СП	7.2.4	Оценить качество заполнения медицинской документации при госпитализации пациента, проверить не менее 10 ИБ пациентов, поступивших экстренно на СП			
7.3	Наличие алгоритмов перевода внутри МО или перевода в другую МО	Наличие алгоритмов перевода пациентов, включая показания для перевода	Проверить наличие алгоритмов перевода внутри МО, выписки и перевода в другую МО, передачи клинической ответственности за пациента при переводе, включая:				
			7.3.1	Госпитализация/перевод в и из АРО/ОРИТ/ПИТ			
			7.3.2	Перевод в клинические отделения			
			7.3.3	Выписка из МО			
			7.3.4	Перевод в другую МО			
		7.3.5	Оценить знания алгоритмов перевода персоналом, опросить не менее 5 сотрудников из различных подразделений				
		Точное, полное и аккуратное ведение документации при передаче ответственности за пациента при переводе или выписке	7.3.6	Оценить качество заполнения медицинской документации при передаче клинической ответственности за пациента, проверить не менее 10 ИБ из разных подразделений			
7.4	Обеспечение безопасности пациента при транспортировке в пределах МО	Наличие алгоритмов транспортировки разных категорий пациентов, включая показания для перевода на каталке, кресле, пешком в сопровождении медицинского работника	7.4.1	Проверить наличие алгоритмов транспортировки различных категорий пациентов			
			7.4.2	Оценить знания алгоритмов транспортировки различных категорий пациентов, опросить не менее 5-ти сотрудников из различных подразделений			
			7.4.3	Оценить исполнение алгоритмов транспортировки пациентов методом прямого наблюдения, например, из приемного отделения			

			7.4.4	Опросить не менее 5 пациентов различных категорий об особенностях их транспортировки			
		Наличие исправных каталок/кроватей с ограничителями, кресел в количестве, соответствующем расчетному	7.4.5	Проверить наличие исправных каталок/кроватей с ограничителями, кресел в количестве, соответствующем расчетному во всех подразделениях МО			
7.5	Организация трансфера пациентов	Трансфер пациентов санитарным транспортом (например, медицина катастроф, санавиация, СП и т.п.)	7.5.1	При отсутствии собственного транспорта порядок взаимодействия МО со СП, медициной катастроф, другими службами			
			7.5.2	Оценить знания персонала порядка взаимодействия с организациями, обеспечивающими санитарным транспортом и медицинским сопровождением, опросить не менее 2 ответственных сотрудников			
		Наличие собственного санитарного транспорта в МО Исправность транспорта, включая регулярное техническое обслуживание	7.5.3	Проверить наличие собственного санитарного транспорта в МО, выездных бригад, количественное и качественное соответствие документам МО (если применимо)			
			7.5.4	Оценить систему технического обслуживания санитарного транспорта, проверить регулярность прохождения ТО			
		Наличие алгоритмов трансфера пациентов различных групп, включая сопровождение: количество медицинских работников, специализация, квалификация и т.п.	7.5.5	Проверить наличие алгоритмов перевода пациентов различных групп (в зависимости от нозологии и тяжести состояния)			
			Оценить исполнение алгоритмов трансфера пациентов методом наблюдения случаев трансфера пациентов (при возможности), включая				
			7.5.6	Проверить готовность транспорта, включая оснащение в зависимости от класса и профиля, в соответствие с порядками оказания скорой медицинской помощи			
			7.5.7	Проверить укладки, соответствие ЛП классу и профилю			
			7.5.8	Проверить наличие стандартной медицинской документации, включая: листы наблюдения, справки			

7.6	Процесс передачи клинической ответственности за пациента	Наличие и исполнение алгоритма передачи клинической ответственности за пациента (см. введение) при переводе, передаче дежурства	7.6.1	Проверить наличие алгоритма передачи клинической ответственности при передаче дежурств во всех подразделениях МО			
			7.6.2	Оценить знания алгоритма, опросить не менее 5-ти сотрудников из различных подразделений			
			7.6.3	Оценить процесс передачи клинической ответственности за пациента, методом наблюдения, при переводе из приемного отделения, при передаче дежурства в АРО/ОРИТ/ПИТ и т.д.			
		Точное, полное и аккуратное ведение документации при передаче ответственности	7.6.4	Оценить точность, полноту и аккуратность ведения медицинской документации при передаче клинической ответственности, проверить не менее 10 ИБ из разных подразделений МО			
7.7	Обеспечение преемственности помощи при выписке из стационара	Наличие и исполнение алгоритма передачи информации о проведенном лечении в другую МО (поликлинику, отделение реабилитации)	7.7.1	Проверить наличие алгоритма передачи информации о пациенте в другие МО			
			7.7.2	Оценить качество и сроки передачи информации на предмет соответствия алгоритму МО, проверить не менее 5 случаев выписки за последнюю неделю			
			7.7.3	Оценить знания алгоритма, опросить не менее 5-ти сотрудников из различных подразделений ответственных за передачу информации			
		Наличие стандартных форм выписного/переводного эпикриза	7.7.4	Проверить наличие стандартных форм выписного/переводного эпикриза			
		Точное, полное и аккуратное ведение документации	7.7.5	Оценить точность, полноту и аккуратность оформления эпикризов, проверить не менее 10 ИБ пациентов, выписанных из различных подразделений			
		Качественное консультирование пациентов при выписке,	7.7.6	Оценить качество информирования пациентов при выписке из МО методом наблюдения в различных подразделениях			

		включая обсуждение плана дальнейшего лечения/реабилитации, сроков и места самостоятельного обращения или порядка консультации на дому	7.7.7	Оценить качество консультирования, опросить не менее 5 пациентов, выписанных из различных подразделений МО на предмет понимания пациентом плана дальнейших действий, рекомендаций, предоставленных персоналом			
		Организация кабинета катамнеза	7.7.8	Проверить наличие кабинета катамнеза, оценить организацию работы кабинета, попросить продемонстрировать не менее 5 пациентов, выписанных из разных подразделений МО			
7.8	Информирование пациента и родственников, уполномоченных пациентом, законных представителей пациента	Информирование пациентов и сопровождающих о целях, условиях и организации перевода	7.8.1	Оценить качество информирования пациентов и посетителей о целях, условиях и организации перевода, опросить не менее 5 (при наличии) пациентов и их родственников, которые планируются к переводу			
7.9	Обеспечение эффективной коммуникации «медицинский работник – пациент/сопровождающий»	Обучение персонала навыкам эффективной коммуникации «медицинский работник – пациент/сопровождающий»	7.9.1	Оценить систему обучения персонала навыкам коммуникации медицинский работник – пациент, проверить наличие планов обучения, журналов обучения (охват персонала 100%), регулярность проведения тренингов			
		Контроль степени коммуникации	7.9.2	Оценить методом наблюдения качество коммуникации «медработник-пациент» в разных подразделениях МО и в разных ситуациях (при возможности не менее 10 случаев), например, при госпитализации, при переводе в и из операционной, перевода из клинического отделения в АРО/ОРИТ/ПИТ и т.д.			
			7.9.3	Оценить систему «обратной связи», включая регулярное анкетирование пациентов, в том числе по вопросам коммуникации. Проверить наличие отчетов по результатам анкетирования			

7.10	Обеспечение эффективной коммуникации персонала: «врач-врач, врач-медсестра»	<p>Обучение персонала навыкам эффективной коммуникации, включая виды:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Вербальная личная коммуникация, например, при оказании экстренной помощи, передаче дежурств • Вербальная по телефону, например, при сообщении дежурному врачу об ухудшении состояния пациента, заказе препаратов крови на станции переливания и т.д. 	7.10.1	Оценить систему обучения персонала навыкам коммуникации медицинский работник – пациент, проверить наличие планов обучения, журналов обучения (охват персонала 100%), регулярность проведения тренингов			
			7.10.2	Оценить методом наблюдения качество коммуникации «медработник-медработник» в разных подразделениях МО и в разных ситуациях (при возможности не менее 10 случаев), например, при оказании помощи, обсуждении клинического случая и т.д.			

Приложение 8
к Требованиям
к организации и проведению
внутреннего контроля
качества и безопасности
медицинской деятельности, утвержденному
Министерством здравоохранения
Российской Федерации
от _____ 2018 г. № _____

Рекомендуемый образец

Оценочный лист по направлению «Хирургическая безопасность, профилактика рисков, связанных с оперативными вмешательствами» для проведения проверки медицинской организации

Дата проверки:	
Основание проверки:	
Руководитель группы:	
Ответственный специалист группы:	

№	Группы показателей	Показатели	№	Порядок оценки показателей	Да	Нет	Комментарии
8.1	Организация системы хирургической безопасности в МО	Наличие приказов главного врача по обеспечению профилактики рисков, связанных с оперативными вмешательствами		Проверить наличие приказов главного врача/темы:			
			8.1.1	Организация системы хирургической безопасности, включая положение об ответственных и комиссии			
			8.1.2	Порядок разработки и обновления клинических алгоритмов МО, СОПов, включая положение о мультидисциплинарной рабочей группе/группах			
			8.1.3	Порядок учета и регистрации периоперационных осложнений			
			8.1.4	Организация посещений пациентов и привлечение родственников к уходу за тяжелобольными			

		Проведение регулярного аудита системы хирургической безопасности в МО	8.1.5	Проверить наличие отчетов о результатах аудитов/регулярность проведения Проверить наличие планов по устранению недостатков /ответственные/сроки			
		Система обучения персонала по вопросам хирургической безопасности	8.1.6	Оценить систему обучения персонала по вопросам обеспечения хирургической безопасности, проверить наличие планов обучения, журналов обучения (охват персонала 100%), регулярность проведения тренингов			
8.2	Процесс подготовки к плановому оперативному вмешательству	Наличие и исполнение алгоритма подготовки к оперативному вмешательству, включая: Объем обследования (в том числе отсутствие дублирования исследований) Осмотр врачами-специалистами Оформление информированных согласий	Проверить не менее 10 ИБ в каждом хирургическом отделении, где производятся плановые оперативные вмешательства, на предмет наличия:				
			8.2.1	Осмотр хирурга с заключением			
			8.2.2	Осмотр анестезиолога с заключением			
			8.2.3	Оценка рисков (аллергии, кровопотери, анестезиологического, тромбоэмболии, инфекционного и т.д.)			
			Оформление информированных согласий на:				
			8.2.4	оперативное вмешательство			
			8.2.5	анестезию			
			8.2.6	трансфузию (если необходимо) другие (указать какие)			
			8.2.7	Отсутствие дублирования исследований			
			8.2.8	Опросить не менее 5 пациентов в каждом хирургическом отделении, где производятся плановые оперативные вмешательства, на предмет подтверждения оформления информированного согласия (предоставление в полном объеме информации о вмешательстве, включая возможные осложнения, альтернативы, последствия при отказе и т.д.)			
8.3	Внедрение хирургического чек-листа	Наличие и использование хирургического чек-листа	8.3.1	Проверить наличие хирургического чек-листа			
			8.3.2	Оценить использование чек-листа во время операций методом прямого наблюдения не менее 2 операций (при возможности)			
8.4	Обеспечение безопасности в	Наличие и исполнение алгоритмов ведения	Оценить исполнение алгоритма методом наблюдение не менее 2 операций:				

	периоперационный период: до, во время и непосредственно после операции	пациента непосредственно до начала операции, включая алгоритмы седации, АБ-профилактики и др.	8.4.1	Проверить наличие маркировки места операции (если применимо)			
			8.4.2	Оценить процесс идентификация пациента/подтверждения пациентом места и вида операции			
			8.4.3	Оценить исполнение алгоритма седации/премедикации, включая соответствие выбора препаратов, доз и сроков введения алгоритму МО, проверить не менее 10 ИБ			
			8.4.4	Проверить наличие пульсоксиметра			
			8.4.5	Оценить исполнение алгоритма АБ-профилактики, включая сроки введения препарата (не ранее чем за 1 час, но до вмешательства/до разреза)			
			Проверить не менее 10 ИБ				
			8.4.6	Оценить исполнение алгоритма АБ-профилактики			
		8.4.7	Оценить исполнение алгоритма профилактики тромбоэмболических осложнений				
		Наличие и исполнение алгоритма оценки технической готовности оборудования к операции	8.4.8	Оценить исполнение алгоритма проверки оборудования (включая необходимого для оказания реанимации: кислородное оборудование, отсос, зонды и т.д.)			
			8.4.9	Оценить исполнение алгоритма проверки оборудования для визуализации изображений (если применимо)			
		Наличие и исполнение алгоритма оценки операции сразу после ее окончания	Оценить исполнение алгоритма оценки операции методом наблюдения не менее 2-х операций:				
			8.4.10	Подсчет инструментов, тампонов и т.д.			
			8.4.11	Оценка проведенной операции (технических особенностей)			
8.4.12	Оценка интраоперационной кровопотери						
		8.4.13	Оценка рисков послеоперационного периода				
8.5	Обеспечение безопасности в период до перевода из операционного блока	Наличие и исполнение алгоритма ведения пациента до перевода в послеоперационное отделение/АРО/ОРИТ/ПИТ	8.5.1	Оценить исполнение алгоритма мониторинга состояния пациента методом наблюдения не менее 2-х случаев на предмет соответствия алгоритму МО			
			8.5.2	Оценить полноту и аккуратность заполнения листов наблюдения состояния пациента, проверить не менее 10 ИБ			

			8.5.3	Проверить наличие алгоритма перевода из операционной в палату пробуждения/палату наблюдения, включая показания/условия/состояние пациента (если применимо)			
			8.5.4	При отсутствии отдельной палаты пробуждения/наблюдения оценить условия в которых наблюдается пациент до перевода из операционного блока, проверить отсутствие пациентов, лежащих на каталках в коридорах			
			8.5.5	Проверить наличие алгоритма перевода в АРО/ОРИТ/ПИТ, послеоперационное отделение, включая показания/условия/состояние пациента			
			8.5.6	Оценить передачу ответственности за пациента при переводе из операционного блока методом наблюдения не менее 2 случаев			
8.6	Обеспечение безопасности в послеоперационном периоде, в послеоперационном отделении	Наличие и исполнение алгоритма ведения пациентов в послеоперационном периоде	8.6.1	Проверить наличие алгоритма ведения пациентов в послеоперационном периоде			
		Обеспечение адекватного обезболивания в послеоперационном периоде	8.6.2	Оценить методику оценки боли, принятой в МО, алгоритма обезболивания, включая наличие стандартных чек-листов, проверить не менее 5 ИБ на предмет наличия заполненных чек-листов			
			8.6.3	Опросить не менее 5 сотрудников из разных подразделений на предмет знания алгоритма оценки боли			
			8.6.4	Проверить наличие алгоритмов обезболивания, в том числе для разных категорий пациентов			
			8.6.5	Опросить не менее 5 пациентов, которым проводилось обезболивание на предмет подтверждения проведения оценки эффективности обезболивания			

			8.6.6	Оценить качество обратной связи с пациентами, регулярность проведения анкетирования пациентов по качеству обезболивания, проверить наличие протоколов заседаний рабочей группы, анализ результатов анкетирования			
8.7	Соблюдение прав пациентов, включая обеспечение конфиденциальности при оказании помощи	Соблюдение принципов конфиденциальности при оказании медицинской помощи Организация посещений больных	8.7.1	Оценить размещение пациентов с учетом приватности, соблюдение конфиденциальности при приеме, осмотре и т.д., включая размещение в одноместных палатах, разделение палат ширмами			
			8.7.2	Оценить организацию посещения пациентов родственниками/ухаживающими, проверить наличие гардероба, возможности посещения палат, опросить не менее 5-ти пациентов или посетителей на предмет оценки организации посещений			
			8.7.3	Проверить наличие мест для ожидания/встреч родственников, посетителей			
			8.7.4	Оценить условия посещений для ухаживающих за тяжелобольными, проверить наличие мест отдыха, включая кресла, раскладные кровати, доступность туалетов, воды, еды			
			8.7.5	Опросить не менее 5 пациентов и ухаживающих на предмет оценки организации их пребывания в МО			

Приложение 9
к Требованиям
к организации и проведению
внутреннего контроля
качества и безопасности
медицинской деятельности, утвержденному
Министерством здравоохранения
Российской Федерации
от _____ 2018 г. № _____

Рекомендуемый образец

Оценочный лист по направлению «Профилактика рисков, связанных с переливанием донорской крови и ее компонентов, препаратов из донорской крови» для проведения проверки медицинской организации

Дата проверки:	
Основание проверки:	
Руководитель группы:	
Ответственный специалист группы:	

№	Группы показателей	Показатели	№	Порядок оценки показателей	Да	Нет	Комментарии	
9.1	Организация службы трансфузиологии в МО	Наличие приказов главного врача по темам:	Проверить наличие приказов МО по темам:					
			9.1.1	Организация службы трансфузиологии в МО				
			9.1.2	Система регистрации случаев реакций и осложнений, возникших в связи с трансфузией донорской крови и (или) ее компонентов				
			9.1.3	Алгоритмы клинического использования донорской крови и (или) ее компонентов				
			9.1.4	Аудит системы профилактики рисков, связанных с переливанием донорской крови и ее компонентов				
			9.1.5	Обучение персонала				

		Наличие трансфузиологической комиссии/ответственного	9.1.6	Проверить наличие комиссии или ответственного, состав (ФИО, должности)			
		Регулярность рабочих совещаний, наличие протоколов рабочих совещаний комиссии	9.1.7	Оценить работу комиссии/ответственного, проверить протоколы рабочих совещаний, их регулярность, планы по внедрению изменений и оценки эффективности внедрения			
9.2	Региональная система донорства/станций переливания крови/центров крови/обеспечения донорской кровью и ее компонентами	Наличие региональной системы обеспечения донорской кровью и ее компонентами	9.2.1	Проверить наличие в МО региональных документов, описывающих систему обеспечения донорской кровью и ее компонентов			
		Наличие алгоритмов заказа, доставки и возврата крови и ее компонентов	9.2.2	Проверить наличие алгоритмов МО заказа и доставки крови и ее компонентов			
			9.2.3	Оценить знания алгоритмов, опросить не менее 2-х ответственных сотрудников			
			9.2.4	Проверить наличие алгоритмов МО возврата невостребованной крови и ее компонентов			
	Регулярный аудит системы обеспечения донорской кровью и ее компонентами, включая систему регистрации случаев неполного (некорректного) выполнения заявки, случаев отложенных плановых оперативных вмешательств или случаев, связанных с дефицитом крови и компонентов	9.2.5	Оценить систему аудита: Проверить наличие отчетов о результатах аудитов/регулярность проведения, Наличие планов по устранению дефектов /ответственные/сроки				

9.3	Региональная система учета и регистрации донорской крови	Наличие системы регистрации и учета донорской крови и компонентов (желательно электронной), включая наличие журнала (возможно электронного) движения крови и компонентов в МО, аккуратное ведение	9.3.1	Оценить систему регистрации и учета донорской крови и компонентов, проверить наличие журнала (возможно электронного) движения крови и компонентов в МО, регулярность заполнения			
		Доступ персонала к системе учета 24/7/365	9.3.2	Оценить доступность информации о наличии донорской крови и компонентов 24/7/365			
		Наличие и исполнение алгоритма идентификации препаратов крови и ее компонентов при доставке, использовании	9.3.3	Проверить наличие алгоритмов идентификации препаратов крови и ее компонентов			
			9.3.4	Оценить навыки персонала, попросить не менее 2-х ответственных сотрудников продемонстрировать систему идентификации			
9.4	Контроль условий транспортировки препаратов крови и ее компонентов (как внутри МО, так и извне)	Соблюдение правил транспортировки, включая учет температурного режима на всех этапах (хранения, транспортировки и клинического использования):		Оценить соблюдение правил транспортировки препаратов крови методом наблюдения (при возможности), опросить не менее 2-х ответственных сотрудников			
		Донорской крови и эритроцитсодержащих компонентов крови	9.4.1	Донорской крови Менее 30 минут – в транспортных контейнерах, обеспечивающих достаточную изотермичность и изоляцию			
				Более 30 мин (максимально до 24 ч), температура внутри транспортного контейнера не должна превышать + 10°C.			
Тромбоцитсодержащих компонентов	9.4.2	от + 20 до + 24С (оберегать от встряхивания, ударов и переворачивания)					

		СЗП	9.4.3	- в течение всего периода транспортировки не выше – 18°С.				
9.5	Контроль условий хранения препаратов крови и ее компонентов	Контроль условий хранения препаратов крови и ее компонентов (как хранящихся в МО, так и поступивших в экстренном порядке)	9.5.1	Проверить наличие донорской крови и компонентов в количестве, соответствующим расчетным				
			Проверить наличие исправного оборудования во всех подразделениях МО:					
			9.5.2	Холодильники с исправными градусниками или термодатчиками				
			9.5.3	Морозильники с исправными термодатчиками				
			9.5.4	Оценить порядок контроля условий хранения, проверить наличие журналов для фиксации контрольных параметров, регулярность заполнения				
			9.5.5	Оценить систему контроля технического состояния оборудования, проверить наличие договоров с компаниями, осуществляющими техническое обслуживание оборудования, журналов проведения проверок, регулярность				
			9.5.6	Проверить раздельность хранения донорской крови и компонентов в зависимости от наименования и статуса компонента крови, группы крови АВ0 и резус-принадлежности				
			Проверить соблюдение условий хранения:					
			9.5.7	Крови - (если используется для трансфузии как цельная кровь) от + 2 до + 6С (максимальный период хранения зависит от используемой системы антикоагулянт –взвешивающий раствор)				
			9.5.8	СЗП - Ниже – 25С (36 мес.) (при отсутствии потребности в использовании размороженной плазмы при температуре 2-6 С в течение 24 ч				
9.5.9	Тромбоцитарная масса - от + 20 до + 24С (5 дней при условии непрерывного помешивания)							
9.6	Алгоритм заказа, доставки крови и компонентов в МО	Наличие стандартных документов (бланков) для заказа крови и компонентов	9.6.1	Проверить наличие стандартных бланков для заказа				

		Наличие системы регистрации (журнала учета) несоответствий доставленных компонентов крови (меньше/больше, визуальным требованиям, срокам годности)	9.6.2	Проверить наличие системы регистрации			
		Наличие алгоритма вербального заказа на станции переливания крови/в банке крови	9.6.3	Проверить наличие алгоритма/памятки для персонала вербального заказа на станции переливания крови/в банке крови			
			9.6.4	Оценить знания персонала, попросить продемонстрировать не менее 2-х сотрудников			
9.7	Наличие в МО специального оборудования/расходных материалов для профилактики осложнений	Наличие устройств одноразового применения со встроенным микрофильтром, обеспечивающим удаление микроагрегатов диаметром более 30 мкм	9.7.1	Проверить наличие устройств в расчетном количестве для МО			

		<p>Использование устройств во всех случаях в соответствии с клиническими рекомендациями/стандартами:</p> <ul style="list-style-type: none"> • При трансфузии донорской крови и (или) ее компонентов, не подвергнутых лейкоредукции • При проведении множественных трансфузиях пациентам с отягощенным трансфузионным анамнезом 	9.7.2	<p>Проверить факт использования устройств в случаях в соответствии с клиническими рекомендациями/стандартами проверить 10 ИБ (при наличии) со случаями трансфузии крови или компонентов, не подвергнутых лейкоредукции, проведении множественных трансфузий пациентам с отягощенным трансфузионным анамнезом</p>			
9.8	Алгоритм обследования при поступлении	<p>Проведение обследования пациентов в лаборатории МО при поступлении в объеме:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Первичное исследование групповой и резус- 	Оценить объем обследования пациентов при поступлении в объем, проверить не менее 10 ИБ из разных подразделений на предмет наличия:				
			9.8.1	Исследование групповой и резус-принадлежности крови			
			9.8.2	Подтверждающее определение группы крови по системе АВО и резус-принадлежности			

		<p>принадлежности крови у всех пациентов</p> <ul style="list-style-type: none"> • Подтверждающее определение группы крови по системе АВО и резус-принадлежности у всех пациентов • Фенотипирование по антигенам С, с, Е, е, Сw, К, k и определение антиэритроцитарных антител у реципиента 	9.8.3	<p>Проверить не менее 10 ИБ пациентов, которым была проведена трансфузия крови и ее компонентов на предмет наличия:</p> <p>Фенотипирование по антигенам С, с, Е, е, Сw, К, k и определение антиэритроцитарных антител</p>			
		Наличие договора со сторонней лабораторией при отсутствии возможности проведения исследований в собственной	9.8.4	Оценить систему проведения исследований при отсутствии возможности проведения всего объема в МО, проверить наличие договора с внешней лабораторией, оценить порядок отправки проб и получения результатов			
9.9	Обеспечение безопасности при переливании крови и компонентов	Исполнение алгоритма переливания крови и компонентов	9.9.1	Проверить наличие алгоритма переливания крови и компонентов, и его соответствие клиническим рекомендациям/стандартам			
			9.9.2	Оценить знания персонала алгоритма, опросить не мене 5-ти сотрудников из разных подразделений МО, включая следующие этапы:			
			9.9.3	Оценить исполнение протокола методом наблюдения (при наличии возможности) или методом опроса сотрудников			
			9.9.4	В день трансфузии (или не ранее, чем за 24 часа до трансфузии) забор крови из вены - 2-3 мл в пробирку с антикоагулянтом и 3-5 мл в пробирку без антикоагулянта			

			9.9.5	Пробирки маркированы с указанием фамилии и инициалов реципиента, номера медицинской документации, наименования отделения, где проводится трансфузия, групповой и резус-принадлежности, даты взятия образца крови			
			9.9.6	Трансфузия крови и/или эритроцитсодержащих компонентов начинается не позднее двух часов после извлечения из холодильного оборудования и согревания до 37 С			
			9.9.7	Перед началом трансфузии медицинский работник проверяет герметичность контейнера и правильность паспортизации, проводит макроскопический осмотр контейнера с кровью и (или) ее компонентами			
			9.9.8	Определяется группа крови реципиента (При переливании тромбоцитов – группа крови по системе АВО и резус-принадлежность реципиента)			
			9.9.9	Определяется группа крови донора в контейнере по системе АВО (резус-принадлежность донора устанавливается по обозначению на контейнере)			
			9.9.10	Проводится проба на индивидуальную совместимость крови реципиента и донора методами: на плоскости при комнатной температуре одной из трех проб (непрямая реакция Кумбса или ее аналоги, реакция конглоутинации с 10% желатином или реакция конглоутинации с 33% полиглюкином)			
			9.9.11	Проверить реагенты для проведения проб на предмет сроков годности, включая соблюдение сроков после вскрытия (не более 4-х суток)			
			9.9.12	Проводится биологическая проба (БП) (независимо от вида и объема донорской крови и (или) ее компонентов и скорости их введения, а также в случае индивидуально подобранных в клиничко-диагностической лаборатории или фенотипированных эритроцитсодержащих компонентов			

			9.9.13	При необходимости переливания нескольких доз компонентов донорской крови БП выполняется перед началом переливания каждой новой дозы компонента донорской крови			
			9.9.14	Биологическая проба: Переливание 10 мл донорской крови и (или) ее компонентов со скоростью 2-3 мл (40-60 капель) в минуту в течение 3-3,5 минут В течение 3 минут наблюдение за состоянием реципиента, контроль: пульс, ЧДД, АД, общее состояние, цвет кожи, Т тела Повторить процедуру			
			9.9.15	Показания для прекращения трансфузии: <ul style="list-style-type: none"> Любые клинические симптомы: озноб, боли в пояснице, чувства жара и стеснения в груди, головной боли, тошноты или рвоты Установление связи реакции или осложнения с трансфузией 			
			9.9.16	Признаки реакции или осложнения при трансфузии под наркозом: усиливающаяся без видимых причин кровоточивость в операционной ране, снижение АД, учащение пульса, изменение цвета мочи при катетеризации мочевого пузыря			
			9.9.17	Вопрос о дальнейшей трансфузии решается консилиумом врачей с учетом клинических и лабораторных данных			
			9.9.18	Реципиент соблюдает постельный режим в течение 2 часов. Проводится мониторинг состояния: Т тела, АД, пульс, диурез, цвет мочи с фиксацией в медицинской карте реципиента			
			9.9.19	На следующий день после трансфузии донорской крови и (или) ее компонентов производится клинический анализ крови и мочи			
9.10	Обеспечение безопасности при переливании СЗП	Наличие и исполнение алгоритма переливания СЗП	9.10.1	Проверить наличие алгоритма переливания СЗП, и его соответствие клиническим рекомендациям/стандартам			

			9.10.2	Оценить знания персонала алгоритма, опросить не мене 5-ти сотрудников из разных подразделений МО, включая следующие этапы:			
			9.10.3	Оценить исполнение протокола методом наблюдения (при наличии возможности) или методом опроса сотрудников			
			9.10.4	Используется только карантинизированная СЗП- не <180 суток с момента замораживания при температуре ниже минус 25°С.			
			9.10.5	Для размораживания СЗП используется специальная аппаратура. Размораживание на «водяной бане» не допускается			
			9.10.6	Перед трансфузией СЗП определяется группа крови реципиента по системе АВО, СЗП донора должна быть одногруппной по системе АВО с реципиентом.			
			9.10.7	Разногруппность по системе резус не учитывается			
			9.10.8	При переливании больших объемов СЗП (> 1 л) соответствие по резусу учитывается обязательно			
9.11	Обеспечение безопасности при переливании тромбоцитов	Наличие и исполнение алгоритма переливания тромбоцитов	9.11.1	Проверить наличие алгоритма переливания тромбоцитов и его соответствие клиническим рекомендациям/стандартам			
				Оценить знания персонала алгоритма, опросить не менее 5-ти сотрудников из разных подразделений МО, включая следующие этапы:			
			9.11.2	Групповая и резус-принадлежность донора устанавливается по маркировке на контейнере с компонентом крови			
			9.11.3	Пробы на индивидуальную совместимость не проводятся			
9.12	Обеспечение безопасности при переливании криопреципитата	Наличие и исполнение алгоритма переливания криопреципитата	9.12.1	Проверяется соответствие группы донора и реципиента по системе АВО			
9.13	Обеспечение безопасности при трансфузии по	Наличие и исполнение алгоритма экстренной трансфузии по жизненным	9.13.1	Проверить наличие алгоритма трансфузии по жизненным показаниям, и его соответствие клиническим рекомендациям/стандартам			

	жизненным показателям	показаниям	9.13.2	Оценить знания персонала алгоритма, опросить не менее 5-ти сотрудников из разных подразделений МО, включая следующие этапы:			
			9.13.3	Реципиентам с группой крови А(II) или В(III) при отсутствии одногруппной крови или компонентов могут быть перелиты резус-отрицательные компоненты О(I), а реципиентам АВ(IV) могут быть перелиты резус-отрицательные компоненты В(III) независимо от резус-принадлежности реципиентов			
			9.13.4	При невозможности определения группы крови по жизненным показателям реципиенту переливают компоненты О(I) группы резус-отрицательные в количестве не более 500 мл независимо от групповой и резус-принадлежности реципиента			
			9.13.5	При отсутствии одногруппной СЗП допускается переливание СЗП группы АВ(IV) реципиенту с любой группой крови			
9.14	Оценка эффективности терапии	Наличие согласованных показателей эффективности терапии	9.14.1	Проверить наличие перечня показателей эффективности терапии			
			9.14.2	Оценить знания персонала, опросить не менее 5-ти сотрудников из разных подразделений МО			
		Сбор показателей эффективности в соответствии с алгоритмами МО, фиксация в историях болезни, анализ, включая:	9.14.3	Оценить процесс оценки эффективности терапии, проверить не менее 10 ИБ пациентов, которым была проведена трансфузия крови компонентов на предмет наличия показателей и их анализа			
9.15	Обеспечение безопасности при подборе компонентов крови особым группам реципиентов	Наличие и исполнение алгоритма подбора компонентов крови в особых случаях, включая реципиентов, имеющим:	9.15.1	Проверить наличие алгоритма подбора компонентов крови особым группам реципиентов и его соответствие клиническим рекомендациям/стандартам			
			9.15.2	Оценить знания персонала, опросить не мене 5-ти сотрудников из разных подразделений МО			

		<ul style="list-style-type: none"> • в анамнезе посттрансфузионные осложнения • беременность, рождение детей с гемолитической болезнью новорожденного • аллоиммунные антитела 	9.15.3	Проверить не менее 5 историй (при наличии) пациентов, которым была проведена трансфузия на фоне: <ul style="list-style-type: none"> • наличия в анамнезе посттрансфузионных осложнений • беременности, рождения детей с гемолитической болезнью новорожденного • наличия аллоиммунных антител 			
		Наличие договора со сторонней лабораторией при отсутствии возможности проведения исследований в собственной	9.15.4	Оценить систему проведения исследований при отсутствии возможности проведения всего объема в МО, проверить наличие договора с внешней лабораторией			
9.16	Ведение медицинской документации	Наличие во всех медицинских документах:	Проверить не менее 10 ИБ пациентов на предмет наличия следующей информации:				
		Информация о группе крови и резус-факторе	9.16.1	Группа крови резус-фактор			
		Анамнез (трансфузионный)	9.16.2	Трансфузионный анамнез			
		Информированное согласие	9.16.3	Информированное согласие			
		Наличие стандартных бланков переливания, заполненных четко и полностью:	Проверить не менее 10 ИБ пациентов, которым была проведена трансфузия крови и компонентов, включая:				
			9.16.4	Медицинские показания			
			9.16.5	Паспортные данные контейнера (или копия)			
			9.16.6	Результаты контрольной проверки группы крови реципиента по системе АВО с указанием сведений (наименование, производитель, серия, срок годности) об используемых реактивах (реагентах)			
			9.16.7	Результаты контрольной проверки группы донорской крови или ее компонентов, взятых из контейнера, по системе АВО			
			9.16.8	Результаты проб на индивидуальную совместимость крови донора и реципиента			

			9.16.9	Результата биологической пробы			
			9.16.10	Запись в медицинской документации, отражающей состояние здоровья реципиента, оформляется протоколом трансфузии (переливания) донорской крови и (или) ее компонентов по единому образцу			
9.17	Система информирования пациентов	Предоставление пациентам полной и точной информации о трансфузии, рисках и преимуществах, альтернативных методах	9.17.1	Оценить качество информирования пациентов, опросить не менее 10 пациентов после трансфузии в различных подразделениях на предмет информирования их персоналом			
		Наличие информационных материалов по вопросам донорства, переливании крови и компонентов (постеры, брошюры, памятки и др.)	9.17.2	Проверить наличие информационных материалов для пациентов по вопросам переливания крови компонентов во всех подразделениях МО, оценить их качество, в том числе соответствие клиническим рекомендациям, стандартам			
9.18	Система регистрации случаев реакций и осложнений, возникших в связи с трансфузией донорской крови и (или) ее компонентов	Наличие в МО ответственных за регистрацию случаев реакций и осложнений, возникших в связи с трансфузией донорской крови и (или) ее компонентов	9.18.1	Проверить наличие ответственного/ответственных (ФИО, должность)			
		Наличие стандартных уведомлений, подающихся руководителю организации, которая заготовила и поставила донорскую кровь и (или) ее компоненты	9.18.2	Проверить наличие уведомлений			
			9.18.3	Оценить навыки персонала по заполнению уведомлений, попросить ответственных сотрудников заполнить уведомление			
	Наличие и исполнение алгоритма действий в случае реакции и	9.18.4	Оценить знания персонала, опросить не менее 5 сотрудников из различных подразделений МО, включая следующие этапы:				

		осложнений, возникших в связи с трансфузией донорской крови и (или) ее компонентов:	9.18.5	После окончания трансфузии контейнер с оставшейся донорской кровью и (или) ее компонентами (5 мл), а также пробирка с кровью реципиента, использованная для проведения проб на индивидуальную совместимость, сохраняются в течение 48 часов при температуре 2-6 С в холодильнике			
			9.18.6	Оставшаяся часть донорской крови и (или) ее компонентов передается в организацию, которая ее заготовила			
				9.18.7	Туда же передаются образцы крови реципиента, взятые до и после трансфузии		
		Регулярный аудит случаев, разработка предложений по улучшению системы безопасности при переливании крови и компонентов	9.18.8	Оценить систему аудита: Проверить наличие отчетов о результатах аудитов/регулярность проведения Наличие планов по устранению дефектов /ответственные/сроки			
9.19	Внедрение методов аутодонорства компонентов крови и аутогемотрансфузии в отделениях соответствующего профиля	В МО внедрены методики компонентов крови и аутогемотрансфузии	9.19.1	Оценить внедрение в МО новых технологий, включая:			
				Предоперационная заготовка аутокомпонентов крови (аутоплазмы и аутоэритроцитов)			
				Предоперационная нормоволемическая или гипervолемическая гемодилюция			
				Интраоперационная аппаратная реинфузия крови Трансфузия (переливание) дренажной крови			
9.20	Обеспечение безопасности при проведении аутогемотрансфузии крови	Наличие и исполнение алгоритма проведения аутогемотрансфузии крови	9.20.1	Проверить наличие алгоритма проведения аутогемотрансфузии крови и его соответствие клиническим рекомендациям/стандартам			
			9.20.2	Оценить знания персонала алгоритма, опросить не мене 5-ти сотрудников из разных подразделений МО, включая следующие этапы:			
				Оценить исполнение протокола методом наблюдения (при наличии возможности) или методом опроса сотрудников			

			9.20.3	Оформление информированного согласия на заготовку аутокрови или ее компонентов, которое фиксируется в медицинской документации			
			9.20.4	Предоперационная заготовка аутокрови или ее компонентов осуществляется при уровне гемоглобина не ниже 110 г/л, гематокрита - не ниже 33%			
			9.20.5	Последняя аутодонация осуществляется не менее чем за 3 суток до начала оперативного вмешательства			
			9.20.6	При нормоволемической гемодилюции постгемодилюционный уровень гемоглобина не должен быть ниже 90 - 100 г/л, а уровень гематокрита не должен быть менее 28%; при гипероволемической гемодилюции поддерживается уровень гематокрита в пределах 23 - 25%			
			9.20.7	Интервал между эксфузией и реинфузией при проведении гемодилюции не должен быть более 6 часов. В противном случае контейнеры с кровью помещаются в холодильное оборудование при температуре 4 - 6 °С			
			9.20.8	Определен алгоритм отказа от интраоперационной реинфузии крови при подозрении на наличие бактериального загрязнения			
			9.20.9	Перед трансфузией аутологичной крови и ее компонентов выполняется проба на совместимость с реципиентом и биологическая проба, как и в случае применения компонентов аллогенной крови			
9.21	Система утилизации крови и компонентов с истекшим сроком годности	Осуществление регулярного контроля сроков годности крови и препаратов /плановые и внеплановые проверки/журнал/отчеты, Отчеты о результатах/принятые решения	9.21.1	Оценить систему контроля сроков годности, включая: Регулярность плановых проверок			
			9.21.2	Проведение внеплановых проверок (количество за полный последний год)			
			9.21.3	Проверить наличие отчетов по результатам проверок, журналов			
			9.21.4	Проверить наличие и оценить планы по устранению дефектов /ответственные/сроки			

		Планы по устранению дефектов /ответственные/сроки Информирование персонала годности	9.21.5	Оценить систему информирования, опросить не менее 5 сотрудников из разных подразделений			
		Наличие и исполнение алгоритма утилизации крови ее компонентов при истечении сроков годности	9.21.6	Проверить наличие алгоритма			
			9.21.7	Оценить знания персонала, опросить не менее 2-х ответственных сотрудников			

Приложение 10
к Требованиям
к организации и проведению
внутреннего контроля
качества и безопасности
медицинской деятельности, утвержденному
Министерством здравоохранения
Российской Федерации
от _____ 2018 г. № _____

Рекомендуемый образец

Оценочный лист по направлению «Безопасность среды в медицинской организации, организация ухода за пациентами, профилактика пролежней и падений» для проведения проверки медицинской организации

Дата проверки:	
Основание проверки:	
Руководитель группы:	
Ответственный специалист группы:	

№	Группы показателей	Показатели	№	Порядок оценки показателей	Да	Нет	Комментарии
10.1	Формирование безопасной среды для пациентов и персонала	Наличие приказов главного врача по вопросам организации безопасной среды		Проверить наличие приказов главного врача по вопросам организации безопасной среды			
			10.1.1	Организация безопасной среды в МО			
			10.1.2	Ответственные/ответственный/инженер			
			10.1.3	Информационная безопасность. Обработка и хранение персональных данных			
			10.1.4	Система охраны МО			
			10.1.5	Порядок действий персонала при чрезвычайных ситуациях			

			10.1.6	Порядок действий персонала при стихийных бедствиях				
		Регулярный аудит безопасной среды	10.1.7	Проверить наличие отчетов о результатах аудитов/регулярность проведения				
			10.1.8	Наличие планов по устранению дефектов /ответственные/сроки				
10.2	Оптимальная организация (структура) МО, рациональность, безопасность планировки подразделений	Рациональная, безопасная, эргономичная планировка МО, в том числе для минимизации потерь времени при переводе пациента внутри МО, оказании медицинской помощи, включая: <ul style="list-style-type: none"> • Размещение отделений относительно друг друга • Планировка приемного отделения • Планировка внутри подразделений • Планировка помещений для посетителей: кафетерия, зон ожидания и т.д. 	Оценить планировку внутри МО и внутри подразделений МО, включая:					
			10.2.1	Оценить рациональность структуры МО, включая размещение подразделений относительно друг друга (например, операционного блока и реанимационного отделения, родового блока и отделения реанимации новорожденных и т.п.)				
			10.2.2	Оценить рациональность планировки приемного отделения в соответствии с распределением потоков пациентов в зависимости от экстренности				
			10.2.3	Оценить рациональность планировки операционного блока				
			10.2.4	Оценить рациональность, эргономичность планировки внутри клинических подразделений (размещение поста сестры относительно палат, процедурной, перевязочной и т.д.)				
			10.2.5	Оценить рациональность планировки зон ожидания для посетителей, кафе и т.д.				
10.3	Рациональная и безопасная организация пространства в помещениях МО	Рациональная, эргономичная планировка помещений внутри подразделений МО, как медицинского, так и не медицинского назначения Обеспечение безопасности при планировке и организации	Оценить рациональность, эргономичность планировки помещений на предмет соответствия дверных проемов, коридоров, лестничных проемов размерам каталок, кроватей, кресел, отсутствия препятствия в виде порогов, отсутствия излишней мебели, неиспользуемого медицинского оборудования в следующих подразделениях:					
			10.3.1	В операционных				
			10.3.2	В отделениях интенсивной терапии				

		пространства внутри помещений МО	10.3.3	В палатах для пациентов, в коридорах, холлах, в том числе в душевых и санузлах (расстояние между кроватями, расположение кроватей относительно санузла (если есть) и т.д.)			
			10.3.4	Проверить безопасность кроватей, каталок, стульев, кресел, кушеток, включая исправность тормозной системы, наличие колесиков и т.д.			
10.4	Обеспечение безопасных условий пребывания в МО	Безопасность, исправность систем жизнеобеспечения, включая	Проверить безопасность, исправность, рабочее состояние во всех подразделениях МО следующих систем:				
		Электричество	10.4.1	Электричество, включая исправность розеток, настенных выключателей, наличия незакрепленных проводов и т.д.			
			10.4.2	Наличие резервного электроснабжения с лагом 10 сек., проверить исправность			
		Система водоснабжения	10.4.3	Система водоснабжения, включая наличие горячей воды 24/7/365, проверить исправность системы резервного водоснабжения,			
		Система вентиляции	10.4.4	Система вентиляции, включая регулярность замены фильтров, технического обслуживания, наличие журналов технического обслуживания			
		Система освещения	10.4.5	Система освещения, включая наличие исправных индивидуальных источников света у кроватей пациентов			
			10.4.6	Наличие системы аварийного освещения, проверить исправность			
		Половое покрытие, состояние стен, потолков	10.4.7	Проверить состояние полового покрытия, стен, потолков, во всех подразделениях МО			
		Организация мест общего пользования	10.4.8	Проверить состояние мест общего пользования, включая наличие кнопок вызова персонала в туалетах, душевых, поручней в туалетах			
		Доступность и безопасность среды в МО для лиц с ограниченными возможностями	10.4.9	Проверить наличие пандусов, специальных подъемников, лифтов для подъема каталок, специальных туалетов и т.д.			

		Наличие лифта с резервным электроснабжением (для МО с двумя и более этажами)	10.4.10	Проверить наличие минимум 1 лифта с резервным электроснабжением (для учреждений в 2 и более этажей)			
10.5	Система охраны и безопасности МО	Наличие системы охраны и безопасности МО	Оценить систему охраны МО, включая				
			10.5.1	Проверить наличие договора с охранной организацией или органами МВД об оказании услуг по охране территории и помещений МО			
			10.5.2	Проверить наличие работников охраны на соответствующих постах ИЛИ наличие «тревожной кнопки»			
			10.5.3	Оценить знания работниками охраны инструкций МО, опросить всех находящихся на момент оценки сотрудников			
		Организация доступа в МО, подразделения МО, включая помещения «только для персонала»	10.5.4	Оценить систему доступа посторонних (как сотрудников, так и пациентов, и посетителей) в подразделения МО, проверить наличие списка определенных администрацией помещений с ограниченным доступом и предупреждающих табличек на дверях			
			10.5.5	Проверить наличие и исправность пропускной системы, в том числе электронной			
		Наличие алгоритма действий при опасных ситуациях (нападении на медицинских работников, угрозах со стороны пациентов или посетителей, угрозе суицида и т.п.)	10.5.6	Проверить наличие алгоритма			
			10.5.7	Оценить знания алгоритма персоналом, опросить не менее 5 сотрудников из различных подразделений			
		Соблюдение прав пациентов при организации видеонаблюдения в МО	10.5.8	Проверить наличие предупреждающих табличек при организации видеонаблюдения только в местах общего пользования			
10.5.9	При организации видеонаблюдения в клинических отделениях - проверить наличие согласия пациентов в 5 ИБ						

		Учет и регистрация всех случаев нарушений порядка в МО	10.5.10	Оценить систему учета и регистрации всех случаев нарушений порядка в МО, проверить наличие отчетов, планов по предотвращению в дальнейшем/ответственные/сроки			
			10.5.11	Оценить систему информирования персонала о фактах нарушения порядка, принятых мерах, опросить не менее 2-х сотрудников на предмет знания информации			
10.6	Обеспечение безопасности и при возникновении опасных техногенных ситуаций, стихийных бедствий	Наличие алгоритма действий персонала при возникновении опасных техногенных ситуаций, стихийных бедствий, включая пожар, наводнение, землетрясение и т.п. Обучение персонала, включая регулярные практические тренинги	10.6.1	Проверить наличие алгоритма, включая порядок взаимодействия с органами внутренних дел, МЧС, пожарной охраной т.д.			
			10.6.2	Оценить систему обучения персонала порядку действий при опасных ситуациях, проверить наличие плана проведения тренингов			
			10.6.3	Оценить эффективность обучения, опросить не менее 5-ти сотрудников на предмет знаний действий			
10.7	Обеспечение беспрепятственного подъезда спецтранспорта	Обеспечение свободного подъезда спецтранспорта к приемным отделениям 24/7/365	10.7.1	Проверить наличие свободного доступа спецтранспорта на территорию МО, к приемным отделениям			
		Организация доступа и парковки автомобилей сотрудников, пациентов и посетителей на ИЛИ за территорией МО	10.7.2	Проверить наличие парковки для автомобилей сотрудников, пациентов и посетителей			
10.8	Система информационной безопасности. Обеспечение защиты персональных данных пациентов	Оформление информированного согласия на обработку персональных данных пациентов	10.8.1	Проверить наличие информированного согласия на обработку персональных данных пациентов (или его законного представителя) в не менее чем 10 ИБ в разных подразделениях МО			
			10.8.2	Опросить не менее 5 пациентов на предмет подтверждения взятия у них информированного согласия на обработку персональных данных			

		Ограничение доступа к информации, наличие списков сотрудников, допущенных круг лиц с доступом к информации, система безопасности при работе с документами)	10.8.3	Проверить наличие списка сотрудников, допущенных к обработке персональных данных			
		Хранение бумажных документов в недоступном для пациентов месте, ограниченный доступ для медицинских работников	10.8.4	Оценить систему хранения информации на бумажных носителях, включая архив, включая ограничение доступа, закрытые помещения, шкафы и т.д.			
		Ограничение доступа к электронным базам данных, документам и т.п.	10.8.5	Оценить систему хранения информации на электронных носителях, включая наличие специальных программ, системы паролей и т.д.			
		Регулярный аудит системы информационной безопасности	10.8.6	Оценить систему аудита системы информационной безопасности: Проверить наличие отчетов о результатах аудитов/регулярность проведения			
			10.8.7	Наличие планов по устранению дефектов /ответственные/сроки			
		Наличие системы обучения персонала по вопросам информационной безопасности	10.8.8	Оценить систему обучения персонала по вопросам информационной безопасности, проверить наличие плана, программы, журналов (охват – 100% сотрудников)			
			10.8.9	Оценить качество обучения, опросить не менее 5 сотрудников из разных подразделений МО на предмет знаний в соответствии с программой обучения			
10.9	Наличие в МО системы профилактики падений	Наличие алгоритма профилактики падений пациента, включая систему оценки риска падений	Оценить внедрение комплекса мер по профилактике падений пациентов, включая:				
			10.9.1	Проверить наличие алгоритма оценки риска падений пациентов, проверить наличие алгоритма во всех подразделениях МО			

		Передача по дежурству пациентов высокого риска падений	10.9.2	Проверить наличие системы идентификации пациентов с высоким риском падений в МО, проверить наличие специальных отметок на медицинской документации, табличек на кроватях, браслетов и т.п.			
			10.9.3	Оценить знания алгоритма персоналом, опросить не менее 5-ти сотрудников на предмет знания алгоритма, включая систему оценки риска падений			
10.10	Организация помощи пациентам с высоким риском падений	<p>Исполнение алгоритма персоналом, включая:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Правильное определение риска падений • Размещение пациента с высоким риском падения ближе к сестринскому посту • Правильный выбор метода перевода пациента: на каталке, на кресле, пешком • Сопровождение квалифицированным персоналом • Исправность каталок, кроватей, кресел, включая наличие ограничителей 	10.10.1	Оценить исполнение алгоритма персоналом методом наблюдения не менее 5-ти случаев, например, перевода пациентов из операционной, перевод в или из АРО, перевода на диагностику и т.д.			

10.11	Безопасная планировка отделения, палат, туалетов, душевых и ванных комнат с учетом риска падений	Безопасная планировка палат (с учетом риска падений): <ul style="list-style-type: none"> • Двери в прямой видимости от кровати • Двери, открывающиеся наружу • Минимально необходимое количество мебели (в исправном состоянии, устойчивая) • Поручни, перила в душевых и ванных комнатах, туалетах 	10.11.1	Оценить безопасность планировки палат для пациентов в разных подразделениях МО, например, послеоперационных, неврологических и т.д.			
10.12	Оптимальный выбор напольного покрытия, стен	Выбор полового покрытия, особенно для мест с повышенной влажностью Выбор контрастных цветов для пола и стен	10.12.1	Оценить безопасность полового покрытия, включая места с повышенной влажностью			
		Соблюдение правил безопасности при проведении влажной уборки (отсутствие луж, предупреждающие знаки «мокрый пол»)	10.12.2	Оценить качество влажной уборки с точки зрения отсутствия луж, наличия знаков «скользкий пол»			
10.13	Оптимальная организация освещения	Организация освещения в медицинских помещениях в соответствии с нормами (включая исключение бликов на полу)	10.13.1	Оценить организацию освещения			
			10.13.2	Проверить наличие ночников, индивидуального освещения в исправном состоянии в палатах			

10.14	Безопасные кровати	Наличие кроватей с: <ul style="list-style-type: none"> • возможностью изменения высоты • исправной тормозной системой • действующими ограничителями 	10.14.1	Проверить наличие и исправность кроватей			
10.15	Информирование пациентов/ухаживающих по вопросам профилактики падения	Наличие информационных материалов для пациентов и персонала по вопросам профилактики падений	10.15.1	Проверить наличие информационных материалов по вопросам профилактики падений, например, постеров, памяток, брошюр			
		Информирование персоналом пациентов/ухаживающих по вопросам профилактики падения, включая обучение методам профилактики	10.15.2	Оценить качество информирования пациентов/ухаживающих по вопросам профилактики падений, обучения методам профилактики, опросить не менее 5-ти пациентов с высоким риском падений на предмет знания методов профилактики падений			
10.16	Система регистрации и сбора информации о случаях падений пациентов	Наличие системы регистрации и сбора информации о случаях падения пациентов, с последующим анализом случаев, разработкой решений по профилактике падений	10.16.1	Проверить наличие системы регистрации и сбора информации о случаях падений, проверить наличие журнала, отчетов по результатам разбора случаев, принятых решениях			
10.17	Организация ухода за лежачими больными	Наличие и исполнение алгоритма оценки риска, профилактики и лечения пролежней	10.17.1	Проверить наличие алгоритма оценки риска пролежней, профилактики и лечения			
			10.17.2	Оценить знания алгоритма персоналом, опросить не менее 5 сотрудников из разных подразделений на предмет знания алгоритма, включая систему оценки риска пролежней			
			10.17.3	Проверить не менее 10 ИБ на предмет наличия оценки риска пролежней			

			10.17.4	Оценить исполнение алгоритма профилактики и лечения (при возможности) методом наблюдения не менее 5 случаев			
10.18	Наличие специальных МИ для профилактики и лечения пролежней	Наличие противопролежневых матрасов, подушек, кругов и т.д.	10.18.1	Проверить наличие специальных МИ для профилактики и лечения пролежней			
10.19	Система регистрации и сбора информации о случаях пролежней	Наличие системы регистрации и сбора информации о случаях пролежней пациентов, с последующим анализом случаев, разработкой решений по профилактике падений	10.19.1	Оценить систему регистрации и сбора информации о случаях пролежней, проверить наличие журнала, отчетов по результатам разбора случаев, принятых решениях			
10.20	Информирование пациентов/ухаживающих по вопросам профилактики, лечения пролежней	Наличие информационных материалов для пациентов и персонала по вопросам профилактики и лечения пролежней Информирование персоналом пациентов/ухаживающих по вопросам профилактики и лечения пролежней, включая обучение методам профилактики и лечения	10.20.1	Проверить наличие информационных материалов по вопросам профилактики пролежней, например, постеров, памяток, брошюр			
			10.20.2	Оценить качество информирования пациентов/ухаживающих по вопросам профилактики пролежней, обучения методам профилактики и лечения, опросить не менее 5-ти пациентов с высоким риском пролежней (или с пролежнями) на предмет знания методов профилактики и лечения			

Приложение 11
к Требованиям
к организации и проведению
внутреннего контроля
качества и безопасности
медицинской деятельности, утвержденному
Министерством здравоохранения
Российской Федерации
от _____ 2018 г. № _____

Рекомендуемый образец

Оценочный лист по направлению «Организация оказания медицинской помощи на основании порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи» для проведения проверки медицинской организации

Дата проверки:	
Основание проверки:	
Руководитель группы:	
Ответственный специалист группы:	

№	Группы показателей	Показатели	№	Порядок оценки показателей	Да	Нет	Комментарии
11.1	Наличие в МО клинических рекомендаций (в соответствии с профилем)	Наличие клинических рекомендаций (протоколов лечения) во всех подразделениях МО в соответствии с профилем подразделений)	11.1.1	Проверить наличие клинических рекомендаций (протоколов лечения) в МО в полном объеме (все опубликованные, включая за последний полный месяц, предшествующий аудиту) в соответствии со всеми видами оказываемой медицинской помощи в МО			

			11.1.2	Проверить наличие клинических рекомендаций (протоколов лечения) в каждом подразделении МО в полном объеме (все опубликованные, включая за последний полный месяц, предшествующий аудиту) в соответствии с профилем подразделения			
		Наличие у персонала доступа 24/7/365 ко всем клиническим рекомендациям в соответствии с профилем оказываемой медицинской помощи	11.1.3	Оценить доступность клинических рекомендаций для персонала, проверить наличие их в печатном виде, или электронной базы данных, или круглосуточного доступа в интернет. Попросить не менее 2-х сотрудников (врача и среднего медицинского работника) в каждом подразделении продемонстрировать клинические рекомендации			
11.2	Регулярное информирование персонала об изменениях (опубликовании новых или внесении изменений в старые) в клинических рекомендациях	Наличие системы обновления информации о клинических рекомендациях (протоколов лечения), в соответствии с профилем оказываемой помощи Наличие системы регулярного информирования персонала об изменениях в клинических рекомендациях	11.2.1	Наличие ответственного/ответственных за обновление информации, указать ФИО, должность, опросить ответственных на предмет оценки эффективности работы (знаний последних изменений, опубликованных в течение последнего полного месяца, предшествовавшего аудиту)			
			11.2.2	Оценить систему информирования персонала, проверить наличие протоколов конференций, совещаний, опросить не менее 5 сотрудников на предмет подтверждения информирования (конференции, собрания и т.д.)			
			11.2.3	Оценить знания персонала клинических рекомендаций, опросить не менее 2 сотрудников (врача и среднего медицинского работника) в каждом подразделении на предмет знаний рекомендаций отобранном случайным способом в соответствии с профилем подразделения			
11.3	Исполнение клинических рекомендаций (проколов лечения)	Соответствие лечебно-диагностического процесса клиническим рекомендациям	11.3.1	Оценить соответствие ведения пациентов клиническим рекомендациям, проверить не менее 10 ИБ, в каждом подразделении МО, отобранных методом случайной выборки, включая выписанных пациентов в течение последнего месяца, предшествующего аудиту			

		Соответствие алгоритмов МО клиническим рекомендациям	11.3.2	Оценить соответствие алгоритмов МО клиническим рекомендациям, проверить не менее 5 алгоритмов, отобранных методом случайной выборки			
--	--	--	--------	---	--	--	--

Приложение 12
к Требованиям
к организации и проведению
внутреннего контроля
качества и безопасности
медицинской деятельности, утвержденному
Министерством здравоохранения
Российской Федерации
от _____ 2018 г. № _____

Рекомендуемый образец

Оценочный лист по направлению «Организация профилактической работы. Формирование здорового образа жизни среди населения» для проведения проверки медицинской организации

Дата проверки:	
Основание проверки:	
Руководитель группы:	
Ответственный специалист группы:	

№	Группы показателей	Показатели	№	Порядок оценки показателей	Да	Нет	Комментарии	
12.1	Организация работы профилактического отделения, мероприятий по формированию здорового образа жизни	Наличие приказов главного врача по организации профилактического отделения, организации мероприятий по формированию здорового образа жизни	12.1.1	Проверить наличие региональных приказов				
			Проверить наличие приказов главного врача на темы:					
			12.1.2	Организация системы по формированию здорового образа жизни у пациентов				
		12.1.3	Организация работы отделения/кабинета медицинской профилактики, включая: - организация «школ здоровья»; - организация Центра здоровья; - организация кабинета вакцинопрофилактики.					
		Наличие приказов о проведении вакцинации	12.1.4	Организация работы Центра медицинской профилактики (если применимо)				

			12.1.5	Организация проведения вакцинации, включая: - наличие национального календаря от текущего года; - наличие национального календаря от текущего года по эпидемиологическим показаниям; - положение о маршрутизации вакцинации; - наличие плана мероприятий МО вовлечения прикрепленного населения к проведению вакцинации на текущий год.			
		Наличие ответственных и комиссии по организации мероприятий по формированию здорового образа жизни	12.1.6	Наличие рабочей группы по организации мероприятий по формированию здорового образа жизни с указанием ответственных			
		Проведение регулярного аудита мероприятий профилактики хронических неинфекционных заболеваний	12.1.7	Проверить наличие отчетов о результатах аудитов/регулярность проведения организации и осуществления профилактики хронических неинфекционных заболеваний Проверить наличие планов по устранению недостатков/ответственные/сроки			
12.2	Организация работы «Центра здоровья»	Наличие алгоритмов работы «Центра здоровья»	12.2.1	Наличие алгоритмов работы Центра здоровья по профилактике хронических неинфекционных заболеваний, формированию здорового образа жизни пациентов			
		Наличие системы информирования персонала	12.2.2	Оценить знания не менее 5 сотрудников разных подразделений на предмет наличия знаний о порядке направлений пациентов, специфике работы Центра здоровья			
			12.2.3	Оценить знания сотрудников «Центра здоровья» об алгоритмах работы, задачах и целях деятельности «Центра здоровья»			
			12.2.4	Оценить навыки сотрудников «Центра здоровья» по работе с медицинским оборудованием, попросив подготовить их к работе, методом прямого наблюдения оценить использование оборудования			

		Наличие системы информирования населения о работе Центра Здоровья	12.2.5	Оценить методом прямого наблюдения консультирование пациентов по формированию здорового образа жизни, профилактике обострений хронических заболеваний			
			12.2.6	Проверить наличие информационных материалов для пациентов по вопросам работы «Центров здоровья» во всех подразделениях МО, оценить их качество, в том числе соответствие клиническим рекомендациям			
				12.2.7	Оценить качество информирования пациентов, опросить не менее 10 пациентов, о работе Центра здоровья, о проведенных обследованиях и данных рекомендаций		
12.3	Организация работы по профилактике неинфекционных заболеваний	Наличие алгоритмов работы по профилактике неинфекционных заболеваний	12.3.1	Наличие плана мероприятий по профилактике неинфекционных мероприятий. Оценить знания персонала из разных подразделений о плане, опросить не менее 5 сотрудников из разных подразделений			
		Наличие оборудования	12.3.2	Наличие оборудования согласно стандартам оснащения кабинета/отделения медицинской профилактики			
		Наличие алгоритмов консультирования пациентов	12.3.3	Проверить не менее 10 АК на предмет полноты обследований.			
			12.3.4	Наличие алгоритмов консультирования пациентов, включая темы: - ЗОЖ; - профилактика неинфекционных заболеваний; - другие.			

		Наличие знаний персонала об алгоритмах консультирования пациентов	12.3.5	Оценить знания алгоритмов консультирования пациентов, опросить не менее 5 сотрудников отделения медицинской профилактики/центра медицинской профилактики, в том числе: - о проведении первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний (инфарктов, инсультов); - заболеваний, эпидемических значимых в конкретный период времени; - методик по формированию здорового образа жизни, опросить не менее 5 сотрудников из различных подразделений; - другие.			
	Информирование пациентов методам профилактики неинфекционных заболеваний, здорового образа жизни		12.3.6	Оценить методом прямого наблюдения консультирование пациентов по формированию здорового образа жизни, профилактике обострений хронических заболеваний, не менее 3-х случаев			
12.3.7			Оценить качество информирования пациентов на предмет медицинской профилактики, формирования здорового образа жизни, опросить не менее 10 пациентов на предмет полученных знаний				
12.3.8			Проверить наличие информационных материалов для пациентов по вопросам профилактики хронических заболеваний во всех подразделениях МО, оценить их качество, в том числе соответствие клиническим рекомендациям, стандартам				
	Организация работы «школы пациентов»		12.3.9	Наличие планов обучения пациентов, графиков проведения, журналов обучения «школы пациентов»			
12.3.10			Оценить наличие условий проведения «школы пациентов» на предмет удобств проведения, наличия расписания, наличия наглядной информацией, необходимой в процессе обучения				
12.3.11			Оценить работу «школы пациента» методом прямого наблюдения, объем и полноту оказываемых информационных и консультативных услуг, или попросив персонал продемонстрировать методики проведения «школы пациентов»				

			12.3.12	Проверить не менее 10 АК, на предмет рекомендаций по формированию здорового образа жизни, профилактике заболеваний			
12.4	Организация проведения вакцино-профилактики	Наличие национальных календарей прививок	12.4.1	Проверить наличие в кабинетах доврачебного приема, вакцинопрофилактики, у участковых врачей, в отделении профилактики и т.д.: - национального календаря прививок на текущий год; - наличие национального календаря от текущего года по эпидемиологическим показаниям.			
		Наличие поименных списков пациентов, подлежащих вакцинации на участке	12.4.2	Проверить наличие списков пациентов, подлежащих вакцинации в текущем календарном году, не менее, чем на 2-х терапевтических участках			
		Наличие плана/алгоритма проведения вакцинации, информирования пациентов	12.4.3	Проверить: -наличие плана/ алгоритма проведения вакцинации; -наличие алгоритмов информирования пациентов.			
		Обучение/информирование персонала	12.4.4	Наличие плана обучения/информирования персонала о проведении вакцинации.			
			12.4.5	Опросить не менее 5 сотрудников разных подразделений на предмет знаний алгоритма проведения вакцинации, возможных побочных реакциях			
			12.4.6	Оценить знания персонала алгоритмов информирования пациентов о вакцинации, опросить не менее 5 сотрудников из разных подразделений МО			
		Наличие информированного добровольного согласия пациентов	12.4.7	Проверить наличие информированного добровольного согласия не менее, чем в 10 АК			

		Наличие информационных материалов о вакцинации	12.4.8	Проверить наличие информационных материалов (буклеты, постеры) для пациентов по вопросам вакцинации во всех подразделениях МО, оценить их качество, в том числе соответствие рекомендациям, порядка проведения согласно приказу			
		Информирование пациентов о проведении вакцинации	12.4.9	Оценить качество информирования пациентов, опросить не менее 10 пациентов/их законных представителей на предмет информирования их персоналом о целях, порядке проведения вакцинации, в том числе о возможных побочных реакциях			

Приложение 13
 к Требованиям
 к организации и проведению
 внутреннего контроля
 качества и безопасности
 медицинской деятельности, утвержденному

Министерством здравоохранения
Российской Федерации
от _____ 2018 г. № _____

Рекомендуемый образец

Оценочный лист по направлению «Организация работы регистратуры» для проведения проверки медицинской организации

Дата проверки:	
Основание проверки:	
Руководитель группы:	
Ответственный специалист группы:	

№	Группы показателей	Показатели	№	Порядок оценки показателей	Да	Нет	Комментарии
13.1	Организация работы регистратуры	Наличие приказов главного врача по организации работы регистратуры в МО Наличие ответственных за организацию работы регистратуры Наличие рабочей группы по разработке и регулярному обновлению алгоритмов МО по организации работы регистратуры		Проверить наличие приказов главного врача:			
			13.1.1	Организация работы регистратуры, включая единое положение об организации деятельности структурных подразделений регистратуры с приложениями (включая деятельность «стойки информации» / «фронт-офиса», «картоохранилища», контакт-центра/ «call-центра»), и др., с указанием ответственных			
			13.1.2	Организация процесса управления потоком пациентов (маршрутизация пациентов)			
			13.1.3	Положение о работе дежурного администратора/заведующей регистратуры/старшего регистратора			
			13.1.4	Наличие инструкций/положения о взаимодействии работы регистратуры с кабинетом (отделением) неотложной помощи/ кабинетом дежурного врача			

			13.1.5	Организация работы кабинета доврачебного приема, включая должностную инструкцию медицинской сестры доврачебного кабинета			
			13.1.6	Организация работы «кабинета выдачи справок и направлений» (по применимости, например, для детских поликлиник)			
			13.1.7	Порядок систематизированного хранения медицинской документации и доставки первичной медицинской документации в кабинеты приема врачей-специалистов/врачей-терапевтов, врачей-педиатров			
			13.1.8	Порядок прикрепления пациентов к медицинской организации			
			13.1.9	Порядок предварительной записи больных на прием к врачу			
			13.1.10	Порядок оформления листков (справок) временной нетрудоспособности, их учета и регистрации			
			13.1.11	Порядок приема и регистрации вызовов на дому			
			13.1.12	Порядок взаимодействия сотрудников регистратуры с пациентами, включая порядок действий в случае конфликтных ситуаций			
			13.1.13	Положение о рабочей группе/группах, порядок разработки и обновления алгоритмов МО			
				Проведение регулярного аудита работы регистратуры/медицинского поста/кабинета выдачи направлений и справок/кабинета дежурного врача	13.1.14	Проверить наличие отчетов о результатах аудитов/регулярность проведения, наличие планов по устранению недостатков/ответственные/сроки	
13.2	Управление потоками пациентов	Наличие алгоритмов МО регулирования потоками пациентов	Проверить наличие алгоритмов в МО:				
			13.2.1	Алгоритм первичного обращения пациента в МО			

			13.2.2	<p>Распределение потоков пациентов, требующих оказания плановой и неотложной/экстренной медицинской помощи, включая критерии для направления пациентов:</p> <ul style="list-style-type: none"> • к участковому врачу-терапевту/педиатру, врачу общей(семейной) практики; • к врачу-специалисту, к которому разрешена самозапись; • в кабинет (отделение) неотложной помощи/ в кабинет к дежурному врачу; • в «доврачебный кабинет»/ на медицинский пост; • отделение медицинской профилактики, включая: Центр здоровья, кабинет вакцинопрофилактики; • «кабинет здорового ребенка» (применимо к ДГП); • «кабинет выдачи справок и направлений» (применимо к ДГП); • диспансеризация, профилактические и периодические осмотры • в другие МО 			
		Наличие алгоритмов маршрутизации пациентов в особых случаях (например, эпидемиях инфекционных заболеваний)	13.2.3	Проверить наличие алгоритмов маршрутизации пациентов в период эпидемий гриппа/ОРВИ, других инфекционных заболеваний			
		Наличие порядка (алгоритмов) записи и отмены записи пациентов на прием	13.2.4	<p>Наличие алгоритмов предварительной записи на прием к врачам при обращении пациентов:</p> <ul style="list-style-type: none"> • при непосредственном обращении в поликлинику; • по телефону; • через медицинскую информационную систему 			
			13.2.5	Наличие алгоритма уведомления пациента об отмене приема по инициативе МО			

		Организация работы контакт-центра/ «call - центра» *	13.2.6	Наличие алгоритмов работы сотрудников регистратуры (контакт-центра/ «call-центра»), осуществляющих прием звонков: <ul style="list-style-type: none"> • первичная сортировка (вызов врача или фельдшера, направление на прием к врачу); • оформление и передача вызовов в кабинет/отделение неотложной помощи; участковому врачу; • маршрутизация в другие учреждения; • сбор информации о пациенте 			
			13.2.7	Оценить знания персонала регистратуры (включая сотрудников контакт-центра/ «call - центра» *, опросить не менее 5 сотрудников, на предмет знания алгоритмов, включая: <ul style="list-style-type: none"> • обращение пациентов (при личном обращении, по телефону); • маршрутизация пациентов; • критерии для направления пациентов в разные структурные подразделения внутри МО; • работы в информационной системе 			
		Наличие обучения персонала управлению потоками пациентов, информированию пациентов	13.2.8	Оценить методом прямого наблюдения систему предоставления информации и управления потоками пациентов: <ul style="list-style-type: none"> • при личном обращении пациентов; • по телефону; • при необходимости использования информационной системы. 			
			13.2.9	Оценить проведение обучения персонала, проверить наличие планов, журналов обучения (100 % охват) и т.д.			
		Проведение регулярного аудита работы регистратуры	13.2.10	Проверить наличие отчетов, регулярность проведения аудитов работы регистратуры, проверить наличие планов по устранению недостатков			

13.3	Медицинская информационная система	Наличие программного обеспечения	13.3.1	Проверить наличие информационной системы, позволяющей проводить, в том числе запись к врачу, дневников наблюдения, выписку ЛП, выписку листков нетрудоспособности			
		Наличие необходимого оборудования (рабочих мест – АРМ) в расчетном количестве	13.3.2	Проверить наличие оборудования в расчетных количествах, проверить исправность на не менее 5-ти АРМ в разных подразделениях МО			
		Наличие технической поддержки, включая регулярность планового обслуживания и помощь при сбоях в работе системы	13.3.3	Проверить наличие договора с организациями, обеспечивающими техническое сопровождение,			
			13.3.4	Проверить наличие алгоритма взаимодействия в случае сбоев в работе информационной системы, оценить эффективность, включая скорость оказания технической помощи			
		Наличие инструкций для медицинских работников работы в МИС	13.3.5	Проверить наличие инструкции/памятки работы в информационной системе			
		Обучение медицинских сотрудников работе в МИС	13.3.6	Оценить программы обучения работы в информационной системе, включая наличие договоров на обучение со сторонними организациями, планов/ журналов обучения (100% охват)			
			13.3.7	Оценить знания и навыки персонала работы в МИС, опросить не менее 5 сотрудников из различных подразделений			
13.4	Информирование пациентов с целью получения информации работе МО, медицинских услугах, оказываемых в данной МО и других МО региона	Наличие информационных материалов для пациентов	13.4.1	Проверить наличие информационных материалов об оказываемых медицинских услугах для пациентов в различных подразделениях, включая: информационные стенды, постеры, брошюры и др.			
			13.4.2	Проверить наличие информационных материалов, в том числе наглядных об организации работы МО, включая графики работы, часы приема администрации, регистратуры, кабинета неотложной помощи/кабинета дежурного врача, «медицинского поста» и др.			

			13.4.3	Оценить удобство, простоту и эффективность системы навигации в МО (указателей/ «меток» расположения подразделений регистратуры и др. подразделений), опросить не менее 5-ти пациентов				
13.5	Учет, хранение, оформление медицинской документации	Наличие алгоритмов учета, хранения, оформления медицинской документации в бумажном и электронном видах	13.5.1.	Проверить наличие алгоритмов хранения, оформления и учета, медицинской документации (АК)				
			13.5.2	Оценить знания персонала алгоритмов по учету, хранению, оформлению медицинской документации, опросить не менее 2-х сотрудников регистратуры				
			13.5.3	Оценить методом прямого наблюдения процесс учета, систему хранения, процесс оформления медицинской документации, не менее 5-ти случаев				
			13.5.4	Проверить не менее 10 АК на предмет качества и полноты оформления медицинской документации персоналом регистратуры				
			Наличие алгоритмов «движения» амбулаторных карт внутри МО	13.5.5	Оценить знания персонала алгоритмов «движения» АК внутри МО (подбор и доставку АК на прием к врачам, возврат АК в картохранилище /регистратуру), опросить не менее 2-х сотрудников регистратуры			
		13.5.6		Оценить методом прямого наблюдения процесс «движения» амбулаторных карт, не менее 5-ти случаев				
13.6.	Оформление медицинской документации, включая листки временной нетрудоспособности, справки и др.	Наличие алгоритма оформления листков (справок) временной нетрудоспособности, их учета и регистрации по установленной форме	13.6.1	Проверить наличие алгоритмов оформления листков нетрудоспособности, журналов учета и регистрации формы 035/у, 036/у, 086-2/у				
				Информирование/обучение персонала	13.6.2	Оценить знания персонала о порядке оформления листков временной нетрудоспособности, их учета и регистрации по установленной форме, опросить не менее 2-х сотрудников регистратуры		
			13.6.3		Проверить наличие алгоритмов оформления справок и иной медицинской документации			

		Наличие алгоритмов оформления справок и другой медицинской документации	13.6.4	Оценить знания персонала о порядке оформления (заверения) справок, заключений и другой медицинской документации, опросить не менее 2-х сотрудников регистратуры и 2-х медсестёр других подразделений			
			13.6.5	Оценить методом прямого наблюдения процесс оформления листков временной нетрудоспособности, их регистрации по установленной форме, справок и иной медицинской документации медицинскими регистраторами			
13.7.	Организация работы кабинета дежурного врача, кабинета (отделения) неотложной помощи	Рациональность расположения кабинета неотложной помощи/ кабинета дежурного врача.	13.7.1	Оценить рациональность расположения, в том числе: <ul style="list-style-type: none"> • расположение на 1 этаже; • система навигации (метки/указатели расположения); • с другими кабинетами (расположение на значительном удалении от кабинетов: кабинета профилактики, кабинетов «Здорового пациента») 			
Наличие алгоритмов работы кабинета неотложной помощи/кабинета дежурного врача		13.7.2	Проверить наличие алгоритмов направления к дежурному врачу/в кабинет (отделение) неотложной помощи				
Наличие знаний медицинского персонала о работе кабинета неотложной помощи/дежурного врача		13.7.3	Оценить знания медицинского персонала, опросить не менее 5 сотрудников (включая регистраторов, дежурных администраторов, медицинских сестер «медицинского поста») о показаниях к направлению на приём к дежурному врачу				
Исполнение алгоритмов работы кабинета неотложной помощи/кабинета дежурного врача		13.7.4	Оценить методом прямого наблюдения организацию приема дежурным врачом на предмет: <ul style="list-style-type: none"> • Соответствия направления пациентов на прием к дежурному врачу, а именно: • Наличие талона на прием к дежурному врачу; • Наличие медицинской документации (амбулаторной карты, а также результатов лабораторно-диагностического) пациента, записанного к врачу в кабинет дежурного врача 				

13.8	Организация «Кабинета выдачи и справок и направлений» (ДТП)	Оценить рациональность расположения «Кабинета выдачи справок и направлений»	13.8.1	Оценить доступность (расположение на 1 этаже, система навигации (метки/указатели расположения)) Оценить рациональную совместимость с другими кабинетами (расположение на значительном удалении от «Кабинета дежурного врача»)			
			13.8.2	Наличие инструкций/ положений о задачах «кабинета выдачи справок и направлений», доступных для ознакомления медицинским работникам, в том числе для «кабинета выдачи справок и направлений»			
			13.8.3	Оценить знания медицинского персонала, опросить не менее 5 сотрудников, о графике работы, задачах, показаниях к направлению в «кабинет выдачи справок направлений»			
			13.8.4	Оценить знания медицинского персонала «кабинета выдачи справок и направлений», в том числе: - о задачах, требованиях, должностных обязанностях			
			13.8.5	Оценить методом наблюдения работу «кабинета выдачи справок и направлений» на предмет: 1. соответствия направлений пациентов другими сотрудниками в «кабинет выдачи справок и направлений» 2. соответствие полного объема услуг согласно функциям «кабинета выдачи справок и направлений» 3. наличие полного перечня медицинских бланков/направлений			
13.9	Эффективная коммуникация медицинского персонала регистратуры с пациентами	Наличие алгоритмов эффективной коммуникации	13.9.1	Проверить наличие алгоритмов взаимодействия сотрудников регистратуры с пациентами, включая порядок действий в случае конфликтных ситуаций, жалоб, а именно: <ul style="list-style-type: none"> • по телефону; • при личном обращении; • порядок действий в случае конфликтных ситуаций 			

		Обучение персонала	13.9.2	Оценить знания алгоритмов персонала, путем опроса не менее 5 сотрудников Оценить систему обучения персонала навыкам эффективной коммуникации с пациентами, алгоритмов разрешения конфликтных ситуаций, проверить наличие плана обучения, положение об ответственных за тренинги.			
		Исполнение алгоритмов коммуникации медицинского персонала на практике	13.9.3	Оценить методом наблюдения коммуникацию медицинского персонала и пациентов на предмет соблюдения алгоритмов коммуникации, соблюдение этики и деонтологии, проверить не менее 3-х случаев			

Приложение 14
к Требованиям
к организации и проведению
внутреннего контроля
качества и безопасности
медицинской деятельности, утвержденному
Министерством здравоохранения
Российской Федерации
от _____ 2018 г. № _____

Рекомендуемый образец

Оценочный лист по направлению «Диспансеризация прикрепленного населения» для проведения проверки медицинской организации

Дата проверки:	
Основание проверки:	
Руководитель группы:	
Ответственный специалист группы:	

№	Группы показателей	Показатели	№	Порядок оценки показателей	Да	Нет	Комментарии
14.1	Организация проведения диспансеризации	Наличие приказов главного врача по организации диспансеризации		Проверить наличие приказов главного врача/темы:			
		Наличие ответственных и комиссии по организации проведения диспансеризации	14.1.1	Организация проведения диспансеризации работающих и неработающих граждан, студентов очной формы обучения с указанием ответственных лиц			
			14.1.2	Положение о маршрутизации этапов диспансеризации			

			14.1.3	Положение о проведении этапов диспансеризации с указанием ответственных лиц			
			14.1.4	Наличие договоров/внутреннего приказа о сотрудничестве с другими медицинскими организациями в случае отсутствия лицензии МО на осуществление отдельных видов услуг, необходимых для проведения диспансеризации			
			14.1.5	Организация работы отделения (кабинета) медицинской профилактики в рамках диспансеризации			
			14.1.6	Организация диспансеризации инвалидов ВОВ, участников ВОВ, узников концлагерей, «Жителей блокадного Ленинграда»			
			14.1.7	Организация профилактических/периодических осмотров			
			14.1.8	Порядок ведения пациентов разных групп здоровья, разных диспансерных групп			
			14.1.9	Организация «школ здоровья» с указанием матрицы ответственных лиц			
			14.1.10	Проведение диспансеризации мобильными медицинскими бригадами (если применимо)			
		Организация проведения осмотров в детских медицинских организациях амбулаторно-поликлинического звена	14.1.11	Порядок проведения предварительных осмотров несовершеннолетних (применимо для ДПП)			
			14.1.12	Порядок проведения профилактических осмотров несовершеннолетних (применимо для ДПП)			
			14.1.13	Порядок проведения периодических осмотров несовершеннолетних			
			14.1.11	Порядок проведения осмотров несовершеннолетних детей-инвалидов			
		Проведение регулярного аудита проведения диспансеризации	14.1.12	Проверить регулярность проведения аудитов, наличие отчетов о результатах аудитов Проверить наличие планов по устранению недостатков/ответственные/сроки			

14.2	Система информирования пациентов	Наличие информационных материалов для пациентов по вопросам диспансеризации	14.2.1	Проверить наличие информационных материалов (информационных стендов, буклетов, постеров) для пациентов по вопросам диспансеризации во всех подразделениях МО, оценить их качество, в том числе соответствие рекомендациям, порядка проведения согласно нормативным актам			
		Наличие информированного согласия на проведение диспансеризации	14.2.2	Проверить наличие информированного согласия на проведение диспансеризации, проверить не менее 10 АК			
		Информирование пациентов по вопросам диспансеризации	14.2.3	Наличие оформленного отказа в случае отказа от проведения диспансеризации или от отдельных видов медицинских вмешательств			
			14.2.4	Оценить качество информирования пациентов, опросить не менее 10 пациентов на предмет информирования их персоналом о порядке, целях диспансеризации			
14.3.	Активное вовлечение пациентов в диспансеризацию участковым врачом/врачом общей практики	Наличие плана информирования	14.3.1	Проверить наличие плана информирования о диспансеризации населения с целью активного привлечения пациентов на не менее 2 терапевтических участках			
		Наличие алгоритмов вовлечения пациентов	14.3.2	Проверить наличие алгоритма привлечения пациентов, включая: вопросы повышения мотивации пациентов к проведению диспансеризации, наличие памяток для пациентов			
		Наличие списков пациентов, подлежащих диспансеризации в текущем календарном году	14.3.3	Проверить наличие списков пациентов, подлежащих диспансеризации в текущем календарном году на не менее 2 терапевтических участках			
		Наличие системы информирования пациентов о проведении диспансеризации	14.3.4	Оценить качество вовлечения пациентов на врачебном участке в процесс диспансеризации, опросить не менее 5-ти пациентов с каждого участка, не менее 10 пациентов, явившихся на диспансеризацию			

14.4	Обучение медицинского персонала порядкам проведения диспансеризации	Наличие планов обучения, тренингов	14.4.1	Проверить наличие планов обучения, тренингов/ конференций по вопросам диспансеризации			
		Наличие и исполнение алгоритмов по порядку проведения диспансеризации	14.4.2	Проверить наличие алгоритмов порядка проведения диспансеризации			
			14.4.3	Оценить знания персонала алгоритмов по методикам привлечения пациентов, порядка проведения, объемов обследований и их последовательности, опросить не менее 10 сотрудников из разных подразделений			
14.5	Выполнение доврачебных медицинских исследований первого этапа диспансеризации	Наличие проведения анкетирования, необходимого объема исследований	14.5.1	Проверить не менее 10 ИБ в разных подразделениях МО на предмет наличия заполненных анкет			
			14.5.2	Проверить не менее 10 ИБ в разных подразделениях МО на предмет наличия выполненных исследований, включая:			
			14.5.3	Антропометрии			
			14.5.4	Определения индекса массы тела			
			14.5.5	Измерения артериального давления			
			14.5.6	Определение уровня общего холестерина			
			14.5.7	Определение уровня глюкозы			
			14.5.8	Измерения внутриглазного давления бесконтактным методом			
			14.5.9	Взятие мазка с шейки матки и цервикального канала (при наличии необходимого оборудования)			
		Проведение исследований 1 этапа диспансеризации	14.5.10	Проверить не менее 10 карт учета диспансеризации на предмет соответствия полного объема необходимых результатов анализов/исследований, включая:			
			14.5.11	Флюорографию легких			
			14.5.12	Электрокардиографию в покое			
			14.5.13	Маммографию (для женщин старше 39 лет)			
			14.5.14	Исследование внутриглазного дна для граждан в возрасте от 39 лет и старше			
			14.5.15	Клинический анализ крови или клинический анализ крови, развернутый для граждан в возрасте от 39 лет и старше с периодичностью 1 раз в 6 лет			

			14.5.16	Биохимический анализ крови для граждан в возрасте от 39 лет и старше с периодичностью 1 раз в 6 лет (в объеме не менее определения уровня креатинина, общего билирубина, АСТ, АЛТ, глюкозы, холестерина)			
			14.5.17	Общий анализ мочи			
			14.5.18	Исследование кала на скрытую кровь для граждан в возрасте от 48 лет до 75 лет			
			14.5.19	УЗИ органов брюшной полости и малого таза для граждан в возрасте от 39 лет и старше с периодичностью 1 раз в 6 лет			
14.6	Проведение 1 этапа диспансеризации	Определение сердечно-сосудистого риска у пациентов	14.6.1	Оценить знания персонала оценки суммарного сердечно-сосудистого риска у граждан в возрасте от 21 до 39 лет и абсолютного сердечно-сосудистого риска у граждан в возрасте от 40 до 65 лет, опросить не менее 5 сотрудников из разных подразделений МО			
			14.6.2	Проверить не менее 10 АК в МО на предмет наличия определения сердечно-сосудистого риска			
		Определение группы здоровья, группы диспансерного наблюдения	14.6.3	Наличие алгоритмов определения группы здоровья, группы диспансерного наблюдения			
			14.6.4	Проверить не менее 10 АК в МО на предмет соответствия определения группы здоровья, группы диспансерного наблюдения состоянию здоровья пациента			
		Проведение краткого профилактического консультирования	14.6.5	Проверить наличие алгоритмов краткого профилактического консультирования			
			14.6.6	Оценить знания персоналом алгоритмов краткого профилактического консультирования, опросить не менее 5 сотрудников из разных подразделений МО			
			14.6.7	Оценить качество информирования пациентов, опросить не менее 10 пациентов на предмет информирования при проведении краткого профилактического консультирования			
14.7	Проведение 2 этапа диспансеризации	Проведение дополнительного обследования в рамках	14.7.1	Наличие перечня возможного объема дополнительных исследований при наличии показаний для проведения 2 этапа диспансеризации			

		2 этапа	14.7.2	Оценить знания персоналом перечня дополнительных исследований 2 этапа диспансеризации при наличии показаний, опросить не менее 5 сотрудников из разных подразделений МО			
			14.7.3	Проверить не менее 10 АК в МО на предмет соответствия показаний направлению на 2 этап диспансеризации и проведению необходимого объема дополнительных обследований			
			14.7.4	Проверить не менее 10 АК в МО на предмет проведения углубленного профилактического консультирования			
		Проведение углубленного профилактического консультирования Проведение группового профилактического консультирования («Школы пациентов»)	14.7.5	Оценить качество информирования пациентов, опросить не менее 10 пациентов на предмет получения рекомендаций по состоянию здоровья при проведении углубленного профилактического консультирования			
			14.7.6	Проверить наличие программы, плана проведения «Школы здоровья»			
			14.7.7	Оценить качество информирования пациентов, опросить не менее 10 пациентов на предмет получения рекомендаций по состоянию здоровья при проведении группового профилактического консультирования			
		14.8.	Обеспечение проведения исследований	Проведение объема исследований в ходе 1 этапа диспансеризации	Проверить наличие оборудования для проведения 1 этапа диспансеризации, включая:		
14.8.1	Весов, ростомеров						
14.8.2	Аппарат для измерения бесконтактным методом внутриглазного давления						
14.8.3	Анализаторы для получения клинических анализов, в том числе развернутых анализов крови, мочи, кала (на скрытую кровь), биохимического анализа, в том числе для экспресс-анализа холестерина, глюкозы						
14.8.4	Электрокардиографа, УЗИ-аппаратов, флюорографа, маммографа.						
		Проведение объема обследований в ходе 2	Проверить наличие оборудования, наличие специалистов для проведения 2 этапа диспансеризации, включая:				

		этапа диспансеризации	14.8.5	Дуплексное сканирование брахицефальных артерий;			
			14.8.6	Эзофагогастродуоденоскопия;			
			14.8.7	Колоноскопия/ректороманоскопия			
			14.8.8	Липидный спектр/анализ крови на уровень содержания простатспецифического антигена, концентрация гликированного гемоглобина или тест на толерантность			
			14.8.9	Спирометрия			
			14.8.10	Консультация невролога, офтальмолога, уролога, хирурга, оториноларинголога			
		Наличие проведения обследований в рамках диспансеризации с помощью сторонней организации	14.8.11	Методом наблюдения оценить организацию взаимодействия со сторонней организации в рамках процесса диспансеризации			
14.9	Организация проведения профилактических/ периодических, предварительных осмотров несовершеннолетних (применимо для ДГП)	Наличие календарного плана проведения профилактических осмотров	14.9.1	Проверить наличие календарного плана осмотров, уточнить наличие следующей информации в плане: указания дат и мест проведения, необходимого количества осмотров врачами-специалистами (с указанием должностей и ФИО), лабораторных, инструментальных исследований, количество несовершеннолетних по каждой возрастной группе)			
		Наличие поименных списков пациентов, подлежащих диспансеризации в текущем календарном году	14.9.2	Проверить наличие поименных списков пациентов, согласно каждой возрастной категории			
		Наличие и исполнение алгоритмов проведения осмотров	14.9.3	Проверить наличие алгоритмов проведения осмотров, с перечнем обследований и осмотров специалистов			
		Наличие алгоритмов и исполнение по определению группы	14.9.4	Проверить наличие алгоритмов по определению групп состояния здоровья, медицинской группы для занятий физической культурой			

	состояния здоровья, медицинской группы для занятий физической культурой.	14.9.5	Оценить знания персонала алгоритмов проведения осмотра, перечня необходимых лабораторных, инструментальных обследований, определения группы здоровья, медицинской группы здоровья для занятий физической культурой, опросить не менее 10 сотрудников из разных подразделений			
		14.9.6	Методом наблюдения оценить организацию проведения осмотров (с уточнением числа несовершеннолетних по каждой возрастной группе, общую численность), включая качество осмотра, полноту необходимых обследований, проводимых консультаций			
		14.9.7	Проверить не менее 10 АК, учетных форм № 30-ПО/У в МО на предмет полноты проведенных исследований, качества проведенных осмотров, наличия: <ul style="list-style-type: none"> • данных анамнеза, • объективных данных, • результатов обследования, • диагноза заболевания, • оценка физического развития, • соответствие группы состояния здоровья диагнозу, • при предварительных осмотрах проверить наличие заявления на осмотр от несовершеннолетнего (его законного представителя); • и другое 			
		14.9.8	Проверить не менее 10 АК, соответствующих учетных форм 086 У на предмет соответствия показаний к обучению в ВУЗе и заключения о состоянии здоровья, наличие прививочной карты			
	Информирование несовершеннолетних пациентов, и их законных представителей	14.9.9	Проверить наличие алгоритмов информирования пациентов о проведении осмотров с указанием перечня осмотров врачами-специалистами и исследований, алгоритмов получения результатов о проведенных профилактических осмотрах			

			14.9.10	<p>Оценить качество информирования несовершеннолетних пациентов и их законных представителей, опросить не менее 10 пациентов/их законных представителей на предмет:</p> <ul style="list-style-type: none"> • получения направлений с указанием перечня осмотров врачами-специалистами и исследований на профилактический осмотр; • информирование о результатах/заключения профилактического осмотра, получения карты осмотра 			
14.10	Организация проведения осмотров детей-инвалидов	Наличие и исполнение алгоритмов проведения осмотров детей-инвалидов	14.10.1	Проверить наличие алгоритмов проведения осмотров детей-инвалидов			
			14.10.2	Методом наблюдения оценить организацию проведения осмотров (отдельно выделенный день, с уточнением числа несовершеннолетних по каждой возрастной группе, общую численность), включая качество осмотра, полноту необходимых обследований, проводимых консультаций			

Приложение 15
к Требованиям
к организации и проведению
внутреннего контроля
качества и безопасности
медицинской деятельности, утвержденному
Министерством здравоохранения
Российской Федерации
от _____ 2018 г. № _____

Рекомендуемый образец

Оценочный лист по направлению «Диспансерное наблюдение за хроническими больными» для проведения проверки
медицинской организации

Дата проверки:	
Основание проверки:	
Руководитель группы:	
Ответственный специалист группы:	

№	Группы показателей	Показатели	№	Порядок оценки показателей	Да	Нет	Комментарии
15.1	Организация динамического наблюдения за пациентами, страдающими хроническими заболеваниями	Наличие приказов главного врача по организации динамического наблюдения за пациентами, страдающими хроническими заболеваниями		Проверить наличие приказов главного врача/темы:			
			15.1.1	Организация динамического наблюдения за пациентами, страдающими хроническими заболеваниями, включая положение об ответственных и комиссии			
			15.1.2	Организация динамического наблюдения за пациентами, страдающими хроническими заболеваниями на дому			

		Наличие рабочей группы по разработке и обновлению алгоритмов МО по организации динамического наблюдения	15.1.3	Наличие рабочей группы по разработке и регулярному обновлению алгоритмов/схем МО наблюдения за хроническими больными			
		Регулярный аудит системы наблюдения за хроническими больными	15.1.4	Проверить регулярность проведения аудита, наличие отчетов о результатах аудитов Проверить наличие планов по устранению недостатков/ответственные/сроки			
15.2	Динамическое наблюдение за пациентами, страдающими хроническими заболеваниями	Наличие перечня нозологий для постановки пациентов на учет врачами-терапевтами, врачами-специалистами	15.2.1	Проверить наличие перечня нозологий, определяющего согласно нормативным актам, постановку пациентов на учет, у не менее 5 специалистов разного профиля			
		Наличие плана-графика, поименного списка	15.2.2	Проверить наличие на каждом терапевтическом участке календарного именного плана-графика, поименного списка пациентов, нуждающихся в динамическом наблюдении			
		Наличие и исполнение алгоритмов динамического наблюдения за пациентами, страдающими хроническими заболеваниями	15.2.3	Проверить наличие разных типов алгоритмов динамического наблюдения за пациентами, в зависимости от хронического заболевания(нозоологии). Проверить наличие алгоритмов ведения пациентов, принимающих следующие группы препаратов: <ul style="list-style-type: none"> • прямые антикоагулянты (варфарин и т.д.); • инсулин; • иммунодепрессанты; • амиодарон; • другие 			
			15.2.4	Оценить знания персонала об алгоритмах динамического наблюдения за пациентами, страдающими хроническими заболеваниями в зависимости от формы нозологии			

			15.2.5	Проверить не менее 10 АК (включая контрольные карты диспансеризации (формы 030 У, учетной формы 025-12/у), пациентов, находящихся на учете на предмет соответствия алгоритмам наблюдения			
		Информирование пациентов по вопросам динамического наблюдения	15.2.6	Оценить качество информирования пациентов и их сопровождающих о порядках динамического наблюдения, о плане обследований, данных рекомендациях, опросить не менее 10 пациентов/или их родственников на предмет соответствия алгоритмам наблюдения, качестве данных рекомендаций			
15.3	Динамическое наблюдение за маломобильными («надомными») хроническими больными	Наличие плана-графика, поименного списка	15.3.1	Проверить наличие на каждом терапевтическом участке поименного списка маломобильных больных, календарного именного плана-графика			
		Наличие и исполнение алгоритмов динамического наблюдения за маломобильными пациентами, страдающими хроническими заболеваниями	15.3.2	Наличие алгоритмов динамического наблюдения за маломобильными пациентами			
			15.3.3	Оценить знания персонала алгоритмов динамического наблюдения за маломобильными пациентами, страдающими хроническими заболеваниями на дому			
			15.3.4	Проверить не менее 10 АК, на предмет объема, полноты проведенных обследований, кратности консультаций в рамках диспансерного наблюдения на дому			
		Информирование маломобильных пациентов и/или их родственников по вопросам динамического наблюдения	15.3.5	Оценить качество информирования пациентов и/или их родственников о порядках динамического наблюдения на дому, индивидуальном плане обследований, консультаций, опросить не менее 5 пациентов/или их родственников на предмет объема и полноты проводимых обследований, консультаций			

Приложение 16
к Требованиям
к организации и проведению
внутреннего контроля
качества и безопасности

медицинской деятельности, утвержденному
 Министерством здравоохранения
 Российской Федерации
 от _____ 2018 г. № _____

Рекомендуемый образец

Оценочный лист по направлению «Стационарзамещающие технологии (организация работы дневного стационара, «стационара на дому» для проведения проверки медицинской организации

Дата проверки:	
Основание проверки:	
Руководитель группы:	
Ответственный специалист группы:	

№	Группы показателей	Показатели	№	Порядок оценки показателей	Да	Нет	Комментарии	
16.1	Организация работы дневного стационара, стационара «на дому»	Наличие приказов главного врача по организации работы дневного стационара в МО	Проверить наличие приказов главного врача по вопросам:					
			16.1.1	Организация работы дневного стационара, включая: положение об ответственных и комиссии				
			16.1.2	Порядок госпитализации в дневной стационар, в том числе: показания к госпитализации пациентов; противопоказания к госпитализации пациентов				
		Наличие порядка организации «стационара на дому»	16.1.3	Порядок организации «стационара на дому», включая: положение об ответственных				

		Проведение регулярного аудита системы оказания помощи в дневном стационаре/ «стационаре на дому»	16.1.4	Проверить регулярность проведения, наличие отчетов о результатах аудитов Проверить наличие планов по устранению недостатков/ответственные/сроки			
16.2	Порядок отбора и направления пациентов на госпитализацию	Наличие и исполнение алгоритмов по отбору и направлению пациентов на госпитализацию в дневной стационар Наличие перечня показаний/противопоказаний для госпитализации в дневной стационар	16.2.1	Проверить наличие алгоритмов по отбору и порядку направления в дневной стационар во всех подразделениях МО, включая: показания к госпитализации пациентов; противопоказания к госпитализации пациентов			
			16.2.2	Оценить знания персонала порядка госпитализации, опросить не менее 5 сотрудников из разных подразделений			
			16.2.3	Оценить знания персонала о показаниях, противопоказаниях на госпитализацию, опросить не менее 5 сотрудников из разных подразделений			
			16.2.4	Оценить исполнение алгоритма по отбору и направлению методом наблюдения, не менее 5 случаев поступления пациентов в дневной стационар			
			16.2.5	Проверить наличие журналов госпитализации/отказов госпитализации, их полноту, точность, аккуратность заполнения			
			16.2.6	Проверить не менее 10 ИБ на предмет соответствия алгоритмов отбора и направления пациентов с учетом показаний /противопоказаний для госпитализации			
16.3	Ведение пациентов после проведения диагностических пункций	Наличие и исполнение алгоритмов по наблюдению пациентов после проведения диагностических пункций	16.3.1	Проверить наличие алгоритма наблюдения/ведения пациентов после проведения диагностических пункций в дневном стационаре			
			16.3.2	Оценить знания персонала алгоритма, опросить не менее 2-х сотрудников дневного стационара на предмет знания основных положений алгоритма после проведения диагностических пункций			
			16.3.3	Оценить исполнение алгоритма методом наблюдения не менее 5 случаев госпитализации пациентов после проведения диагностических пункций			

			16.3.4	Проверить не менее 10 ИБ на предмет оценки соблюдения алгоритма после проведения диагностических пункций			
16.4	Организация выписки пациентов из дневного стационара	Наличие стандартных форм выписного эпикриза	16.4.1	Проверить не менее 5 ИБ на предмет наличия стандартных форм выписного эпикриза			
		Наличие и исполнение алгоритма передачи информации о проведенном лечении пациентов	16.4.2	Проверить наличие алгоритма передачи информации о пациенте, выписанном из дневного стационара			
			16.4.3	Оценить знания персонала, опросить не менее 2 сотрудников дневного стационара на предмет знания алгоритма передачи информации о пациенте			
			16.4.4	Оценить исполнение алгоритма методом наблюдения не менее 5 случаев выписки пациентов			
		Точное, полное и аккуратное ведение документации	16.4.5	Оценить точность, полноту (в том числе: наличие дальнейшего плана наблюдения в МО, лечения) и аккуратность оформления выписных/этапных эпикризов, проверить не менее 10 ИБ выписанных пациентов			
		Информирование/консультирование пациентов при выписке, включая обсуждение плана дальнейшего лечения	16.4.6	Оценить качество консультирования, опросить не менее 5 пациентов, выписанных из дневного стационара МО, на предмет понимания пациентом плана дальнейшего лечения/реабилитации, данных рекомендаций			
16.5.	Организация медицинской помощи пациентам «стационаров на дому»	Наличие и исполнение алгоритмов наблюдения за пациентами «стационаров на дому»	16.5.1	Проверить наличие алгоритмов наблюдения за пациентами «стационаров на дому», включая: <ul style="list-style-type: none"> показания к организации «стационаров на дому»; полнота/кратность обследований; полнота/кратность осмотров на дому 			
		Система обучения персонала по вопросам организации «стационаров на дому»	16.5.2	Оценить систему обучения персонала по вопросам организации «стационаров на дому», проверить наличие планов обучения, журналов обучения (100% охват обучения), регулярность проведения			
			16.5.3	Оценить знания персонала алгоритма, опросить не менее 5 сотрудников терапевтических отделений на предмет знания основных положений алгоритма			

			16.5.4	Проверить не менее 10 АК на предмет оценки организации «стационаров на дому» и соблюдения алгоритма наблюдения пациентов			
16.6	Информирование пациентов, «обратная связь» с пациентами	Информирование пациентов и их родственников о состоянии, диагнозе, методах диагностики, терапии, реабилитации в условиях дневного стационара, «стационара на дому»	16.6.1	Оценить качество информирования пациентов и их родственников о состоянии, диагнозе, методах диагностики, лечения, опросить не менее 5-ти пациентов и родственников, наблюдаемых в условиях дневного стационара, «стационара на дому»			

Приложение 17
к Требованиям
к организации и проведению
внутреннего контроля
качества и безопасности
медицинской деятельности, утвержденному
Министерством здравоохранения
Российской Федерации
от _____ 2018 г. № _____

Рекомендуемый образец

Отчет о проведении проверки медицинской организации

1. Общие сведения

1.	Дата проведения проверки	
2.	Основание проверки	
3.	Вид проверки	
4.	Состав группы специалистов	
5.	Структурные подразделения, участвующие в проверке	
6.	Источники информации, используемые в аудите	

1. Отчет о выявленных несоответствиях

Номер раздела	Заключение	Категория заключения	Рекомендации	Категория действия

2. Общая оценка соответствия медицинской организации заявленным требованиям.

3. Заключение группы специалистов

Приложение 18
к Требованиям
к организации и проведению
внутреннего контроля
качества и безопасности
медицинской деятельности, утвержденному
Министерством здравоохранения
Российской Федерации
от _____ 2018 г. № _____

Рекомендуемые показатели мониторинга качества и безопасности
медицинской деятельности по направлению «Управление персоналом»

Показатель	Рекомендуемое значение
Текучесть кадров	Менее 5% за год
Охват персонала обучением	100%

Приложение 19
к Требованиям
к организации и проведению
внутреннего контроля
качества и безопасности
медицинской деятельности, утвержденному
Министерством здравоохранения
Российской Федерации
от _____ 2018 г. № _____

Рекомендуемые показатели мониторинга качества и безопасности
медицинской деятельности по направлению «Эпидемиологическая
безопасность (профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской
помощи)»

Количественные показатели	Расчет показателя
Частота вентилятор-ассоциированных пневмоний	1/1000 пациенто/часов
Частота катетер-ассоциированных инфекций кровотока	1/1000 пациенто/часов
Частота катетер-ассоциированных инфекций мочевыводящих путей	1/1000 пациенто/часов
Частота инфекций послеоперационных ран	1/1000 пациенто/часов
Частота ИСМП	1/1000 госпитализаций
Частота случаев превышения определенных стандартами длительности пребывания в стационаре (скрытые ИСМП)	1/100 госпитализаций
Количество инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, новорожденных, в том числе количество генерализованных форм (остеомелит, менингит, перитонит, сепсис)	1/1000 родившихся живыми
Количество инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, новорожденных, в том числе количество генерализованных форм (остеомелит, менингит, перитонит, сепсис)	1/1000 родившихся недоношенными
Доля детей, получавших антибактериальную терапию	
Количество инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, родильниц, в том числе количество генерализованных форм (перитонит, сепсис)	1/1000 родов

Количество инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, родильниц, в том числе количество генерализованных форм (перитонит, сепсис)	1/1000 оперативных родов (операций кесарево сечение)
	Норматив
Дезинфекция постельных принадлежностей	100%
Обеспечение микробиологическим исследованием клинического материала от пациентов с инфекционными, в том числе гнойными заболеваниями	100%
Охват персонала вакцинацией против гепатита В	100%
Охват персонала вакцинацией против гриппа	100%
Своевременность выписки новорожденных и родильниц	Не более 3-х суток после естественных родов, не более 6-и суток после оперативных родов

Приложение 20
к Требованиям
к организации и проведению
внутреннего контроля
качества и безопасности
медицинской деятельности, утвержденному
Министерством здравоохранения
Российской Федерации
от _____ 2018 г. № _____

Рекомендуемые показатели мониторинга качества и безопасности
медицинской деятельности по направлению «Организация экстренной и
неотложной помощи»

Показатель	Рекомендуемое значение
Доля пациентов с периодом ожидания первого клинического осмотра (врач) более 15 мин	0%
Доля пациентов с периодом ожидания начала лечения более 60 мин	0%
Доля госпитализированных пациентов с периодом пребывания в приемном отделении более 4 часов	5%
Доля пациентов, повторно обратившихся в стационар с теми же симптомами в течение 72 часов после отказа в госпитализации (кроме акушерских стационаров)	5%
Доля случаев оказания экстренной помощи в полном соответствии с алгоритмами (нормативами) по нозологиям	100%
	Расчет
Частота осложнений любых процедур в период нахождения в приемном отделении	/1000 обратившихся
Частота расхождения предварительного и заключительного диагнозов	/100 госпитализаций
Досуточная летальность (Доля умерших в первые 24 часа пребывания в стационаре)	/100 госпитализированных
Досуточная летальность с ОКС (если применимо)	/100 госпитализированных с ОКС
Досуточная летальность с ОНМК (если применимо)	/100 госпитализированных с ОНМК
Больничная летальность	Число умерших/число выбывших (умерших и выписанных)

Средняя длительность лечения больного в стационаре	число койко-дней, проведенных выписанными больными с определенным диагнозом / число выписанных больных с данным диагнозом
Средняя длительность лечения больного в стационаре с диагнозом...	число койко-дней, проведенных выписанными больными с определенным диагнозом / число выписанных больных с данным диагнозом
Доля пациентов с осложнениями при проведении СЛР	/100 случаев проведения СЛР

Приложение 21
к Требованиям
к организации и проведению
внутреннего контроля
качества и безопасности
медицинской деятельности, утвержденному
Министерством здравоохранения
Российской Федерации
от _____ 2018 г. № _____

Рекомендуемые показатели мониторинга качества и безопасности
медицинской деятельности по направлению «Преемственность оказания
медицинской помощи. Организация перевода пациентов в рамках одной
медицинской организации и трансфер в другие медицинские организации»

Показатель	Рекомендуемое значение
Доля случаев непрофильной госпитализации	0%
Выдача документов о проведенном лечении, рекомендаций, выписок из истории болезни на руки пациентам (или законным представителям) в день выписки	100%
Сроки передачи информации о пациенте после выписки из стационара на амбулаторный уровень	24 часа

Приложение 22
к Требованиям
к организации и проведению
внутреннего контроля
качества и безопасности
медицинской деятельности, утвержденному
Министерством здравоохранения
Российской Федерации
от _____ 2018 г. № _____

Рекомендуемые показатели мониторинга качества и безопасности
медицинской деятельности по направлению «Хирургическая безопасность,
профилактика рисков, связанных с оперативными вмешательствами»

Количественные показатели	Норматив
Частота тяжелых тромбоэмболических осложнений, включая ТЭЛА, в послеоперационном периоде	/1000 пациенто-дней
Частота инородных тел	/1000 операций
Частота периоперативных кровотечений и гематом	/1000 операций
Частота нарушений дыхания в послеоперационном периоде	/1000 операций
Послеоперационный сепсис	/1000 операций
Частота расхождений послеоперационных швов	/1000 операций
Доля хирургических больных с продолжительностью пребывания в стационаре более расчетного	0%
Доля пациентов с повторными госпитализациями с послеоперационными осложнениями	0%

Приложение 23
к Требованиям
к организации и проведению
внутреннего контроля
качества и безопасности
медицинской деятельности, утвержденному
Министерством здравоохранения
Российской Федерации
от _____ 2018 г. № _____

Рекомендуемые показатели мониторинга качества и безопасности
медицинской деятельности по направлению «Профилактика рисков,
связанных с переливанием донорской крови и ее компонентов, препаратов из
донорской крови»

Показатель	Рекомендуемое значение
Частота реакций и осложнений, возникших в связи с трансфузией донорской крови и (или) ее компонентов	/1000 трансфузий

Приложение 24
к Требованиям
к организации и проведению
внутреннего контроля
качества и безопасности
медицинской деятельности, утвержденному
Министерством здравоохранения
Российской Федерации
от _____ 2018 г. № _____

Рекомендуемые показатели мониторинга качества и безопасности
медицинской деятельности по направлению «Безопасность среды в
медицинской организации, организация ухода за пациентами, профилактика
пролежней и падений»

Показатель	Рекомендуемое значение
Количество пролежней	/1000 пациенто-дней
Количество переломов шейки бедра у пациентов	/1000 пациенто-дней

Приложение 25
к Требованиям
к организации и проведению
внутреннего контроля
качества и безопасности
медицинской деятельности, утвержденному
Министерством здравоохранения
Российской Федерации
от _____ 2018 г. № _____

Рекомендуемые показатели мониторинга качества и безопасности
медицинской деятельности по направлению «Диспансеризация
прикрепленного населения»

Показатель	Рекомендуемое значение
Охват диспансеризации прикрепленного населения на 1 терапевтическом участке	100 %
Охват проводимых профилактических осмотров детского населения	100 %
Процент направления на диспансеризацию населения на 2 уровень	Не менее 30 %
Продолжительность 1 этапа профилактического/предварительного осмотров несовершеннолетних	Не более 10 рабочих дней
Продолжительность профилактического осмотра несовершеннолетних	Не более 45 рабочих дней
Продолжительность предварительного осмотра несовершеннолетних	Не более 30 рабочих дней
Проведение осмотра несовершеннолетних	Не более 50 пациентов/день

Приложение 26
к Требованиям
к организации и проведению
внутреннего контроля
качества и безопасности
медицинской деятельности, утвержденному
Министерством здравоохранения
Российской Федерации
от _____ 2018 г. № _____

Рекомендуемые показатели мониторинга качества и безопасности
медицинской деятельности по направлению «Диспансерное наблюдение за
хроническими больными»

Показатель	Рекомендуемое значение
Охват диспансерным наблюдением больных данной нозологической формой на 1 терапевтическом участке	100 %
Своевременность охвата диспансерным наблюдением вновь выявленных больных	Динамика показателей по сравнению с прошлым годом
Процент госпитализированных диспансерных больных	Динамика показателей по сравнению с прошлым годом
Удельный вес больных, имевших обострение заболевания, по поводу которого осуществляется диспансерное наблюдение	Динамика показателей по сравнению с прошлым годом
Заболееваемость с временной утратой трудоспособности пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением (в случаях и днях)	Динамика показателей по сравнению с прошлым годом
Первичная инвалидность среди пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением	Динамика показателей по сравнению с прошлым годом
Летальность пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением	Динамика показателей по сравнению с прошлым годом

Приложение 27
к Требованиям
к организации и проведению
внутреннего контроля
качества и безопасности
медицинской деятельности, утвержденному
Министерством здравоохранения
Российской Федерации
от _____ 2018 г. № _____

Рекомендуемые показатели мониторинга качества и безопасности
медицинской деятельности по направлению «Соблюдение безопасных
условий труда»

Показатель	Рекомендуемое значение
Количество несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний	менее 5% за год
Охвата персонала обучением по охране труда и технике безопасности	100%

Приложение 28
к Требованиям
к организации и проведению
внутреннего контроля
качества и безопасности
медицинской деятельности, утвержденному
Министерством здравоохранения
Российской Федерации
от _____ 2018 г. № _____

Рекомендуемый образец

Аналитическая справка о результатах мониторинга показателей качества и безопасности медицинской деятельности по структурному подразделению _____ за период _____ года.

№ п/п	Количественные показатели	Значения показателей	
		Предыдущий период	Текущий период
1.	...		
2.			
3.			
...			

Ответственный врач-специалист:

Дата составления: