



П Р И К А З

«12» января 2026г.

№ 1

Екатеринбург

Об организации Внутреннего контроля качества медицинской помощи и безопасности медицинской деятельности

В соответствии с Федеральным законом РФ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»; Федеральным законом РФ от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ», Федеральным законом РФ от 12.11.2010 г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств», Федеральным законом РФ от 25.12.2018 г. № 489-ФЗ;
во исполнение приказов Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 № 785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности»; № 203н от 28.05.2025 г. «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»;

П Р И К А З Ы В А Ю :

1. Назначить ответственным лицом за организацию работы по контролю качества и безопасности медицинской деятельности по больнице заместителя главного врача по КЭР Панышину И.С.
2. Назначить ответственными за организацию и проведение внутреннего контроля качества медицинской помощи:
 - по круглосуточному и дневным стационарам, ДКРЦ, диагностическим подразделениям, ЦЗС, стоматологии заместителя главного врача по медицинской части, ЦЛД;
 - по амбулаторно-поликлинической службе (в т.ч. по отделению неотложной помощи, отделению восстановительного лечения, кабинету охраны зрения) заместителя главного врача по АПС.
3. Утвердить:
 - 3.1 Службу по контролю качества и безопасности оказания МП в составе:

- ✓ заместитель главного врача по КЭР Паньшина И.С. (руководитель)
- ✓ заместитель главного врача по АПР Зюзева Н.А.
- ✓ заместитель главного врача по медицинской части Рязанова Т.А.
- ✓ заведующий аналитическим отделом Колтунова Е.С.
- ✓ заведующий ОККМП Архипова М.М. (секретарь)
- ✓ старшая медсестра КСС Мельникова М.П.
- ✓ старшая медсестра АПС Смирнова С.В.
- ✓ главная медсестра Сергеева Н.С.

3.2 Схему управления качеством и безопасностью медицинской деятельности (Приложение №1).

3.3 Статистические показатели качества (Приложение №2)

3.4 План аудитов подразделений (Приложение №3).

3.5 План экспертиз (Приложение №4).

4 Назначить уполномоченными по качеству заведующих отделениями и старших медсестер круглосуточного стационара, заведующего дневным стационаром, заведующего ОСП, заведующих поликлиниками, заведующих педиатрическими отделениями АПП, отделений диагностической службы, ОВЛ, ДКРЦ, ОМР, школьных и дошкольных отделений, старших медсестер АПП, ДКРЦ, СЗП.

5 Уполномоченным по качеству:

5.1 проводить внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности 1-го уровня в подразделениях в соответствии с настоящим приказом;

5.2 обеспечить учет результатов контроля качества 1 уровня в электронном виде в своем подразделении, результаты размещать на паблике;

5.3 Обеспечить регистрацию нежелательных событий в подведомственном подразделении (СОП 06-21-О, Приказ № 274 от 22.07.2024)

5.4 принимать участие в подготовке и проведению в аудитов (рабочие группы СМК);

5.5 при выявлении дефектов в лечебно-диагностическом процессе, некачественного оказания медицинской помощи, организационных нарушений и др.

- доводить замечания до персонала отделения под роспись,
- принимать меры к устранению выявленных недостатков,
- учитывать при распределении стимулирующих выплат по итогам работы за месяц;

6 Старшей медсестре КСС обеспечить:

6.1 контроль качества оказания медицинской помощи средним медицинским персоналом КСС, СЗП, ЦЛД 2 уровня;

6.2 проведение аудитов медицинской деятельности в соответствии с планом;

6.3 контроль за проведением и учет результатов аудитов рабочих групп (Таблица на паблике, приложение №6);

6.4 обеспечить ведение реестров и регистрацию утвержденных стандартных операционных процедур (СОП) и стандартных операционных карт (СОК).

7 Старшей медсестре АПС обеспечить:

7.1 контроль качества оказания медицинской помощи средним медицинским персоналом, операторов приема, администраторов подразделений АПС 2 уровня;

6.2 проведение аудитов медицинской деятельности в соответствии с планом.

8 Главной медицинской сестре:

8.1 осуществлять контроль за оснащением медицинской организации оборудованием для оказания медицинской помощи, за обслуживанием, а также за безопасностью работы медицинского оборудования и медицинских изделий;

9 Заведующему ОККМП:

9.1 обеспечить контроль качества оказания медицинской помощи 2 уровня (аудит медицинской помощи) в соответствии с планом, контроль проведения и анализ контроля качества 1 уровня ежеквартально с подведением итогов на отчете службы контроля качества;

9.2 обеспечить проведение плановой и внеплановой внутренней экспертизы оказания медицинской помощи на основании медицинской документации (в электронном виде) по утвержденным чек-листам в соответствии с Федеральными клиническими рекомендациями и приказом МЗ РФ № 203н от 28.05.2025, (плановые в соответствии с Приложением №4);

9.3 ежемесячно анализировать результаты внутренней и внешней экспертизы медицинской документации с разработкой корректирующих мероприятий;

9.4 обеспечить сбор и анализ утвержденных статистических показателей качества и безопасности медицинской деятельности, предоставлять анализ ежеквартально на заседаниях Службы контроля качества;

9.5 обеспечить подготовку заседаний Службы контроля качества не реже 1 раза в квартал с оформлением протокола не позднее чем через 7 дней после проведения заседания.

10 Руководителю службы персонала:

10.1 обеспечить обучение медицинских работников в центре обучения персонала в соответствии с планом, а также в соответствии с планами корректирующих мероприятий;

10.2 обеспечить контроль наличия актуальных документов об образовании;

10.3 обеспечить регистрацию нежелательных событий по больнице, ранжирование нежелательных событий по группам риска с информированием руководителей рабочих групп СМК;

11 Заместителю главного врача по КЭР (руководителю службы контроля качества):

11.1 организовать внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности в МО в соответствии с настоящим приказом на всех уровнях внутриведомственного контроля;

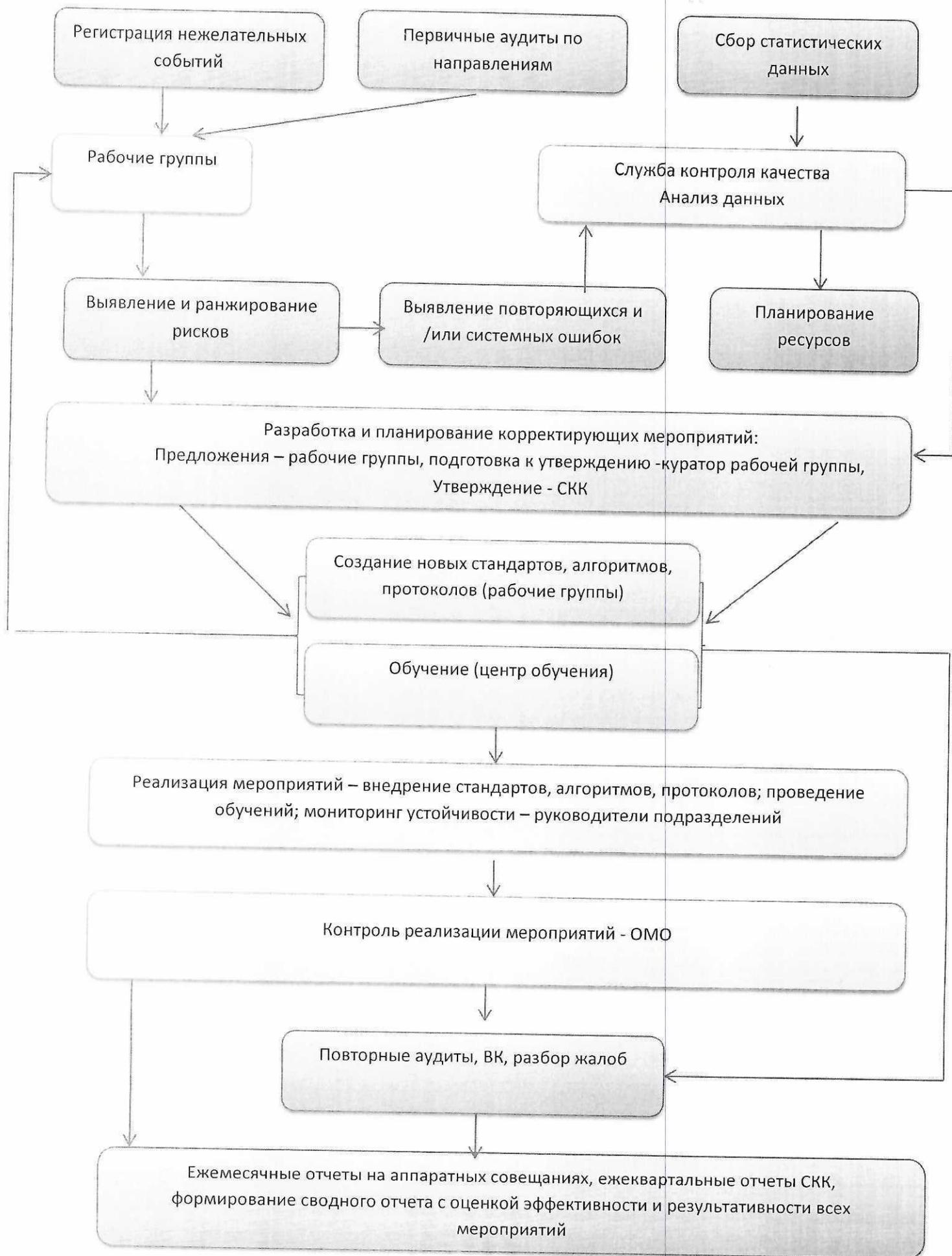
- 11.2 обеспечить разработку корректирующих мероприятий и контроль их выполнения на всех уровнях;
- 11.3 организовать работу Службы по внутреннему контролю качества в соответствии с регламентом и положением;
- 11.4 доводить до сведения медицинских работников выявленные дефекты лечебно-диагностического процесса, осуществлять контроль их устранения, осуществлять контроль выполнения плана корректирующих мероприятий;
- 11.5 ежеквартально проводить анализ по результатам проведенного внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности и реализации принятых управленческих решений, доводить до сведения главного врача;
- 11.6 предоставлять главному врачу аналитическую справку по итогам внешнего и внутреннего контроля качества медицинской помощи в больнице и отчет о работе Службы контроля качества 1 раз в 6 месяцев.
- 12 Контроль исполнения приказа оставляю за собой.

Главный врач



А.С. Соколова

БЛОК-СХЕМА УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ В ГАУЗ СО ДГКБ №11



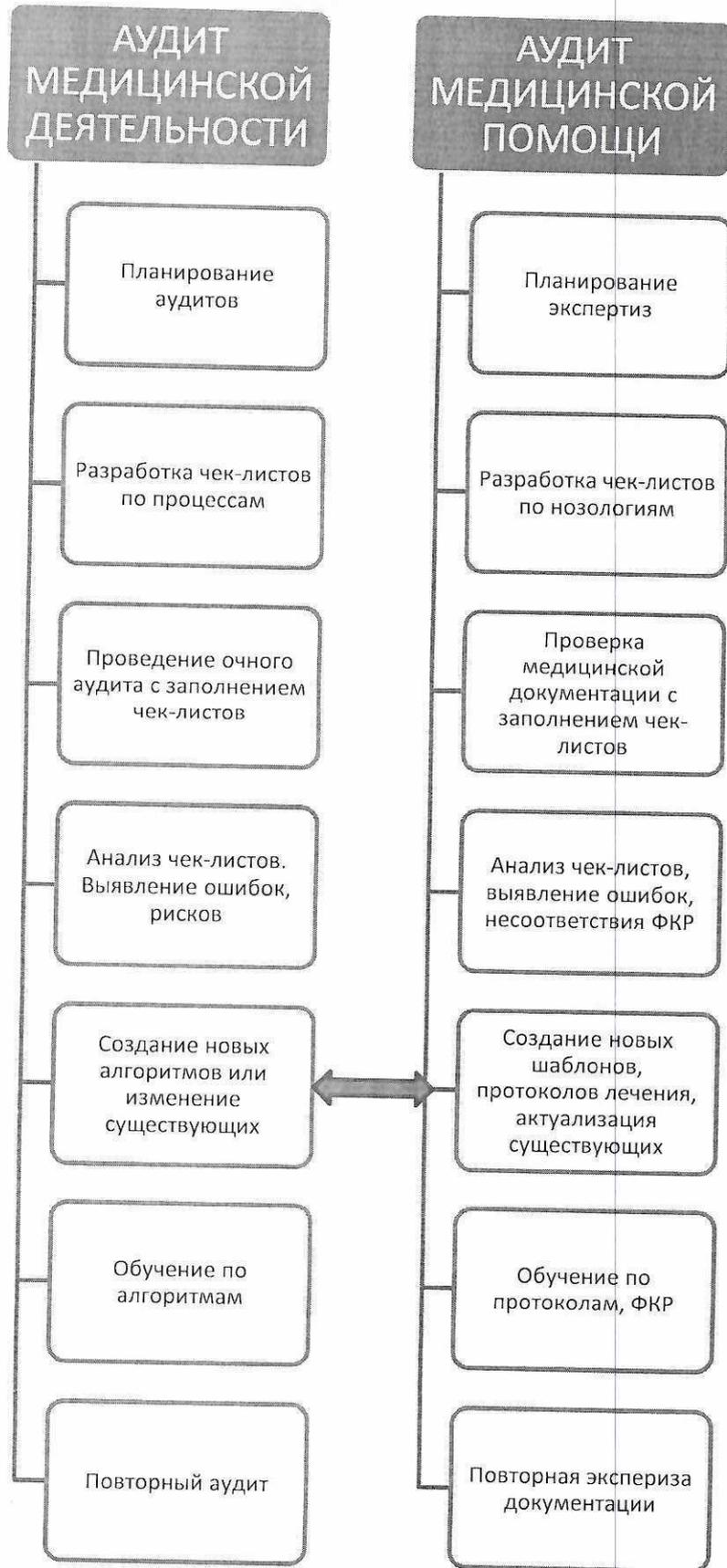
**МЕРОПРИЯТИЯ ПО ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

| Мероприятия | Ответственный |
|--|--|
| Аудиты безопасности медицинской деятельности | Руководители рабочих групп по направлению, старшие медсестры КСС, АПС |
| Аудит (контроль качества) медицинской помощи - экспертиза медицинской документации | 1 уровень – заведующие отделениями, старшие медсестры 2 уровень – заведующий ОККМП, заведующие поликлиниками 3 уровень – заместители главного врача 4 уровень - ЦВК |
| Сбор статистических данных | Количественные показатели – АО Качественные показатели - ОККМП |
| Учет нежелательных событий | Центр обучения (Омельнова О.Л.) |
| Анализ информации о побочных действиях и нежелательных реакциях на лекарственные препараты | ОККМП |
| Анализ информации о нежелательных реакциях на медицинские изделия | Старшие медсестры, главная медсестра |
| Мониторинг наличия лекарственных препаратов, медицинских изделий | Старшие медсестры, главная медсестра |
| Учет и анализ обращений | Заместитель главного врача по КЭР |
| Мониторинг удовлетворенности | АО (Воробьева Ю.А.) |
| Мониторинг наличия, работоспособности и подготовки оборудования к работе | Главная медсестра |
| Мониторинг наличия у сотрудников документов об образовании | Руководитель службы персонала |

медицинская деятельность — это система, которая обеспечивает оказание медицинской помощи

медицинская помощь — это конкретные действия, направленные на лечение, диагностику и профилактику заболеваний (в том числе выполнение федеральных клинических рекомендаций)

ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ АУДИТОВ



Выявление системных ошибок

Разработка корректирующих мероприятий на ВК или СКК

Статистические показатели качества КСС (ежемесячно)

| Показатели | Ответственный за мониторинг | Норматив |
|---|-----------------------------------|---|
| Частота вентилятор-ассоциированных пневмоний | Заведующий АО | не более 2% |
| Частота катетер-ассоциированных инфекций | Заведующий АО | не более 2% |
| Частота ИСМП | Заведующий АО | не более 5% |
| Доля пациентов, повторно обратившихся в стационар с теми же симптомами в течение 72 часов после отказа в госпитализации | Заведующий приемным отделением | не более 2% |
| Доля пациентов с периодом ожидания оказания неотложной помощи более 30 мин; | Заведующий приемным отделением | не более 5% |
| Доля случаев госпитализаций, при которых выявлены дефекты оказания медицинской помощи (в соответствии с ФКР) | Заведующий ОККМП | 0 |
| Частота реакций и осложнений, возникших в связи с трансфузией донорской крови и (или) ее компонентов | Заведующий ОРИТ | 0 |
| Количество пролежней | Старшая медсестра КСС | 0 |
| Количество серьезных нежелательных событий от всех случаев оказания МП | Омелькова ОЛ | не более 1% |
| Удовлетворенность медицинской помощью | Аналитик АО | 95% |
| Доля случаев, при которых выявлены дефекты оказания медицинской помощи | Заведующий ОККМП | не более 10%, в том числе по качеству - не более 5% |
| Количество обоснованных жалоб на качество | Заместитель главного врача по КЭР | 0 |
| Статистические показатели качества АПП ежемесячно | | |
| Показатели | Ответственный за мониторинг | Норматив |
| Доля пациентов с периодом ожидания приема врача кабинета АПП > 30 мин | Заведующий АПП | 5% |
| Доля пациентов, которым оказана неотложная помощь на дому > 2 ч | Заведующий АПП | 0-2 ч. - 55%, 2-4 ч. - 25%, 4-6 ч. - 10%, более 6 ч. - 10% |
| Доля случаев невыполнения плана диспансерного наблюдения у пациентов с хронической патологией | Заведующий ОККМП | не более 5% |
| Удовлетворенность медицинской помощью | Аналитик АО | 95% |
| Количество обоснованных жалоб на качество | Заместитель главного врача по КЭР | 0 |
| Доля случаев, при которых выявлены дефекты оказания медицинской помощи | Заведующий ОККМП | не более 15%, в том числе по качеству - не более 10% |
| Количество серьезных нежелательных событий от всех случаев оказания МП | Омелькова ОЛ | не более 1% |
| Статистические показатели качества СЗП ежемесячно | | |
| Удовлетворенность медицинской помощью | Аналитик АО | 95% |
| Количество обоснованных жалоб на качество | Заместитель главного врача по КЭР | 0 |
| Доля случаев, при которых выявлены дефекты оказания медицинской помощи | Заведующий ОККМП | не более 10%, в том числе по качеству - не более 5% |

Статистические показатели качества КСС (ежеквартально)

| Показатель | Ответственный за мониторинг | Норматив |
|--|--|----------------------------------|
| Доля резистентных штаммов, среди всей микрофлоры, выделенной от пациентов | Заведующий ОРИТ | до 50% |
| Частота случаев превышения длительности пребывания в стационаре более 30 дней (скрытые ИСМП) | Заведующие отделениями КСС | 1 случай на 100 пациентов |
| Частота расхождения предварительного и заключительного диагноза | Заместитель главного врача по КЭР | 0 |
| Досуточная летальность | Заместитель главного врача по медицине | до 30% от больничной летальности |
| Больничная летальность | Заместитель главного врача по медицине | 0,20% |
| Доля летальных случаев, при которых выявлены дефекты медицинской помощи | Заместитель главного врача по КЭР | 0 |
| соответствие практическим рекомендациям РЗП - 1 РАЗ В 6 МЕС | Заместитель главного врача по медицине | не менее 75% |
| Статистические показатели по АПП ежеквартально | | |
| Показатель | Отвественный за мониторинг | Норматив |
| Удельный вес госпитализированных диспансерных больных по обострению заболевания, по поволу которого | Заместитель главного врача по АПС | не более 1% |
| Первичная инвалидность среди пациентов, подлежащих диспансерному наблюдению (предотвратимые случаи) | Заведующий ОККМП | 0 |
| Случаи смертности пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением, при которых выявлены дефекты медицинской помощи | Заместитель главного врача по КЭР | 0 |
| привитость | Заведующий АО | не менее 95% |
| исполнение заявки ЛЛЮ | Заведующий ОККМП | 85-110% |
| соответствие практическим рекомендациям РЗП - 1 РАЗ В 6 МЕС | Заместитель главного врача по АПС | не менее 78% |

**Аудиты безопасности медицинской деятельности
в подразделениях ГАУЗ СО «ДГКБ №11» в 2026 году.**

| № п/п | Тема аудита/направление деятельности | Подразделения ЛПУ | Ответственный за проведение аудита | Кратность проведения аудита |
|-------|---|-----------------------------|------------------------------------|---|
| 1 | Безопасность среды в медицинской организации | подразделения КСС, АПС, СЗП | руководитель рабочей группы | Не менее 1 раза в год в каждом подразделении. При выявлении несоответствий при аудите по чек-листу (менее 70% соответствия) – повторные аудиты после реализации организационных мероприятий |
| 2 | Диспансерное наблюдение за пациентами, страдающими хроническими заболеваниями | подразделения АПС | руководитель рабочей группы | |
| 3 | Идентификация личности пациентов | подразделения КСС, АПС, СЗП | руководитель рабочей группы | |
| 4 | Контроль качества и безопасности обращения медицинских изделий | подразделения КСС, АПС, СЗП | руководитель рабочей группы | |
| 5 | Лекарственная безопасность. Фармаконадзор | подразделения КСС, АПС, СЗП | руководитель рабочей группы | |
| 6 | Обеспечение принципов пациентоцентричности при осуществлении медицинской деятельности | подразделения КСС, АПС, СЗП | руководитель рабочей группы | |
| 7 | Организация оказания медицинской помощи на амбулаторном приеме и на дому | подразделения АПС | руководитель рабочей группы | |
| 8 | Организация оказания медицинской помощи на основе данных доказательной медицины. Соответствие оказываемой медицинской помощи клиническим рекомендациям (протоколам лечения) | подразделения КСС, АПС, СЗП | руководитель рабочей группы | |
| 9 | Организация профилактической работы. Формирование здорового образа жизни среди населения. Диспансеризация прикрепленно- | подразделения АПС | руководитель рабочей группы | |

| | | | |
|----|---|-----------------------------|-----------------------------|
| | го населения | | |
| 10 | Организация регистратуры | подразделения АПС | руководитель рабочей группы |
| 11 | Организация ухода за пациентами (сестринские манипуляции). Профилактика падений и пролежней | подразделения КСС, АПС, СЗП | руководитель рабочей группы |
| 12 | Организация экстренной и неотложной помощи в поликлинике | подразделения АПС | руководитель рабочей группы |
| 13 | Организация экстренной и неотложной помощи в стационаре. Организация работы приемного отделения | подразделения КСС | руководитель рабочей группы |
| 14 | Преимственность медицинской помощи. Передача клинической ответственности за пациента. Организация перевода пациентов в рамках одной медицинской организации и трансфер в другие медицинские организации | подразделения КСС, АПС, СЗП | руководитель рабочей группы |
| 15 | Профилактика рисков, связанных с переливанием донорской крови и ее компонентов, препаратов из донорской крови | ОРИТ | руководитель рабочей группы |
| 16 | Система управления работниками в медицинской организации | подразделения КСС, АПС, СЗП | руководитель рабочей группы |
| 17 | Стационарзамещающие технологии (организация работы дневного стационара, «стационара на дому») | подразделения СЗП | руководитель рабочей группы |
| 18 | Управление качеством и безопасностью медицинской деятельности в медицинской организации | подразделения КСС, АПС, СЗП | руководитель рабочей группы |
| 19 | Хирургическая безопасность. Профилактика рисков, связанных с оперативными вмешательствами | подразделения АПС | руководитель рабочей группы |

| | ми | | пы | |
|----|--|-----------------------------|-----------------------------|--|
| 20 | Эпидемиологическая безопасность (профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП)) | подразделения КСС, АПС, СЗП | руководитель рабочей группы | |

ПЛАН ЭКСПЕРТИЗ НА 2026 год

| Проблема, повод | Тема | Срок | Объем |
|--|---|---------|---|
| Оказание медицинской помощи в сторонних медицинских организациях | Анализ внешних снятий в АПП за декабрь 2025 г. | Январь | 60 случаев по данным СМО |
| Разработка клинического протокола по геморрагическому васкулиту | Оказание медицинской помощи пациентам с геморрагическим васкулитом в стационаре | Февраль | 30 электронных историй болезни |
| Установление «топического» диагноза при ОРВИ, диагноза «грипп», выполнение ФКР | Экспертиза качества оказания медицинской помощи пациентам с ОРВИ, бронхитом в ОНП и на педиатрических участках, выполнение ФКР «ОРВИ», «Бронхит», «Грипп» | Февраль | 60 случаев (ОНП, ПО) по данным электронных карт |
| Диагностика злокачественных новообразований в амбулаторных условиях | Экспертиза качества оказания медицинской помощи детям-инвалидам со ЗН в поликлинике | Март | 60 электронных карт |
| Оказание медицинской помощи в сторонних медицинских организациях | Анализ внешних снятий за январь-февраль 2026 г. | Март | 60 электронных карт |
| Выполнение Методических рекомендаций МЗ СО и ТФОМС СО (Приказ № 347-п/ № 63 от 17.02.2023) | Экспертиза случаев оказания медицинской помощи в ОМР ДС | Апрель | 30 электронных историй болезни |
| Дефекты заполнения Карт профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних | Экспертиза первичной медицинской документации «Карта профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего» | Апрель | 60 электронных карт |
| Необоснованное назначение лабораторных исследований в АПП | Экспертиза обоснованности назначения лабораторных исследований в АПП | Май | 60 электронных карт |
| Дефекты оказания медицинской помощи детям-инвалидам с сахарным диабетом | Выполнение клинических рекомендаций МЗ РФ «Сахарный диабет 1 типа» (дети), Приказа МЗ СО и Алгоритма ДГКБ № 11 | Июнь | 60 электронных карт |
| Необоснованные госпитализации пациентов с ВСД, НРС в педиатрическое отделение стационара | Обоснованность госпитализаций пациентов с ВСД, НРС в стационар | Июнь | 30 электронных историй болезни |
| Наблюдение детей первого года жизни на педиатрических участках | Экспертиза качества наблюдения детей грудного возраста в поликлинике | Июль | 60 электронных амбулаторных карт |
| Дефекты оказания медицинской помощи детям-инвалидам | Перекрестная проверка по чек-листам между поликлиниками | Август | 60 электронных карт |
| Дефекты оказания медицинской помощи детям-инвалидам | Анализ первичной инвалидности, анализ диспансерного наблюдения детей-инвалидов, выполнение | Август | 60 электронных карт |

| | | | |
|--|--|----------|--------------------------------|
| | программы реабилитации (ИПРА) | | |
| Выполнение ФКР «Пневмония внебольничная» | Экспертиза качества медицинской помощи пациентам с пневмонией в стационаре | Сентябрь | 30 электронных историй болезни |
| Выполнение Методических рекомендаций МЗ СО и ТФОМС СО (Приказ № 347-п/ № 63 от 17.02.2023) | Экспертиза случаев медицинской реабилитации в ОВЛ поликлиники | Октябрь | 60 электронных карт |
| Выполнение ФКР «Ожирение», дети | Экспертиза оказания медицинской помощи пациентам с ожирением в дневном стационаре | Октябрь | 30 электронных историй болезни |
| Выполнение ФКР «Бронхиальная астма», решения медсовета (2025 г.) | Экспертиза качества оказания медицинской помощи пациентам с бронхиальной астмой на педиатрических участках и в ОСП | Ноябрь | 60 электронных карт |
| Выполнение протокола по оказанию помощи при бронхиолите в стационаре | Экспертиза качества оказания медицинской помощи пациентам с бронхиолитом в педиатрических отделениях и ОРИТ | Ноябрь | 30 электронных историй болезни |
| Оказание медицинской помощи в сторонних медицинских организациях | Анализ внешних снятий в АПП (выборочно по месяцам) | Декабрь | 60 ЭК |
| Выполнение ФКР «ОРВИ», «Грипп» в стационаре | Экспертиза качества оказания медицинской помощи пациентам с ОРВИ, гриппом в стационаре | Декабрь | 30 электронных историй болезни |