

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный институт качества» Росздравнадзора

**«ПРЕДЛОЖЕНИЯ (ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ) ПО ОРГАНИЗАЦИИ
ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ, ОКАЗЫВАЮЩИХ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ
ПРИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ
В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ И В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА»**

УТВЕРЖДАЮ

Генеральный директор ФГБУ
«Национальный институт качества»
Росздравнадзора

И.В. Иванов



Москва, 2019 г.

Разработаны

*Федеральным государственным бюджетным учреждением «Национальный институт качества» Росздравнадзора
и рабочей группой Ассоциации частных стоматологических клиник.*

Рецензенты

*Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центральный научно-исследовательский институт
стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» Министерства здравоохранения Российской Федерации*

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ СОКРАЩЕНИЯ	3
ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ	4
МОДЕЛЬ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ И БЕЗОПАСНОСТЬЮ	5
1. Планирование деятельности стоматологической организации.	6
2. Работа (медицинская деятельность и оказание медицинской помощи)	10
3. Оценка качества медицинской помощи и медицинской деятельности.	12
4. Корректировка, реализация мероприятий по устранению и предупреждению нарушений, отклонений.	12
Приложение 1 Оценочный лист по направлению «Безопасность обращения лекарственных средств при осуществлении медицинской деятельности»	1
Приложение 2 Оценочный лист по направлению «Эпидемиологическая безопасность (профилактика инфекций, связанных с осуществлением медицинской деятельности)»	11
Приложение 3 Оценочный лист по направлению «Безопасность при идентификации личности пациента»	28
Приложение 4 Оценочный лист по направлению «Безопасность обращения медицинских изделий при осуществлении медицинской деятельности»	31
Приложение 5 Оценочный лист по направлению «Безопасность при организации медицинской помощи в экстренной и неотложной формах»	38
Приложение 6 Оценочный лист по направлению «Преемственность оказания медицинской помощи, безопасность при организации перевода/направления пациентов в рамках одной медицинской организации и/или транспортировки в другие медицинские организации»	41
Приложение 7 Оценочный лист по направлению «Хирургическая безопасность, профилактика рисков, связанных с оперативными вмешательствами»	46
Приложение 8 Оценочный лист по направлению «Безопасность среды в медицинской организации»	51
Приложение 9 Оценочный лист по направлению «Организация отдельных направлений медицинской деятельности в амбулаторных условиях»	57
Приложение 10 Оценочный лист по направлению «Управление персоналом при осуществлении медицинской деятельности»	70
Приложение 11 Оценочный лист по направлению «Обеспечение качества медицинской помощи. Контроль соблюдения порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций и стандартов медицинской помощи»	76

ВВЕДЕНИЕ

Настоящие Предложения (практические рекомендации) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь при стоматологических заболеваниях (далее – Практические рекомендации) разработаны с целью совершенствования системы контроля и управления качеством в медицинских организациях, снижения ошибок медицинского персонала и возможных рисков для пациентов при осуществлении медицинской деятельности.

При написании Практических рекомендаций для российских медицинских организаций, были учтены и адаптированы требования и рекомендации международных систем стандартизации (ИСО-9001, IWA), аккредитации (JCI), систем добровольной сертификации (ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора), Предложения (практические рекомендации) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (в поликлинике, в стационаре), предложения ведущих профессиональных сообществ (Стоматологической Ассоциации России, Ассоциации частных стоматологических клиник, Ассоциации медицинских сестер в стоматологии), медицинских организаций (ГАУЗ «Стоматологическая поликлиника №1», ГАУЗ «Стоматологическая поликлиника №2», ГАУЗ «Детская стоматологическая поликлиника» Республики Бурятия, Центральный научно-исследовательский институт стоматологии) по построению и внедрению системы управления качеством и безопасностью медицинской деятельности.

Каждый из разделов Практических рекомендаций содержит краткое описание с предложениями по их реализации.

Практические рекомендации содержат оценочные листы, позволяющие проводить внутренние и внешние аудиты медицинской деятельности медицинской организации на основании используемых показателей.

ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ СОКРАЩЕНИЯ

МО- медицинская организация, оказывающая медицинскую помощь при стоматологических заболеваниях

МП - медицинская помощь

МД - медицинская деятельность

СМК - система менеджмента качества

СКиБ - система управления качеством и безопасностью

ФНД - функциональное направление деятельности, функция

МТП - медико-технологический процесс, процесс, алгоритм

ССП - система сбалансированных показателей

СОП - стандартная операционная процедура, инструкция по выполнению функции или процесса

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Система управления качеством и безопасностью (СКиБ) - это адаптированная для медицинской организации (МО) модель системы менеджмента качества (СМК) и общего менеджмента.

СКиБ - инструмент для эффективного управления и обеспечения качественных результатов деятельности МО. Система определяет и контролирует установившийся порядок в работе, который МО исходя из поставленных целей, может описывать в виде общей сети основных и вспомогательных медико-технологических процессов (МТП), регулирует распределение и реализацию ответственности сотрудников для обеспечения качества и безопасности медицинских услуг.

Внедрение СКИБ обеспечит МО следующие преимущества:

- определить оптимальную организационную структуру в наибольшей степени приспособленную к решению стратегических задач и реализации всех функциональных направлений деятельности (ФНД);
- снизить производственные издержки за счет контролируемого регулирования затрат (приобретение расходных материалов, целевое обучение сотрудников, рациональное штатное расписание, ответственность владельцев МТП за экономическую составляющую);
- использовать количественные показатели качества; качество работы сотрудника, подразделений, медицинской организации в целом становится измеряемым и управляемым;
- повысить качество и безопасность оказываемых медицинских услуг; реализуется возможность предотвращения ошибок, нарушений при выполнении МТП за счет прозрачности, воспроизводимости и контролируемой повторяемости процессов;
- формировать и использовать "принципы доказательности" при выборе наиболее экономичных и эффективных управленческих и клинических решений; осуществляется сбор, хранение, обработка и оценка результатов лечения и организационных показателей деятельности;
- четко и полноценно определять должностные обязанности сотрудников в процессах деятельности предприятия, распределять их ответственность и полномочия, решать проблемы «незаменимых» работников;
- подтверждать, для пациентов и других заинтересованных сторон, способность медицинской организации оказывать медицинскую помощь стабильно качественно, в долгосрочной перспективе;
- снизить вероятность развития конфликтных ситуаций и судебных исков со стороны пациентов за счет риск-ориентированного подхода в организации медицинской помощи.

МОДЕЛЬ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ И БЕЗОПАСНОСТЬЮ

Существующие модели управления в здравоохранении ориентированы на процесс оказания медицинской помощи (МП), без учета множества других взаимосвязанных процессов и видов деятельности МО. Первоочередное внимание уделяется процессам прямо и непосредственно участвующим в создании медицинской услуги и влияющим на её результат. Данные модели включают, в основном, стандартизацию отдельных этапов лечебно-диагностического процесса (клинические протоколы, протоколы ведения больных, стандарты медицинской помощи), а также различные методы контроля и оценки качества МП.

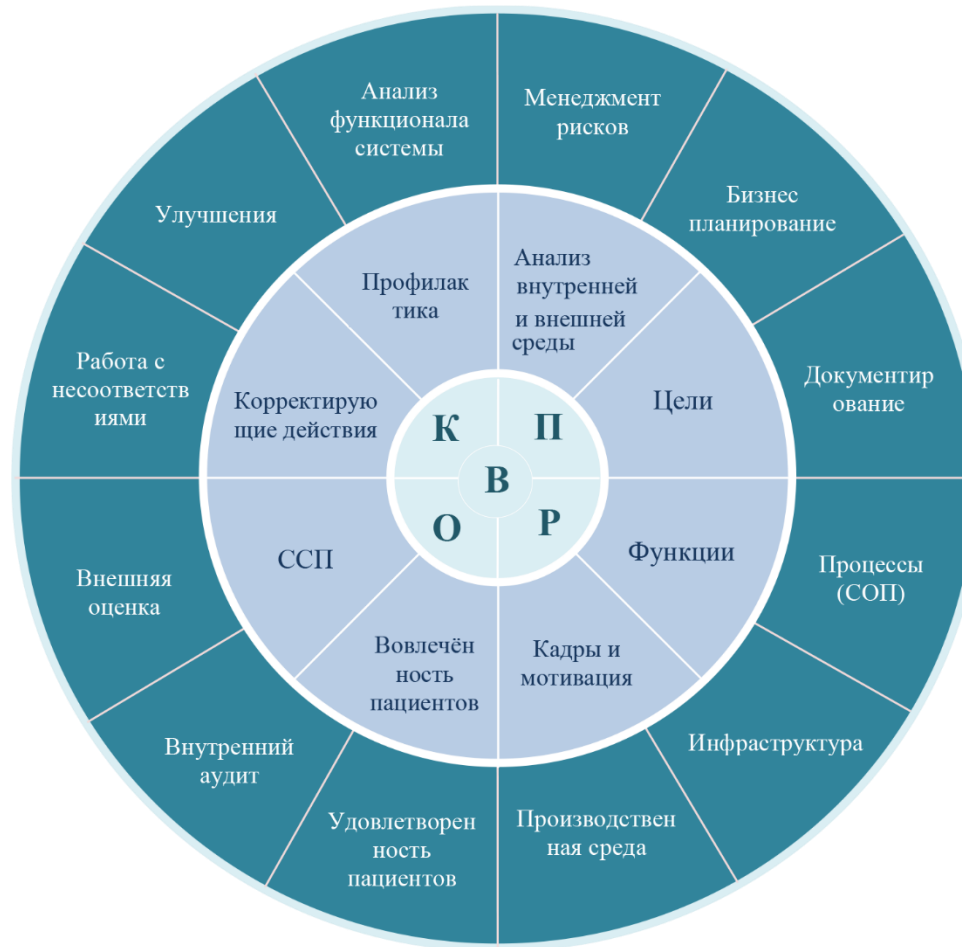
Настоящими рекомендациями предлагается реализация системного процессного подхода к управлению МО, позволяющего при имеющихся ресурсах непрерывно повышать качество и безопасность медицинских услуг, эффективно решать поставленные задачи, минимизируя возможные ошибки и отклонения от запланированных результатов.

Основными принципами рекомендуемой модели СКиБ являются следующие:

- Ориентация на пациента;
- Обеспечение качества и безопасности медицинской деятельности;
- Риск-ориентированный подход;
- Процессный подход к управлению;
- Принятие решений, базирующихся на установленных требованиях и достоверных количественных показателях.

Описание структуры СКиБ предлагается рассматривать по стандартизованной схеме «ВПРОК», содержащей перечень рекомендованных действий медицинской организации в определенной последовательности, где начальные буквы в центре обозначают:

- «В» - выбор, который делает руководитель, принимая ответственное решение по внедрению новой системы управления СКиБ в своей МО;
- «П» - планирование деятельности;
- «Р» - работа МО в условиях внедренной СКиБ;
- «О» - оценка деятельности МО, эффективности СКиБ;
- «К» - корректировка МТП, рисков, СКиБ.



1. Планирование деятельности стоматологической организации.

1.1 Анализ внешней и внутренней среды.

Любая организация, в том числе медицинская находится и функционирует в рамках внешней и внутренней сред. Они предопределяют успешность развития организации, накладывают определенные ограничения как на выполнение отдельных МТП, так и на достижение стратегических целей в целом. Каждое действие организации целесообразно в том случае, если среда допускает его осуществление.

Внешняя среда - это взаимодействие хозяйствующих субъектов, экономических, общественных и природных условий, национальных и межгосударственных институциональных структур, и других внешних условий и факторов, действующих в окружении МО и влияющих на различные сферы ее деятельности.

Анализ внешней среды представляет собой оценку состояния и перспектив развития важнейших, с точки зрения организации, субъектов и факторов окружающей среды: отрасли, партнеров, поставщиков и др., совокупности глобальных факторов внешней среды, на которые организация не может оказывать непосредственное влияние.

Проведя анализ внешней среды, и получив данные о факторах, которые представляют опасность или открывают новые возможности, руководство должно оценить: обладает ли организация внутренними силами, чтобы воспользоваться возможностями, и какие внутренние слабости могут осложнить будущие проблемы, связанные с внешними опасностями.

Изучение внутренней среды дает руководству возможность оценить внутренние ресурсы и возможности МО. Выявляя сильные и слабые стороны, руководство имеет возможность расширять и укреплять конкурентные преимущества и, соответственно, предупредить возникновение различных проблем и рисков. Метод, который используют для диагностики внутренних проблем, называется управленческим обследованием. Управленческое обследование представляет собой методичную оценку функциональных зон организации, предназначенную для выявления ее стратегически сильных и слабых сторон.

Для того чтобы получить объективную оценку состояния МО и ситуации на рынке рекомендовано использовать SWOT-анализ.

1.2 Определение стратегических целей организации.

Постановка стратегических целей начинается с определения миссии.

Миссия - краткий, четко сформулированный документ, объясняющий цель создания организации, ее задачи и основные ценности, в соответствии с которыми определяются направления деятельности. Имея краткое описание направлений самого высокого уровня - миссии, видения и стратегии - организация разрабатывает стратегические цели и задачи, понятные каждому сотруднику.

Стратегические цели представляют собой результаты, которых стремится достичь организация в перспективе. Цели рекомендовано ставить перед организацией в целом, также перед ее структурными подразделениями и конкретными исполнителями.

Стратегические цели – четко определенные характеристики и показатели, к достижению которых компания стремится и на осуществление которых направлена ее деятельность.

Стратегические цели организации являются основой и отправной точкой для планирования и принятия решений, определяют систему мотивации сотрудников и являются основным критерием для оценки результатов деятельности МО. На стратегические цели ориентирована вся система управления МО.

Цели должны удовлетворять следующим условиям:

- Измеримость: все цели имеют количественное выражение.
- Ясность: цели настолько точные и понятные, что невозможно их неправильно истолковать.
- Необходимость и достаточность: цели учитывают все направления деятельности организации.
- Достижимость: руководство и все сотрудники уверены в ее достижимости.
- Привязка ко времени: установлены сроки достижения цели.
- Согласованность по времени: установлена четкая очередность достижения целей.
- Согласованность по иерархии управления: целевые показатели структурных подразделений не противоречат целевым показателям компании в целом.

1.3 Определение, анализ рисков.

Планирование деятельности при разработке СКИБ в МО предполагает внедрение системы управления рисками, компонентами которой должны быть: своевременное выявление потенциального нежелательного события или опасной ситуации, детальный анализ причин и последствий этого события, профилактики подобного явления, постоянно обновляющаяся программа идентификации рисков, информирование персонала о произошедшем и выводы на основе анализа ошибок;

Учет рисков осуществляется на каждом этапе построения СКИБ и превращает предупреждающие действия в часть процессного подхода. Мероприятия, связанные с управлением рисками, создают основу для повышения результативности системы управления, достижения более качественных результатов и предотвращения неблагоприятных последствий. МО необходимо регулярно определять риски, подлежащие рассмотрению, а также планировать и осуществлять действия по их уменьшению и оценивать результативность этих действий.

Анализ рисков позволяет определить их принадлежность к конкретным МТП, степень воздействия на деятельность организации. Для управления рисками, необходимо их идентифицировать и систематизировать, составив реестр, ранжировать по степени значимости, частоте и т.д. При разработке реестра рисков целесообразно использовать метод экспертных оценок. В качестве экспертов привлекается квалифицированный персонал, область знаний которого соответствует анализируемому процессу. Компетенции и опыт этих сотрудников, в том числе по идентификации опасных событий, возможностей по улучшению, оценке и обработке риска, должны быть достаточны для формирования плана реагирования на выявленные риски.

Повышение конкурентоспособности организации при использовании риск-ориентированного подхода достигается за счет улучшения управления, обеспечения высокого качества медицинских услуг, повышения доверия и удовлетворённости пациентов.

Риск-ориентированный подход применяется в контрольно-надзорной деятельности и предполагает снижение количества государственных проверок в МО, где риск нарушений меньше. Таким образом он должен снизить административную нагрузку на добросовестные медицинские организации.

1.4 Анализ инфраструктуры (обеспечение ресурсами).

Международные стандарты на системы управления включают ряд требований к инфраструктуре и производственной среде любого предприятия. Под термином «инфраструктура» следует понимать комплекс производственных помещений, рабочие места, средства связи, оборудование, транспорт, любые расходные материалы, используемые организацией в процессе оказания медицинских услуг и позволяющие достигать поставленных целей.

Если классифицировать входящие в понятие «инфраструктура» элементы, то выделяются:

1. Сооружения, здания, рабочее пространство, а также связанные с ними системы обеспечения;
2. Оборудование, отвечающее за реализацию процессов (технические и программные средства);
3. Вспомогательные службы (коммуникации, транспорт, информационные системы и другие).

После идентификации элементов инфраструктуры, которыми предстоит в дальнейшем управлять, необходимо определить перечень требований к ней.

Правильная эксплуатация сооружений, зданий и систем поддержки, внимательное отношение к проблемам экологии положительно сказываются на качестве медицинских услуг. Невысокое качество сооружений, устаревшее оборудование, которое не соответствует

современным требованиям, могут способствовать снижению производительности труда, нарушению медико-технологических процессов, что в свою очередь приведет к некачественному результату.

Организация должна обеспечивать и поддерживать в нормальном рабочем состоянии инфраструктуру, состояние которой непосредственно влияет на качество и безопасность медицинской деятельности.

1.5 Анализ производственной среды (с учетом требований безопасности).

Целью управления производственной средой являются, в первую очередь:

- обеспечение сохранения жизни и здоровья сотрудников МО;
- обеспечение безопасных и благоприятных условий труда в МО;
- создание в МО мотивационного климата, стимулирующего персонал к активному участию в обеспечении сохранения жизни и здоровья;
- обеспечение охраны окружающей среды.

Необходима комплексная оценка факторов производственной среды и характера труда, которые влияют на трудовой процесс в целом и могут как повышать эффективность труда, так и снижать ее. Кроме того, факторы производственной среды влияют на безопасность труда в целом, развивают творческий подход к работе, вызывают профессиональные заболевания, являются провоцирующими моментами для развития синдрома профессионального выгорания врачей и др.

Определяются следующие основные факторы влияющие на состояние здоровья и работоспособность стоматологического персонала, а, следовательно, деятельность МО:

1. Физические факторы:

- физическое усилие;
- рабочая поза (положение тела человека и его органов в соответствии со средствами производства);
- температура, влажность, тепловое излучение;
- загрязнения воздуха;
- производственный шум;
- вибрация, вращение, толчки;
- освещенность в рабочей зоне.

2. Психологические, эмоциональные факторы:

- нервное напряжение;
- интеллектуальные нагрузки (решение сложных задач в условиях ограниченного времени, постоянное освоение новой информации);
- опасность для жизни и здоровья людей при выполнении работ;
- монотонность работы (многократное повторение однообразных, кратковременных операций, действий, циклов);
- высокая точность работ, продолжительное по времени сосредоточенное наблюдение;
- эмоциональные нагрузки, связанные с высокой степенью риска и ответственности за жизнь и безопасность пациента.

3. Медицинские факторы:

- аллергические реакции на фармакологические и антисептические препараты.

4. Социальные факторы:

- межличностное взаимодействие врача с пациентом и родственниками;
- проблемы профессионального роста и самореализации;
- ухудшение имиджа специальности и т.д.

Для оценки работоспособности применяются три группы показателей - производственные, физиологические и психологические, которые характеризуют результаты производственной деятельности, физиологические сдвиги и изменения в психических функциях человека в процессе труда.

Требованиями к производственной среде медицинской организации могут инициированы следующие меры:

1. По исключению взаимного загрязнения;
2. По соответствию нормам рабочего места;
3. По модернизации рабочих мест и улучшению эргономики труда;
4. По внедрению систем раннего выявления и профилактики синдрома профессионального выгорания и профессиональных заболеваний, медико-гигиенических подходов к ведению здорового образа жизни;
5. По предупреждению усталости персонала во время работы.

2. Работа (медицинская деятельность и оказание медицинской помощи)

2.1 Определение функциональных направлений деятельности (ФНД) в организации.

Для обеспечения качества и безопасности деятельности МО в целом, необходимо качественно управлять всеми функциональными направлениями деятельности МО на всех этапах оказания медицинской услуги. В различных МО перечень ФНД может быть разным, в зависимости от поставленных целей и задач.

Ниже приведен примерный перечень ФНД для МО:

1. Лечебно-диагностическое и профилактическое.
2. Обеспечение санитарно-гигиенического и противозoonиологического режима.
3. Работа с пациентами.
4. Финансово-экономическое.
5. Управление персоналом.
6. Административно-хозяйственное.
7. Материально-техническое обеспечение.
8. Юридическое.
9. Охрана труда.
10. Информатизация и коммуникационное обеспечение.

2.2 Обеспечение качества и безопасности ФНД.

Следующим шагом при внедрении СКИБ является определение перечня МТП, необходимого для качественного и результативного выполнения каждого ФНД. Обеспечение качества возможно при выполнении требований во всех МТП и на всех этапах оказания стоматологической услуги. Используемый процессный подход позволяет сотрудникам, участвующим в выполнении МТП, иметь четкие ответы на вопросы: «кто делает», «что делает» и «как делает». С этой целью внутри МТП наиболее ответственные действия сотрудников регламентируются стандартными операционными процедурами (СОПы) и алгоритмами.

Описание процессов устанавливает основные положения и обязательно для применения сотрудниками во всех подразделениях МО.

Базовые требования в рамках исполнения процессов должны быть формализованы, желательно автоматизированы и встроены в коммуникационное обеспечение МО.

Действия сотрудников по выполнению принятых и прописанных в МТП требований должны стать повседневной практикой.

Ниже приведены рекомендации по обеспечению и контролю выполнения базовых формализованных требований при осуществлении деятельности МО (см. Приложения):

- Приложение 1 Оценочный лист по направлению «Безопасность обращения лекарственных средств при осуществлении медицинской деятельности».
- Приложение 2 Оценочный лист по направлению «Эпидемиологическая безопасность (профилактика инфекций, связанных с осуществлением медицинской деятельности)».
- Приложение 3 Оценочный лист по направлению «Безопасность при идентификации личности пациента».
- Приложение 4 Оценочный лист по направлению «Безопасность обращения медицинских изделий при осуществлении медицинской деятельности».
- Приложение 5 Оценочный лист по направлению «Безопасность при организации экстренной и неотложной медицинской помощи. Организация работы приемного отделения».
- Приложение 6 Оценочный лист по направлению «Преемственность оказания медицинской помощи, безопасность при организации перевода пациентов в рамках одной медицинской организации и/или транспортировки в другие медицинские организации».
- Приложение 7 Оценочный лист по направлению «Хирургическая безопасность, профилактика рисков, связанных с оперативными вмешательствами».
- Приложение 8 Оценочный лист по направлению «Безопасность среды в медицинской организации».
- Приложение 9 Оценочный лист по направлению «Организация отдельных направлений медицинской деятельности в амбулаторных условиях».
- Приложение 10 Оценочный лист по направлению «Управление персоналом при осуществлении медицинской деятельности».
- Приложение 11 Оценочный лист по направлению «Обеспечение качества медицинской помощи. Соответствие клиническим рекомендациям (протоколам лечения)».

2.3 Мотивация персонала.

В организации должна быть разработана понятная и прозрачная система оплаты труда, учитывающая в обязательном порядке качественные показатели труда сотрудников. Основным критерием эффективности системы мотивации является ее воздействие на достижение стратегических целей организации. Проводится декомпозиция стратегических целей, когда исходя из целей организации устанавливаются цели для подразделений и далее конкретные задачи, встроенные в МТП для сотрудников.

Разработанная система сбалансированных показателей (ССП) позволит управлять качеством выполняемых МТП, оценивая и контролируя работу каждого сотрудника.

3. Оценка качества медицинской помощи и медицинской деятельности.

3.1 Формирование системы сбалансированных показателей.

ССП – это важнейший элемент стратегического управления организацией на основе измерения и оценки. Осуществляется с помощью оптимально подобранных показателей, отражающих все аспекты деятельности МО: финансовые, медицинские, маркетинговые, управленческие и т. д.

ССП – инструмент, позволяющий объективно анализировать и управлять деятельностью МО, достигая стабильно высоких и устойчивых результатов, повышая качество и безопасность медицинских услуг.

Использование ССП дает возможность оценить результативность и эффективность СКИБ для всех заинтересованных сторон. Определяется ее влияние на финансовые показатели деятельности МО, состояние удовлетворенности и лояльности пациентов, качество, результативность и эффективность выполнения МТП, ФНД. По результатам выполнения всех утвержденных и применяемых в организации МТП формируются количественные показатели, отражающие качество работы сотрудников и МО.

Для формирования ССП в МО рекомендуется использовать следующие показатели:

- оценки выполнения ФНД и МТП, включая данные внутреннего аудита качества и безопасности медицинской деятельности (оценочные листы по осуществлению внутреннего контроля качества и безопасности, отчеты Комиссии/Службы и (или) уполномоченного по качеству и безопасности медицинской деятельности), результаты работы врачебной комиссии, целевые показатели качества и безопасности медицинской деятельности с учетом утвержденных критериев оценки качества оказания медицинской помощи: ведение медицинской и учетно-отчетной документации, выполнение порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций, стандартов медицинской помощи;

- внешней оценки (оценочные листы Росздравнадзора, акты экспертиз Роспотребнадзора, ФСС, экспертиз качества медицинской помощи, осуществляемых страховыми компаниями и фондами ОМС, результаты проверок налоговой службы, МЧС);

- удовлетворенности пациентов (обращения, жалобы, оценка качества выполнения МТП).

Участие пациента в управлении качеством происходит через оценку тех МТП, которые включают в себя прозрачные и понятные для пациента контрольные точки измерения.

4. Корректировка, реализация мероприятий по устранению и предупреждению нарушений, отклонений.

4.1 Мониторинг оценочных показателей ССП, работа с несоответствиями.

Выполнение каждого МТП требует постоянного наблюдения (мониторинг) и анализа. Регулярно должны оцениваться выполнение как самого МТП, так и работа сотрудников, задействованных в его выполнении.

4.2 Анализ функционирования СКИБ, системы внутреннего контроля качества и безопасности.

4.3 Корректировка рисков, внесение улучшений в МТП, СОПы, порядок Оценки и Мониторинга.

Действия по мониторингу и анализу МТП, направлены на своевременность выполнения коррекций, корректирующих и предупреждающих действий при выявлении отклонений или риска потенциальных отклонений.

- * Несоответствие, отклонение - невыполнение установленных требований (СОПы, алгоритмы) МТП.

- * Коррекция - действие, предпринятое для устранения обнаруженного отклонения.

- * Корректирующее действие - действие, предпринятое для устранения причины обнаруженного отклонения.

- * Предупреждающее действие - действие, предпринятое для устранения причины возможного отклонения.

При этом предупреждающее действие предпринимается для предотвращения возникновения события, тогда как корректирующее действие – для предотвращения повторного возникновения события. Эффективность выполненных корректирующих действий оценивается через определенный период времени. Если выявленные ранее отклонения не повторяются, то можно считать, что причины несоответствия выявлены верно и корректирующие действия эффективны.

Завершить работу по формированию и внедрению СКИБ в деятельность МО рекомендуется ее автоматизацией. СКИБ должна быть представлена в виде программного обеспечения для оперативного управления организацией, медико-технологическими процессами, мотивацией сотрудников, лояльностью пациентов, обеспечения коммуникации с ЕГИСЗ, ГИС, контрольными и надзорными органами.

Приложение 1

Оценочный лист по направлению «Безопасность обращения лекарственных средств при осуществлении медицинской деятельности»

№	Группы показателей	Показатели	№	Порядок оценки показателей	Да	Нет	Примечания
1	Обеспечение безопасности обращения лекарственных средств в медицинской организации	Наличие внутреннего приказа (-ов) по вопросам безопасности обращения лекарственных средств	1.1	Наличие внутреннего приказа (-ов), регламентирующего вопросы безопасности обращения лекарственных средств:			
			1.1.1	организацию работы по обеспечению безопасности обращения лекарственных средств в медицинской организации (основные направления, ответственные за направления и в подразделениях)			
			1.1.2	закупку лекарственных средств			
			1.1.3	контроль утилизации лекарственных средств с истекшим сроком годности			
			1.1.4	организацию и контроль за безопасным и эффективным применением лекарственных препаратов			
			1.1.5	регистрацию и сбор информации о серьезных и непредвиденных нежелательных реакциях в медицинской организации и передачи сведений о них в Росздравнадзор, наличие ответственных			
		Регулярная оценка безопасности обращения лекарственных средств	1.2.1	Оценка лекарственной безопасности в организации проводится регулярно			
			1.2.2	Наличие отчетов о результатах оценки			
			1.2.3	Наличие планов мероприятий по результатам оценки, содержащих информацию: • перечень недостатков по результатам оценки • мероприятия по устранению недостатков			

				• мероприятия по устранению причин выявленных недостатков (корректирующие действия) • мероприятия по устранению причин потенциальных недостатков (предупреждающие действия) ответственные за исполнение и сроки исполнения			
			1.2.4	Сотрудники информированы о результатах оценки (опросить сотрудников из различных подразделений медицинской организации по результатам оценки)			
		Обучение сотрудников по вопросам безопасности обращения лекарственных средств	1.3.1	Существуют планы / программы проведения обучения сотрудников по вопросам лекарственной безопасности			
			1.3.2	Обучение по лекарственной безопасности проводится в соответствии с планом / программой (охват сотрудников 100%)			
			1.3.3	Свидетельства ¹ обучения сотрудников по вопросам лекарственной безопасности есть в наличии			
		Информирование сотрудников о новых лекарственных препаратах	1.4.1	В организации проводится информирование/обучение сотрудников о новых лекарственных средствах			
			1.4.2	Протоколы конференций / совещаний о проведенном информировании/обучении есть в наличии (опросить сотрудников на предмет подтверждения информирования /обучения)			
2.	Регистрация и сбор информации о серьезных и непредвиденных нежелательных реакциях в медицинской	Порядок сбора и направления в Автоматизированную информационную систему Росздравнадзора и/или территориальные органы Росздравнадзора сведений о выявленных нежелательных	2.1.1	В организации утвержден порядок сбора и направления сведений о выявленных нежелательных реакциях			
			2.1.2	Ответственные сотрудники знают порядок сбора и направления сведений о выявленных нежелательных реакциях			

	организаций и передачи сведений о них в Росздравнадзор	реакциях					
		Алгоритм взаимодействия медицинской организации с территориальным органом Росздравнадзора,	2.2.1	В организации имеется алгоритм взаимодействия с территориальным органом Росздравнадзора, включая контактные данные ответственных специалистов по фармаконадзору			
			2.2.2	Ответственные сотрудники знают алгоритм взаимодействия с территориальным органом Росздравнадзора, включая знание контактных данных ответственных специалистов по фармаконадзору			
		Стандартные извещения о нежелательной реакции	2.3.1	Стандартные извещения о нежелательной реакции (в электронной форме или на бумажном носителе) есть в наличии			
			2.3.2	Ответственные сотрудники умеют заполнять стандартные извещения о нежелательной реакции (попросить сотрудников заполнить извещение)			
		Сбор информации о серьезных и непредвиденных нежелательных реакциях	2.4.1	Информация о серьезных и непредвиденных нежелательных реакциях есть в наличии			
		Оценка причинно-следственной связи между применением лекарственного препарата и развитием нежелательной реакции	2.5.1	В организации применяют алгоритмы Наранжо/ Karch/ ВОЗ при оценке причинно-следственной связи между применением лекарственного препарата и развитием нежелательной реакции			
			2.5.2	Сотрудники знают алгоритмы Наранжо/ Karch/ ВОЗ при оценке причинно-следственной связи между применением лекарственного препарата и развитием нежелательной реакции (оценить знания и навыки использования одного из алгоритмов, опросив ответственных сотрудников)			

3	Организация внутреннего производственного контроля (обеспечение качества лекарственных препаратов)	Закупка лекарственных препаратов	3.1	В организации проводится контроль лекарственных средств при закупке, включающий:			
			3.1.1	контроль достоверности данных поставщика (проверка сведений в Едином реестре лицензий, размещенном на официальном сайте Росздравнадзора)			
			3.1.2	контроль лекарственных средств по показателям по нормативной документации производителей (проверяется соответствие показателей: «Описание», «Упаковка», «Маркировка»)			
			3.1.3	мониторинг лекарственных препаратов с использованием актуализированной базы данных о качестве лекарственных средств			
			3.2	Процесс снабжения лекарственными средствами от склада поставщика до медицинской организации налажен (оценить соотношение запасов на складе медицинской организации к объему годовой закупки)			
		Контроль срока годности лекарственных препаратов	3.3.1	Имеется план проведения внутреннего контроля срока годности лекарственных препаратов			
			3.3.2	Проводятся внеплановые проверки срока годности лекарственных препаратов			
			3.3.3	Отчеты по результатам проверок срока годности лекарственных препаратов есть в наличии			
			3.3.4	Планы по устранению недостатков по результатам проверок с указанием сроков и ответственных за исполнение есть в наличии			
			3.3.5	Сотрудники информированы о результатах проверки срока годности лекарственных препаратов (опросить не менее 5 сотрудников из разных			

				подразделений)			
4	Контроль условий хранения лекарственных препаратов, требующих особых условий хранения	Список лекарственных препаратов, требующих особых условий хранения (в соответствии с требованиями производителей лекарственных средств)	4.1.1	Определен список лекарственных препаратов, требующих особых условий хранения			
			4.1.2	Сотрудники знают список лекарственных препаратов, требующие особых условий хранения (опросить сотрудников из различных подразделений)			
		Оборудование для хранения лекарственных препаратов во всех подразделениях медицинской организации:	4.2	В организации имеется оборудование для хранения лекарственных препаратов, включая:			
			4.2.1	холодильники с исправными термометрами или термодатчиками			
			4.2.2	оборудование для измерения показателей условий хранения в помещениях (термометры, психрометры, гигрометры и т.д.)			
			4.3	оборудование для измерения показателей условий хранения расположены правильно (определяется на основании требований нормативной документации. Например, измерительная часть оборудования расположена на расстоянии не менее 3 метров от дверей, окон и отопительных приборов)			
		Оборудование для контроля условий хранения лекарственных препаратов (если применимо)	4.4.1	Оборудование для контроля условий хранения лекарственных препаратов исправно (проверить наличие договоров с компаниями, осуществляющими техническое обслуживание оборудования, информацию о проведении проверок, регулярность)			
		Регулярный контроль условий хранения	4.5.1	Контрольные параметры фиксируются (на бумажных или электронных носителях) и анализируются			
			4.5.2	Контрольные параметры фиксируются регулярно			

		Соблюдение правил хранения лекарственных препаратов, требующих специальных условий хранения	4.6.1	Условия хранения лекарственных препаратов, требующие защиты от воздействия света, соблюдаются (если применимо)			
			4.6.2	Условия хранения лекарственных препаратов в подразделениях организации соблюдаются (проверить методом случайной выборки соблюдение правил хранения по 5 лекарственных препаратов в каждом подразделении на соответствие условий хранения требованиям производителей)			
5	Определение мест хранения лекарственных средств	Хранение лекарственных препаратов по группам (фармакологическим, способам применения)	5.1.1	Лекарственные препараты расположены по фармакологическим группам и способам применения (проверить расположение во всех подразделениях)			
		Доступность лекарственных препаратов	5.2.1	Лекарственные препараты доступны в рабочее время (опросить сотрудников о порядке получения лекарственных препаратов в выходные, праздничные дни и ночные часы)			
		Хранение лекарственных препаратов в недоступных для пациентов и посетителей местах	5.3.1	Лекарственные препараты хранятся в недоступном для пациентов и посетителей местах (проверить во всех подразделениях)			
6	Соблюдение требований к упаковке и маркировке лекарственных препаратов	Хранение лекарственных препаратов в первичной упаковке	6.1.1	Лекарственные препараты хранятся в первичной упаковке (проверить во всех подразделениях)			
		Соблюдение условий хранения лекарственных препаратов после вскрытия упаковки	6.2.1	Условия хранения лекарственных препаратов после вскрытия упаковки соблюдаются (на упаковке/ этикетке должны быть указаны условия хранения лекарственного средства после первого вскрытия первичной упаковки и после приготовления или разбавления раствора (суспензии))			
		Правильная маркировка	6.3.1	Лекарственные препараты (включая			

		лекарственных препаратов, включая емкости с жидкими формами		емкости с жидкими формами) промаркированы правильно (маркировка нанесена печатными буквами с указанием дозировок, идентификаторов пациента, которым лекарственных препаратов предназначено)			
		Отсутствие перефасованных лекарственных препаратов	6.4.1	Перефасованные лекарственные препараты отсутствуют (во всех подразделениях)			
		Отсутствие не маркированных лекарственных препаратов	6.5.1	Немаркированные лекарственные препараты отсутствуют (во всех подразделениях)			
		Отсутствие вскрытых одноразовых флаконов и ампул с лекарственными препаратами	6.6.1	Вскрытые одноразовые флаконы и ампулы с лекарственными препаратами отсутствуют (во всех подразделениях)			
7	Процесс назначения и использования лекарственных препаратов с учетом рисков: побочные реакции, токсическое действие лекарственных препаратов, взаимодействие лекарственных препаратов, учет обстоятельств, сопутствующих заболеваний	Соблюдение алгоритма при назначении и использовании лекарственных препаратов	7.1.1	Назначение лекарственных препаратов в соответствии с клиническими рекомендациями/ стандартами медицинской помощи, учитывая: - наличие аллергии - возраст - сопутствующие заболевания / лекарственные препараты, принимаемые в момент поступления - массу тела пациента - беременность (если применимо) - заболевание печени - заболевание почек - психические заболевания - курение, алкоголь, прием наркотических и других психотропных веществ (проверить не менее 10 медицинских карт)			
			7.1.2	Выбор лекарственных препаратов соответствует клиническим рекомендациям/ стандартам медицинской помощи			

			7.1.3	Дозировки лекарственных препаратов (в том числе с учетом индивидуальных особенностей пациента) соответствуют инструкции к лекарственному препарату, имеются в наличии калькуляторы расчета дозы с учетом индивидуальных особенностей пациента			
			7.1.4	Пути введения лекарственных препаратов соответствуют инструкции к лекарственному препарату			
			7.1.5	Правильный пациент (сотрудниками исполняются алгоритмы идентификации личности пациента) (оценка методом наблюдения)			
		Таблицы высших разовых и суточных доз лекарственных препаратов, в том числе ядовитых, наркотических и сильнодействующих лекарственных средств	7.2.1	Таблицы высших разовых и суточных доз (в том числе ядовитых, наркотических и сильнодействующих лекарственных средств) есть в наличии			
		Алгоритмы действий при передозировке или отравлении лекарственными препаратами	7.3.1	Наличие алгоритмов действий сотрудников при передозировке или отравлении лекарственными препаратами, включая таблицы противоядий			
			7.3.2	Сотрудники знают алгоритм действий при передозировке или отравлении лекарственными препаратами, включая таблицы противоядий (опросить сотрудников из разных подразделений)			
8	Контроль качества письменных (или в электронной форме) назначений лекарственных препаратов	Аккуратное и полное отражение назначений в медицинской документации	8.1.1	Назначения заполняются аккуратно и в полной мере, т.е. написаны разборчиво/печатными буквами, с использованием стандартизированных сокращений, включая наличие наименования лекарственного средства, дозы, кратности, пути введения, времени (проверить не менее 10 медицинских			

				карт)			
9	Контроль эффективности назначения лекарственных препаратов	Оценка эффективности назначения лекарственных препаратов	9.1.1	Проводится оценка эффективности лечения с фиксацией в медицинской документации, включая: • Жалобы • Клинические данные • Показатели лабораторных и инструментальных исследований • Активный контроль назначений • Соответствие сведениям, указанным в инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата (проверить не менее 10 медицинских карт в разных подразделениях)			
10	Информирование сотрудников о лекарственных препаратах	Справочники лекарственных препаратов (в том числе электронные)	10.1.1	Справочники лекарственных препаратов (Государственный реестр лекарственных средств и др.) в наличии (проверить по всем подразделениям)			
			10.1.2	Доступ к Интернету на рабочем месте			
		Регулярное информирование сотрудников	10.2.1	Сотрудники регулярно информируются о новых лекарственных средствах, методах лечения (опросить сотрудников из различных подразделений)			

11	Обучение и информирование пациентов, сопровождающих, ухаживающих	Информирование пациентов о назначенном лечении	11.1.1	Пациентов информируют о назначенном лечении, назначенных лекарственных препаратах, возможных альтернативах и побочных эффектах (оценить качество информирования, опросив не менее 5 пациентов в различных подразделениях)			
		Обучение пациентов и их родственников методам ухода, лечения и т.д.	11.2.1	Пациентов и их родственников обучают методам ухода, лечения и т.д. (опросить не менее 5 пациентов в различных подразделениях, оценить качество обучения методам ухода, лечения и т.д.)			
		Информирование пациентов по вопросам лекарственной безопасности	11.3.1	Существуют информационные материалы (брошюры, памятки, постеры) для пациентов по вопросам лекарственной безопасности			

Приложение 2

Оценочный лист по направлению «Эпидемиологическая безопасность (профилактика инфекций, связанных с осуществлением медицинской деятельности)»

№	Группы показателей	Показатели	№	Порядок оценки показателей	Да	Нет	Примечания
1.	Организация обеспечения эпидемиологической безопасности	Наличие внутреннего приказа (-ов) по вопросам эпидемиологической безопасности (профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи)	1.1	Наличие внутреннего приказа (-ов), регламентирующего вопросы эпидемиологической безопасности (профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи):			
			1.1.1	программы обеспечения эпидемиологической безопасности в медицинской организации			
			1.1.2	создания и организации работы комиссии по эпидемиологической безопасности (состав комиссии, наличие специалистов, ответственного, с указанием обязанностей и их распределение в рамках деятельности комиссии)			
			1.1.3	разработки и обновления стандартных операционных процедур по следующим направлениям: - выполнение инвазивных процедур - дезинфекция (объектов, медицинских изделий, рук) - стерилизация - иные направления обеспечения эпидемиологической безопасности			
			1.1.4	системы выявления, учета и регистрации инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи			
			1.1.5	организации системы микробиологического мониторинга (приказ об участниках, наличие схемы взаимодействия, ответственные исполнители)			
			1.1.6	антибиотикопрофилактики и			

	антибиотикотерапии			
1.1.7	организации дезинфекционных и стерилизационных мероприятий: - дезинфекции поверхностей, оборудования, медицинских изделий и др. - наличия нормативных и методических документов, дезинфицирующих средств, инвентаря - стерилизации медицинских изделий (децентрализованная/централизованная) - наличия документов на оборудование, упаковочного материала			
1.1.8	правил обработки рук с указанием: - ответственных за разработку стандартной операционной процедуры по обработке рук - ответственных за организацию обучения сотрудников правилам обработки рук - порядка контроля соблюдения гигиены рук			
1.1.9	профилактики инфицирования возбудителями гемоконтактных инфекций с указанием: - ответственных за разработку стандартной операционной процедуры по проведению профилактики инфицирования возбудителями гемоконтактных инфекций - ответственных за организацию обучения сотрудников по проведению профилактики инфицирования возбудителями гемоконтактных инфекций - порядка контроля соблюдения правил профилактики инфицирования возбудителями гемоконтактных инфекций			
1.1.10	обеспечения противоэпидемических мер при отдельных эпидемических ситуациях (возникновение случая кишечных инфекций, инфекций дыхательных путей, особо опасных инфекций, инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, др.)			

2.	Мероприятия по активному выявлению, учету и регистрации, анализу инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи среди пациентов и сотрудников	Перечень стандартных определений случаев инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи для целей эпидемиологического надзора	2.1.1	Наличие утвержденного комиссией по эпидемиологической безопасности перечня стандартных определений случаев инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, используемых в медицинской организации для целей эпидемиологического надзора			
			2.1.2	Сотрудники знают основные стандартные определения случаев инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, используемых для целей эпидемиологического надзора (опросить сотрудников из разных подразделений)			
		Порядок регистрации случаев инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи	2.2.1	Наличие разработанного порядка регистрации инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи			
		Проведение регулярных совещаний комиссии медицинской организации по вопросам выявления инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, разработка планов по устранению дефектов / ответственные/ сроки, информирование сотрудников	2.3.1	Совещания комиссии по вопросам выявления инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, проводятся регулярно			
			2.3.2	Планы по устранению дефектов, включающие информацию об ответственных за выполнение и сроки выполнения мероприятий, разработаны и выполняются			
			2.3.3	Сотрудники знают основные мероприятия по вопросам выявления инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (опросить сотрудников из разных подразделений)			
		Сбор и анализ показателей заболеваемости (расшифровку) инфекциями, связанными с оказанием медицинской	2.4.1	В организации ведется сбор показателей заболеваемости инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи			
			2.4.2	В организации установлен порядок анализа заболеваемости инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи на основе			

		помощи		показателей			
			2.4.3	Анализ стратифицированных показателей заболеваемости инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи проводится регулярно			
			2.4.5	Сотрудники знают основные показатели эпидемиологической безопасности в медицинской организации, включая частоту инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи			
3.	Проведение микробиологических исследований (включая случаи подозрения на инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи)	Микробиологическая лаборатория в медицинской организации / договор со сторонней микробиологической лабораторией	3.1.1	Наличие микробиологической лаборатории в медицинской организации			
			3.1.2	Наличие договора со сторонней микробиологической лабораторией, при отсутствии собственной			
		Доступность микробиологических исследований в часы работы медицинской организации	3.2.1	Микробиологические исследования доступны в часы работы медицинской организации,			
			3.2.2	Стационарный термостат есть в наличии и исправен			
			3.2.3	Переносные термостаты есть в наличии и исправны			
			3.2.4	Расходные материалы для забора материала в расчетных количествах есть в наличии			
		Забор материала для микробиологического исследования	3.3.1	Наличие алгоритмов медицинской организации, описывающих показания и процедуру забора материала для микробиологического исследования (проверить наличие в подразделениях)			
			3.3.2	Сотрудники знают алгоритмы, описывающие показания и процедуру забора материала для микробиологического исследования (опросить сотрудников в различных подразделениях)			
			3.3.3	Алгоритмы проведения микробиологического обследования соблюдаются (оценить методом			

				наблюдения выполнение алгоритма проведения микробиологического обследования; проверить не менее 10 медицинских карт пациентов, которым было показано проведение микробиологического исследования в соответствии с алгоритмами медицинской организации)			
		Своевременное получение результатов исследований	3.4.1	Результаты исследований поступают своевременно: в течение 72-96 часов, в зависимости от вида возбудителя и исследуемого материала (оценить порядок получения результатов исследований, в том числе сроки; проверить не менее 10 медицинских карт пациентов со сменой антибиотиков)			
4.	Микробиологический мониторинг	Организация микробиологического мониторинга	4.1	В организации проводятся мероприятия по микробиологическому мониторингу, включая:			
			4.1.1	мероприятия по мониторингу устойчивости к антимикробным препаратам (антибиотикам, антисептикам, дезинфектантам), оценить мероприятия, проверить наличие программы мониторинга и плана действия по результатам мониторинга)			
			4.1.2	мероприятия по мониторингу циркулирующих в медицинской организации штаммов микроорганизмов (оценить мероприятия, проверить наличие программы мониторинга и плана действия по результатам мониторинга)			
			4.1.3	мероприятия по направленному мониторингу эпидемически значимых микроорганизмов (метициллинрезистентные Staphylococcus aureus (MRSA), полирезистентные P.aureginosa, мультирезистентные Acinetobacter baumannii (MRAB) Ванкомицин-резистентный Enterococcus (VRE) и др.)			
		Ведение базы данных (результатов)	4.2.1	Программное обеспечение микробиологического мониторинга			

		микробиологического мониторинга, в том числе с использованием программного обеспечения		работоспособно (при наличии)			
			4.2.2	Ведется база данных (результатов) микробиологического мониторинга			
5.	Организация дезинфекции медицинских изделий в медицинской организации	Организация дезинфекции медицинских изделий в медицинской организации	5.1.1	Дезинфицирующие средства, необходимые документы на них (инструкций по применению, свидетельств о государственной регистрации, деклараций о соответствии) и емкости в наличии			
			5.1.2	Дезинфицирующие средства различных химических групп в наличии в соответствии с расчетной потребностью			
			5.1.3	Дезинфицирующие средства применяются в соответствии с областями применения, указанными в инструкции по применению			
			5.1.4	Контроль качества предстерилизационной обработки медицинских изделий проводится (оценить процесс постановки азопирамовой пробы в 3-5 подразделениях/центральном стерилизационном отделении)			
			5.1.5	Стандартная операционная процедура по обработке (дезинфекции, предстерилизационной очистке) медицинских изделий (сложной и простой конфигурации) ручным способом разработана и выполняется			
			5.1.6	Стандартная операционная процедура по обработке (дезинфекции, предстерилизационной очистке) медицинских изделий (сложной и простой конфигурации) механизированным способом разработана и выполняется			
6.	Организация стерилизации медицинских изделий в	Наличие в медицинской организации централизованного стерилизационного	6.1.1	В организации существует ЦСО			
			6.1.2	ЦСО соответствует требованиям СанПиН 2.1.3.2630-10 (включая наличие трех зон: грязной, чистой и стерильной)			

	медицинской организации	отделения (ЦСО)				
		Обеспечение организации стерильными материалами в случае отсутствия ЦСО	6.2.1	Порядок обеспечения организации стерильными материалами в случае отсутствия ЦСО установлен		
		Контроль качества стерилизации	6.3.1	Контроль качества стерилизации проводится в соответствии с нормативными документами		
			6.3.2	Результаты контроля качества стерилизации есть в наличии		
		Упаковка, хранение и использование стерильных материалов	6.4.1	Упаковка, условия и сроки хранения стерильных материалов соответствуют требованиям		
			6.4.2	Асептика при работе со стерильными материалами соблюдается		
			6.4.3	Индивидуальные стерильные укладки есть в наличии и соответствуют требованиям		
		Оценка организации стерилизации медицинских изделий	6.5.1	Оценка организации стерилизации медицинских изделий проводится регулярно		
			6.5.2	Наличие отчетов о результатах оценки		
			6.5.3	Наличие планов мероприятий по результатам оценки, содержащих информацию: - перечень недостатков по результатам оценки мероприятия по устранению недостатков - мероприятия по устранению причин выявленных недостатков (корректирующие действия) - мероприятия по устранению причин потенциальных недостатков (предупреждающие действия) - ответственные за исполнение и сроки исполнения		
7.	Обеспечение эпидемиологической безопасности среды	Наличие и исправность специального оборудования	7.1	В организации имеются и работоспособны:		
			7.1.1	моечно-дезинфекционные машины (оценить соответствие расчетным потребностям) (при наличии)		

	7.1.2	дезинфекционные машины (оценить соответствие расчетным потребностям) (при наличии)			
Проведение камерной дезинфекции постельных принадлежностей	7.2.1	Проводится камерная дезинфекция постельных принадлежностей (сравнить количества выписанных пациентов и комплектов постельных принадлежностей, подвергнутых камерной дезинфекции за последнюю полную неделю)			
	7.2.2	Свидетельства камерной дезинфекции постельных принадлежностей есть в наличии			
Выбор дезинфицирующих средств и тактики дезинфекции (или системы дезинфекции)	7.3.1	Разработан алгоритм выбора дезинфицирующих средств и тактики (системы) дезинфекции			
	7.3.2	Выбор дезинфицирующих средств и тактики (системы) дезинфекции осуществляется обоснованно			
Расчет потребности медицинской организации в дезинфицирующих и антисептических средствах	7.4.1	В организации определен порядок расчета потребности в дезинфицирующих и антисептических средствах (опросить ответственных сотрудников)			
Наличие дезинфицирующих и антисептических средств в соответствии с расчетными показателями	7.5.1	Во всех подразделениях имеются дезинфицирующие и антисептические средства в соответствии с расчетной потребностью			
Наличие оборудования для дезинфекции в соответствии с нормативными документами	7.6.1	Подразделения оснащены оборудованием для дезинфекции в соответствии с расчетными потребностями			
Клининг	7.7.1	В организации существует система клининга (на принципах аут- и/или инсорсинга)			
	7.7.2	В организации существует склад для хранения дезинфицирующих средств			

			7.7.3	Разработаны алгоритмы/ инструкции уборки помещений различных видов			
			7.7.4	Уборка помещений выполняется в соответствии с алгоритмами/ инструкциями (оценить качество уборки помещений методом наблюдения во всех подразделениях)			
		Обращения с отходами в соответствии с нормативными документами	7.8.1	Обращения с отходами осуществляется в соответствии с нормативными документами			
		Оценка организации дезинфекционных мероприятий	7.9.1	Оценка организации дезинфекционных мероприятий проводится регулярно			
			7.9.2	Наличие отчетов о результатах оценки			
			7.9.3	Наличие планов мероприятий по результатам оценки, содержащих информацию: - перечень недостатков по результатам оценки - мероприятия по устранению недостатков - мероприятия по устранению причин выявленных недостатков (корректирующие действия) - мероприятия по устранению причин потенциальных недостатков (предупреждающие действия) - ответственные за исполнение и сроки исполнения			
8.	Обеспечение эпидемиологической безопасности медицинских технологий (при инвазивных вмешательствах)	Стандартные операционные процедуры инвазивных вмешательств	8.1.1	В организации разработаны стандартные операционные процедуры инвазивных вмешательств			
			8.1.2	Стандартные операционные процедуры инвазивных вмешательств соответствуют клиническим рекомендациям (протоколам лечения) и стандартам медицинской помощи			
			8.1.3	Стандартные операционные процедуры инвазивных вмешательств регулярно обновляются			

		8.1.4	Сотрудники знают стандартные операционные процедуры инвазивных вмешательств (опросить ответственных сотрудников в разных подразделениях)			
		8.1.5	Сотрудники соблюдают стандартные операционные процедуры инвазивных вмешательств (оценить навыки сотрудников методом наблюдения (при возможности))			
	Программа профилактики инфекции при оперативных вмешательствах	8.2.1	В организации разработана программа профилактики инфекций при оперативных вмешательствах, включающий этапы: - подготовка операционного поля - обработка операционного поля - обработка рук сотрудников - ограничение передвижений сотрудников в операционных - снижение длительности операций			
		8.2.2	Сотрудники знают мероприятия программы профилактики инфекции при оперативных вмешательствах (опросить ответственных сотрудников в разных подразделениях)			
		8.2.3	Сотрудники соблюдают мероприятия программы профилактики инфекции при оперативных вмешательствах (оценить навыки сотрудников методом наблюдения 5 (при возможности) случаев)			
	Эпидемиологически безопасный алгоритм ухода за послеоперационной раной	8.3.1	В организации разработаны стандартные операционные процедуры по эпидемиологически безопасному уходу за послеоперационной раной			
		8.3.2	Сотрудники знают стандартные операционные процедуры по эпидемиологически безопасному уходу за послеоперационной раной (опросить ответственных сотрудников в разных подразделениях)			
		8.3.3	Сотрудники соблюдают стандартные операционные процедуры по			

				эпидемиологически безопасному уходу за послеоперационной раной (оценить навыки сотрудников методом наблюдения (при возможности))			
9.	Наличие полностью оборудованных мест для мытья и обработки рук	Стандартно оборудованные места для мытья рук	9.1.1	В организации установлен состав оборудования для мытья рук: - отдельная раковина - кран с локтевым смесителем (в кабинетах чистоты класса А и Б) - горячая вода - схема мытья рук - жидкое мыло - антисептик - полотенца одноразовые - ведро с крышкой с ножным механизмом открывания			
			9.1.2	Стандартно оборудованные места для мытья рук есть в наличии			
			9.1.3	в кабинетах врачей			
			9.1.4	в лаборатории			
		Стандартно оборудованные места для мытья рук в туалетах	9.2.1	В организации установлен состав оборудования для мытья рук в туалетах: - отдельная раковина - кран - горячая вода - жидкое мыло - одноразовые полотенца/электросушилка для рук - ведро с крышкой с ножным механизмом открывания			
			9.2.2	Стандартно оборудованные места для мытья рук в туалетах есть в наличии			
		Наличие дополнительных дозаторов с антисептиком	9.3.1	Дополнительные дозаторы с антисептиком имеются в наличии			

10.	Соблюдение правил гигиены рук сотрудниками, пациентами и посетителями/ухаживающими.	Порядок контроля исправности оборудования для мытья рук, наличия расходных материалов и их соответствия расчетному количеству	9.4.1	В организации регулярно проводится контроль исправности оборудования для мытья рук, наличия расходных материалов и их соответствия расчетному количеству			
			9.4.2	Расходные материалы есть в наличии и соответствуют расчетному количеству			
		Регулярный контроль соблюдения правил гигиены рук	10.1.1	В организации установлен порядок регулярного контроля соблюдения правил гигиены рук, осуществляемого в форме плановых и внеплановых проверок			
		Соблюдение сотрудниками правил гигиены рук	10.2.1	Правила гигиены рук соблюдаются (оценить методом наблюдения соблюдение сотрудниками правил гигиены рук в разных подразделениях) во всех случаях: - перед контактом с пациентов - перед процедурой - после процедуры - после контакта с пациентом - после контакта с предметами окружающей среды			
		Исполнение алгоритма мытья и обработки рук	10.3.1	Алгоритм мытья и обработки рук разработан			
			10.3.2	Алгоритм мытья и обработки рук выполняется (оценить методом прямого наблюдения соблюдение сотрудниками алгоритма обработки рук (не менее 10 случаев в разных подразделениях))			
		Регулярное обучение сотрудников по вопросам мытья и обработки рук	10.4.1	Регулярное обучение сотрудников правилам и алгоритмам мытья и обработки рук проводится			
			10.4.2	Составлен план обучения сотрудников правилам и алгоритмам мытья и обработки рук			
			10.4.3	Свидетельства результатов обучения есть в наличии			
		Отсутствие предметов украшений на руках у сотрудников (браслеты, кольца, перстни),	10.5.1	Предметы украшений на руках у сотрудников (браслеты, кольца, перстни), накладные ногти, повреждения кожных покровов и т.д. отсутствуют (оценить методом прямого			

		накладные ногти, повреждения кожных покровов и т.д.		наблюдения)			
11.	Соблюдение правил использования индивидуальных средств защиты и спецодежды	Наличие и исполнение правил использования индивидуальных средств защиты	11.1.1	В организации разработаны правила по использованию индивидуальных средств защиты, включая: - перчатки (стерильные и нестерильные) - средства защиты лица и глаз - маски - респираторы - халаты и фартуки - шапочки - униформа и обувь			
			11.1.2	Правила использования средств индивидуальной защиты соблюдаются сотрудниками во всех подразделениях (оценить методом наблюдения во всех подразделениях)			
		Наличие средств индивидуальной защиты в подразделениях в достаточном (расчетном) количестве	11.2.1	Средства индивидуальной защиты есть в наличии во всех подразделениях в достаточном (расчетном) количестве			
			11.2.2	Проводится регулярный контроль наличия средств индивидуальной защиты в достаточном (расчетном) количестве			
12.	Профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, у сотрудников	Действия при аварийных ситуациях (случаях контакта с биологическими жидкостями, при повреждении кожных покровов и слизистых оболочек и др.)	12.1.1	В организации разработаны алгоритмы действий при аварийных ситуациях			
			12.1.2	Сотрудники знают алгоритмы действий при аварийных ситуациях, включая порядок оповещения/регистрации (опросить сотрудников из разных подразделений)			
		Регистрация и учет аварийных ситуаций	12.2.1	Установлен порядок регистрации и учета аварийных ситуаций			
			12.2.2	Свидетельства регистрации аварийных ситуаций есть в наличии			
			12.2.3	Сотрудники знают порядок регистрации и учета аварийных ситуаций			

Оценка организации действий при аварийных ситуациях	12.3.1	Оценка организации действий при аварийных ситуациях проводится регулярно			
	12.3.2	Наличие отчетов о результатах оценки			
	12.3.3	Наличие планов мероприятий по результатам оценки, содержащих информацию: - перечень недостатков по результатам оценки - мероприятия по устранению недостатков - мероприятия по устранению причин выявленных недостатков (корректирующие действия) - мероприятия по устранению причин потенциальных недостатков (предупреждающие действия) - ответственные за исполнение и сроки исполнения			
	12.3.4	Сотрудники регулярно информируются о мероприятиях по организации действий при аварийных ситуациях (опросить сотрудников из различных подразделений)			
Экспресс-тестирование пациентов на ВИЧ (при наличии показаний)	12.4.1	В организации разработан алгоритм экспресс-тестирования пациентов на ВИЧ			
	12.4.2	Экспресс-тесты на ВИЧ в наличии в достаточном (расчетном) количестве			
	12.4.3	Тесты доступны 24 часа в сутки, 7 дней в неделю, 365 дней в году			
	12.4.4	Сотрудники проводят экспресс-тестирование на ВИЧ в соответствии с алгоритмом (опросить ответственных сотрудников)			
Профилактика ВИЧ	12.5.1	Алгоритмы профилактики ВИЧ разработаны и выполняются			
Программа вакцинации сотрудников против инфекций в соответствии с национальным календарем прививок	12.6.1	Программа вакцинации сотрудников разработана и выполняется			
	12.6.2	Свидетельства вакцинации сотрудников есть в наличии, записи ведутся аккуратно и в полном объеме			
	12.6.3	Число вакцинированных сотрудников соответствует расчетному			

		Регулярное обучение сотрудников методам профилактики заражения инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи	12.7.1	В организации проводится обучение сотрудников методам профилактики заражения (охват сотрудников 100%)			
			12.7.2	План обучения есть в наличии и выполняется			
			12.7.3	Свидетельства тестирования по результатам обучения есть в наличии			
13.	Рациональное использование антибактериальных лекарственных средств для профилактики и лечения	Протоколы антибиотикопрофилактики и лечения	13.1.1	Протоколы антибиотикопрофилактики и лечения разработаны в соответствии с клиническими рекомендациями			
			13.1.2	Антибиотикопрофилактика и лечение выполняются в соответствии с разработанными протоколами (оценить методом прямого наблюдения соблюдение алгоритмов в операционной, проверить на соответствие алгоритмам не менее 10 медицинских карт пациентов, которым в соответствии с протоколами была проведена антибиотикопрофилактика)			
			13.1.3	Антибактериальные лекарственные препараты в соответствующих подразделениях есть в наличии в расчетном количестве в соответствии с алгоритмами			
			13.1.4	В организации проводится консультирование пациентов по вопросам проведения антибиотикопрофилактики и лечения (опросить не менее 10-ти пациентов, которым была проведена антибиотикопрофилактика)			
			13.1.5	В организации разработаны и соблюдаются протоколы профилактики и лечения другими антимикробными препаратами (антисептиками, бактериофагами и пр.)			
		Назначение антибактериальных лекарственных препаратов в терапевтических дозировках с лечебной	13.2.1	Назначение антибактериальных лекарственных препаратов в терапевтических дозах обосновано и соответствует протоколам антибиотикотерапии (проверить не менее 10 медицинских карт пациентов, которым были назначены антибактериальные лекарственные			

		целью		препараты на предмет соответствия алгоритмам, включая: - первоначальное назначение эмпирической схемы; - показания к смене препаратов при неэффективности; - перевод на пероральные формы приема антибактериальных лекарственных препаратов; - алгоритм отмены антибактериальных лекарственных препаратов.			
		Оценка использования антибактериальных лекарственных препаратов в медицинской организации	13.3.1	Оценка использования антибактериальных лекарственных препаратов в медицинской организации проводится регулярно			
			13.3.2	Наличие отчетов о результатах оценки			
			13.3.3	Наличие планов мероприятий по результатам оценки, содержащих информацию: - перечень недостатков по результатам оценки - мероприятия по устранению недостатков - мероприятия по устранению причин выявленных недостатков (корректирующие действия) - мероприятия по устранению причин потенциальных недостатков (предупреждающие действия) - ответственные за исполнение и сроки исполнения			
			13.3.4	Сотрудники регулярно информируются по результатам оценки использования антибактериальных лекарственных препаратов в медицинской организации (опросить сотрудников из различных подразделений)			
14.	Наличие информации по вопросам профилактики инфекций, связанных с	Наличие постеров, брошюр, памяток для пациентов и сотрудников	14.1	Во всех подразделениях медицинской организации имеются информационные материалы по профилактике инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, включая вопросы:			
			14.1.1	гигиены рук			

	оказанием медицинской помощи		14.1.2	профилактики гемоконтактных инфекций			
			14.1.3	профилактики инфекций, передающихся воздушно-капельным путем			
			14.1.4	профилактики особо опасных инфекций			
			14.1.5	других информационных материалов			
15.	Комплекс противоэпидемическ их мероприятий при возникновении случая инфекции в медицинской организации	Проведение комплекса противоэпидемических мероприятий при возникновении случая инфекции в соответствии с нормативными документами по данной инфекции	15.1	Комплекс противоэпидемических и профилактических мероприятий в очагах инфекции проводится своевременно, в соответствии с нормативными документами по данной инфекции, включая: - временную изоляцию (только в случае особо опасных инфекций) или решение вопроса о временном отстранении от выполнения служебных обязанностей в случае инфекции у персонала; - передачу информации о случае инфекционного заболевания в уполномоченную организацию; - текущую и заключительную очаговую дезинфекцию; - организацию сбора информации о контактных, экстренная профилактика у контактных (проверить не менее 5 медицинских карт пациентов с выявленными инфекциями и контактных с ними пациентов, оценить карты эпидемиологического обследования очага инфекции)			

Оценочный лист по направлению «Безопасность при идентификации личности пациента»

№	Группы показателей	Показатели	№	Порядок оценки показателей	Да	Нет	Примечания
1.	Организация идентификации личности пациента на всех этапах оказания медицинской помощи	Наличие внутреннего приказа(-ов) по вопросам идентификации пациентов	1.1	Наличие внутреннего приказа(-ов), регламентирующего вопросы идентификации личности пациента на всех этапах оказания медицинской помощи:			
			1.1.1	при обращении в медицинскую организацию			
			1.1.2	при регистрации пациента и ведении медицинской документации			
			1.1.3	при оказании медицинской помощи: диагностике/лечении/профилактике/реабилитации			
			1.1.4	при переводе между кабинетами/ отделениями в пределах медицинской организации			
			1.1.5	перевод/направлении в другую медицинскую организацию			
	Регулярная оценка организации идентификации личности пациента		1.2.1	Оценка идентификации личности пациента проводится регулярно			
			1.2.2	Наличие отчетов о результатах оценки			
			1.2.3	Наличие планов мероприятий по результатам оценки, содержащих информацию: • перечень недостатков по результатам оценки • мероприятия по устранению недостатков • мероприятия по устранению причин выявленных недостатков (корректирующие действия) • мероприятия по устранению причин потенциальных недостатков (предупреждающие действия) • ответственные за исполнение и сроки исполнения			
			1.2.4	Сотрудники информированы о результатах оценки (опросить сотрудников из различных			

№	Группы показателей	Показатели	№	Порядок оценки показателей	Да	Нет	Примечания
		Обучение сотрудников вопросам идентификации пациента		подразделений медицинской организации по результатам оценки)			
			1.3.1	Существуют планы обучения сотрудников вопросам идентификации личности пациента			
			1.3.2	В организации проводятся тренинги по вопросам идентификации личности пациента согласно планам обучения (охват сотрудников 100%)			
			1.3.3	Свидетельства обучения сотрудников вопросам идентификации личности пациента есть в наличии			
2.	Идентификация личности при оказании медицинской помощи	Исполнение алгоритмов идентификации пациентов на всех этапах оказания медицинской помощи	2.1	Алгоритмы идентификации пациентов исполняется на всех этапах оказания медицинской помощи, в том числе:			
			2.1.1	Соблюдается алгоритм идентификации личности пациента при обращении в медицинскую организацию (оценить методом наблюдения случаев идентификации личности, оценить полноту, точность и аккуратность заполнения медицинской документации)			
			2.1.2	соблюдается алгоритм идентификации личности пациента при оказании медицинской помощи (оценить методом наблюдения не менее 10 случаев в различных подразделениях медицинской организации, включая выдачу лекарственных средств, проведение медицинских вмешательств и т.д.)			
			2.1.3	соблюдается алгоритм идентификации личности пациента при лабораторной и инструментальной диагностике (проверить по 5 случаев направления и получения результатов, оценить полноту и аккуратность заполнения направлений и бланков с результатами)			

№	Группы показателей	Показатели	№	Порядок оценки показателей	Да	Нет	Примечания
3.	Идентификация личности пациентов и обеспечение перевода при поступлении/обращении пациентов, не владеющих русским языком	Организация перевода при поступлении /обращении пациентов, не владеющих русским языком	3.1.1	Порядок организации перевода при поступлении/обращении пациентов, не владеющих русским языком, определен			

Приложение 4

Оценочный лист по направлению «Безопасность обращения медицинских изделий при осуществлении медицинской деятельности»

№	Группы показателей	Показатели	№	Порядок оценки показателей	Да	Нет	Примечания
1.	Организация безопасности обращения медицинских изделий в медицинской организации	Наличие внутреннего приказа(-ов) по вопросам безопасности обращения медицинских изделий	1.1	Наличие внутреннего приказа(-ов), регламентирующих вопросы безопасности обращения медицинских изделий:			
			1.1.1	организацию работы в сфере безопасности обращения медицинских изделий с указанием направлений деятельности и ответственных лиц			
			1.1.2	закупку медицинских изделий			
			1.1.3	приемку медицинских изделий			
			1.1.4	учет медицинских изделий			
			1.1.5	хранение медицинских изделий			
			1.1.6	эксплуатацию и применение медицинских изделий			
			1.1.7	соблюдение метрологических требований, норм и правил для медицинских изделий, требующих периодических проверок			
			1.1.8	техническое обслуживание медицинской техники			
			1.1.9	маркировку медицинских изделий			
			1.1.10	регистрацию и сбор информации о побочных действиях, нежелательных реакциях при применении медицинских изделий и передачи сведений о них в Росздравнадзор, наличие ответственных			
			1.1.11	проведение клинических испытаний медицинских изделий (если применимо)			
		Регулярная оценка безопасности обращения	1.2.1	Оценка безопасности обращения медицинских изделий проводится регулярно			
			1.2.2	Наличие отчетов о результатах оценки			

		медицинских изделий	1.2.3	Наличие планов мероприятий по результатам оценки, содержащих информацию: • перечень недостатков по результатам оценки • мероприятия по устранению недостатков • мероприятия по устранению причин выявленных недостатков (корректирующие действия) • мероприятия по устранению причин потенциальных недостатков (предупреждающие действия) ответственные за исполнение и сроки исполнения			
			1.2.4	Сотрудники информированы о результатах оценки (опросить сотрудников из различных подразделений медицинской организации по результатам оценки)			
		Обучение сотрудников по вопросам безопасности обращения медицинских изделий	1.3.1	Существуют планы / программы проведения обучения сотрудников по вопросам безопасности обращения медицинских изделий			
			1.3.2	Обучение по вопросам безопасности обращения медицинских изделий проводится в соответствии с планом / программой (охват сотрудников 100% с учетом профиля)			
			1.3.3	Свидетельства обучения сотрудников по вопросам безопасности обращения медицинских изделий есть в наличии			
		2.	Обеспечение безопасности обращения медицинских изделий в медицинской организации в соответствии с документацией производителя	Закупка медицинских изделий, в том числе расходных материалов	2.1	Наличие порядка контроля качества поступающих медицинских изделий, в том числе расходных материалов, включающий проверку:	
2.1.1	наличия регистрационных удостоверений						
2.1.2	наличия эксплуатационной документации на русском языке						
2.2	Порядок контроля качества поступающих медицинских изделий, в том числе расходных материалов, проводится регулярно						

			2.3	Сотрудники знают порядок контроля качества поступающих медицинских изделий, в том числе расходных материалов (попросить ответственных сотрудников продемонстрировать порядок проверки регистрационных удостоверений на сайте Росздравнадзора, работу с государственными реестрами)			
		Контроль за медицинскими изделиями с истекшим сроком годности (эксплуатации)	2.4.1	Наличие порядка контроля медицинских изделий с истекшим сроком годности (эксплуатации)			
			2.4.2	Ответственные сотрудники знают порядок контроля медицинских изделий с истекшим сроком годности (эксплуатации) (опросить ответственных сотрудников о порядке контроля, выявленных причинах и принятых мерах)			
		Контроль исправности медицинского оборудования, включая ежедневные проверки работоспособности медицинского оборудования для оказания экстренной помощи	2.5.1	Наличие порядка ежедневной проверки работоспособности медицинского оборудования для оказания экстренной помощи с указанием ответственных			
			2.5.2	Ежедневные проверки работоспособности медицинского оборудования для оказания экстренной помощи проводятся			
			2.5.3	Медицинское оборудование исправно (оценить методом наблюдения исправность медицинского оборудования в различных подразделениях, включая медицинское оборудование для оказания экстренной помощи)			
3.	Соблюдение правил эксплуатации медицинских изделий	Инструкции по эксплуатации медицинского оборудования в	3.1.1	Инструкции/руководства/алгоритмы по эксплуатации медицинского оборудования в подразделениях (в местах использования) есть в наличии			

		подразделениях (в местах использования)	3.1.2	Сотрудники знают инструкции по эксплуатации медицинского оборудования (опросить не менее сотрудников в различных подразделениях на предмет знаний инструкций по эксплуатации медицинского оборудования, поступившего в течение последнего года, попросить сотрудников продемонстрировать навыки работы с медицинским оборудованием)			
		Обучение сотрудников при поступлении нового медицинского оборудования	3.2.1	Сотрудники имеют допуски к работе с медицинским оборудованием			
4.	Регистрация и сбор информации о, побочных действиях, не указанных в инструкции/руководстве к медицинскому изделию, и нежелательных реакций в медицинской организаций и передачи сведений о них в Росздравнадзор	Порядок сбора и направления в Автоматизированную информационную систему Росздравнадзора и/или территориальные органы Росздравнадзора сведений о выявленных нежелательных реакциях, не указанных в инструкции/руководстве к медицинскому изделию	4.1.1	В организации утвержден порядок сбора и направления сведений о выявленных нежелательных реакциях			
			4.1.2	Ответственные сотрудники знают порядок сбора и направления сведений о выявленных нежелательных реакциях, не указанных в инструкции/руководстве к медицинскому изделию			
		Алгоритм взаимодействия медицинской организации с территориальным органом Росздравнадзора	4.2.1	В организации имеется алгоритм взаимодействия с территориальным органом Росздравнадзора, включая контактные данные ответственных специалистов			
			4.2.2	Ответственные сотрудники знают алгоритм взаимодействия с территориальным органом Росздравнадзора, включая знание контактных данных ответственных специалистов			

		Стандартные извещения о нежелательной реакции, не указанной в инструкции/руководстве к медицинскому изделию	4.3.1	Стандартные извещения о нежелательной реакции (в электронной форме или на бумажном носителе) есть в наличии			
			4.3.2	Ответственные сотрудники умеют заполнять стандартные извещения о нежелательной реакции (попросить не менее 2 сотрудников заполнить извещение)			
		Сбор информации о выявленных нежелательных реакциях, не указанных в инструкции/руководстве к медицинскому изделию	4.4.1	Информация о выявленных нежелательных реакциях, не указанных в инструкции/руководстве к медицинскому изделию, фиксируется на бумажных или электронных носителях (проверить аккуратность и полноту заполнения, оценить порядок взаимодействия подразделений медицинской организации)			
5.	Соблюдение требований, указанных на упаковке, и маркировки медицинских изделий	Упаковка и маркировка медицинских изделий	5.1.1	Информация по безопасному применению медицинских изделий на самом изделии/на упаковке/групповой упаковке есть в наличии (проверить наличие информации по безопасному применению медицинских изделий на самом изделии/на упаковке/групповой упаковке (допускается использование листа-вкладыша) выборочно в каждом подразделении медицинской организации)			
			5.1.2	Немаркированные медицинские изделия в медицинской организации отсутствуют (проверить наличие маркировки не менее чем на 5 медицинских изделиях, отобранных методом случайной выборки в каждом подразделении медицинской организации)			
6.	Контроль условий хранения медицинских изделий	Исправное специальное оборудование для хранения медицинских изделий	6.1.1	Наличие исправного оборудования для хранения медицинских изделий во всех подразделениях медицинской организации (например, холодильники, кондиционеры)			
		Контроль условий хранения медицинских изделий	6.2.1	Наличие исправных приборов фиксации показателей условий хранения во всех подразделениях медицинской организации (термометры, психрометры, гигрометры и т.д.)			

			6.2.2	Ведется регулярный контроль условий хранения медицинских изделий (проверить регулярность фиксации условий хранения во всех подразделениях медицинской организации)			
			6.2.3	Условия хранения медицинских изделий соответствуют рекомендациям производителя медицинских изделий			
7.	Техническое обслуживание медицинских изделий	Периодическое техническое обслуживание медицинского оборудования	7.1.1	Разработан план-график технического обслуживания медицинского оборудования			
			7.1.2	Договор на техническое обслуживание медицинского оборудования есть в наличии			
			7.1.3	Периодичность технического обслуживания медицинского оборудования соответствует рекомендациям производителя			
			7.1.4	Свидетельства проведения технического обслуживания медицинского оборудования есть в наличии			
		Метрологическое обслуживание медицинских изделий	7.2.1	Разработан план-график метрологического обслуживания медицинских изделий			
			7.2.2	Периодичность проверок медицинских изделий соответствует рекомендациям производителя			
			7.2.3	Свидетельства проверок медицинских изделий есть в наличии			
8.	Информирование и обучение пациентов/сопровождающих правилам безопасности при эксплуатации медицинских изделий.	Информирование пациентов: наличие буклетов, памяток, постеров	8.1.1	Информационные материалы для пациентов (буклеты, памятки, постеры) по вопросам безопасного использования медицинских изделий есть в наличии			
		Обучение пациентов и сопровождающих правилам безопасности при самостоятельном использовании медицинских изделий	8.2.1	Проводится обучение пациентов и сопровождающих правилам безопасности при использовании медицинских изделий (опросить пациентов на предмет знаний основных правил безопасности при самостоятельном использовании медицинских изделий)			
9.	Проведение клинических	Внутренние документы по вопросам	9.1.1	Наличие порядка хранения документации по клиническим испытаниям медицинских изделий			

	испытаний медицинских изделий (если применимо)	организации проведения клинических испытаний медицинских изделий	9.1.2	Наличие всех документов в файле исследования согласно нормативно-правовому регулированию организации проведения клинических испытаний медицинских изделий			
			9.1.3	Наличие распределения ответственности за проведение клинических испытаний медицинских изделий утвержден внутренним приказом (-ами) или распоряжением (-ями) руководителя медицинской организации			
			9.1.4	Ведется внутренний учет проведённых и текущих клинических испытаний медицинских изделий			
			9.1.5	Наличие документов, отображающих учет приема и передачи медицинских изделий, переданных в рамках клинических испытаний медицинских изделий			

Приложение 5

Оценочный лист по направлению «Безопасность при организации медицинской помощи в экстренной и неотложной формах»

№	Группы показателей	Показатели	№	Порядок оценки показателей	Да	Нет	Примечания
1	Организация системы оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной формах в медицинской организации	Внутренние документы по организации системы оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной формах в медицинской организации	1.1	Наличие внутреннего приказа (-ов), регламентирующего:			
			1.1.1	организацию оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной формах в медицинской организации, включая положение об ответственных и комиссии			
		Проведение регулярной оценки оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной формах	1.2.1	Оценка проводится регулярно			
			1.2.2	Наличие отчетов о результатах оценки			
			1.2.3	Наличие планов мероприятий по результатам оценки, содержащих информацию: • перечень недостатков по результатам оценки • мероприятия по устранению недостатков • мероприятия по устранению причин выявленных недостатков (корректирующие действия) • мероприятия по устранению причин потенциальных недостатков (предупреждающие действия) • ответственные за исполнение и сроки исполнения			
			1.2.4	Сотрудники информированы о результатах оценки (опросить сотрудников из различных подразделений медицинской организации по результатам оценки)			

2	Наличие алгоритмов оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной формах	Наличие в медицинской организации алгоритмов оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной формах в подразделениях	2.1	Наличие в медицинской организации алгоритмов действий при оказании медицинской помощи в экстренной и неотложной формах, включая вызов СМП, во всех подразделениях медицинской организации, в том числе при:			
			2.1.1	остановке кровообращения (сердечно-легочная реанимация)			
			2.1.2	анафилактическом шоке			
			2.1.3	Обмороке, коллапсе			
			2.1.4	кровотечении, представляющем угрозу жизни			
			2.1.5	гипертоническом кризе			
			2.1.6	гипергликемии/гипогликемии			
			2.1.7	инородном теле в дыхательных путях			
			2.1.8	приступе бронхиальной астмы			
			2.1.9	остром коронарном синдроме			
			2.1.10	остром нарушении мозгового кровообращения (инсульте неуточненном)			
			2.1.11	судорожном синдроме (судороги и /или на фоне эпилепсии)			
			2.2	Сотрудники используют алгоритмы (опросить сотрудников из различных подразделений)			
			2.3	Сотрудники применяют навыки оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной формах (провести практическое занятие с решением клинических задач)			
			2.4	Осуществляется работа по разработке и регулярному обновлению алгоритмов действий при оказании медицинской помощи в экстренной и неотложной формах (наличие протоколов заседаний комиссии)			

3	Наличие оборудования и наборов для оказания медицинской помощи в экстренной форме	Наличие медицинских изделий и лекарственных средств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и профилем медицинской организации, включая наборы экстренной медицинской помощи	3.1	Наличие медицинских изделий (включая оборудование) и лекарственных препаратов в соответствии с алгоритмами действий при оказании медицинской помощи в экстренной и неотложной формах во всех подразделениях медицинской организации:			
			3.1.1	дефибрилляторов (проверить исправность, попросив медицинских работников подготовить их к работе)			
			3.1.2	наборов экстренной медицинской помощи (например, при анафилактическом шоке, остановке кровообращения и т.д.)			
		Исправность, работоспособность оборудования, укомплектованность наборов для оказания экстренной медицинской помощи	3.2	Осуществляется контроль исправности, работоспособности оборудования и укомплектованности наборов для оказания медицинской помощи в экстренной форме (регулярность проверок, наличие свидетельств контроля)			
4	Готовность сотрудников к оказанию медицинской помощи в экстренной и неотложной формах. Обучение сотрудников	Знания, умения и навыки сотрудников по оказанию медицинской помощи в экстренной и неотложной формах	4.1.1	Установлены порядок и план обучения сотрудников умению и навыкам оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной формах (проверить наличие порядка и выполнение плана обучения сотрудников)			
			4.1.2	Обучение сотрудников умению и навыкам оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной формах специалистами (врачами-анестезиологами-реаниматологами), (наличие свидетельств обучения у сотрудников).			
5	Информирование пациентов, «обратная связь» с пациентами	Информирование пациентов и их родственников о состоянии, диагнозе, методах диагностики, терапии, реабилитации	5.1	В организации осуществляется информирование пациентов и их родственников о состоянии, диагнозе, методах диагностики, лечения			

Оценочный лист по направлению «Преимущество оказания медицинской помощи, безопасность при организации перевода/направления пациентов в рамках одной медицинской организации и/или транспортировки в другие медицинские организации»

Раздел «Оказание медицинской помощи в условиях дневного стационара и амбулаторных условиях»

№	Группа показателей	Показатели	№	Порядок оценки	Да	Нет	Примечания
1	Выполнение установленных требований при осуществлении медицинской деятельности	Региональные приказы о порядке оказания медицинской помощи, маршрутизации потоков пациентов	1.1.1	В медицинской организации региональные приказы о маршрутизации пациентов есть в наличии			
			1.1.2	Сотрудники знают региональные схемы маршрутизации пациентов (опросить руководителей подразделений/ сотрудников/ дежурных врачей)			
		Внутренний приказ(-ы) / алгоритм о порядке оказания медицинской помощи, маршрутизации потоков пациентов	1.2.1	Наличие внутреннего приказа (-ов) /алгоритмов о порядке оказания медицинской помощи, маршрутизации потоков пациентов:			
			1.2.2	порядок направления пациентов в другие медицинские организации, включая перечень показаний			
			1.2.3	порядок оказания медицинской помощи пациентам в рамках медицинской организации, включая показания для направления на консультации			
			1.2.4	Сотрудники знают алгоритмы маршрутизации пациентов (опросить руководителей /врачей из разных подразделений, на предмет знания: • порядка оказания медицинской помощи внутри медицинской организации, с учетом клинических рекомендаций, стандартов оказания медицинской помощи; • перечня показаний для плановой и экстренной госпитализации;			

				• порядка отбора и направления пациентов на санаторно-курортное лечение; • порядка направления и проведения медицинских экспертиз)			
		Оформление документации при маршрутизации пациентов	1.3.1	Оформление медицинской документации осуществляется согласно алгоритмам, (проверить случаи маршрутизации пациентов на точность, полноту, аккуратность заполнения медицинской документации (например, медицинской карты стоматологического пациента, журналов направлений на госпитализацию, направлений пациентов в другие медицинские организации), включая оценку соответствия показаний для направления)			
2	«Обратная связь» медицинской организации с другими медицинскими организациями, включая скорую/неотложную помощь.	Алгоритмы «обратной» связи медицинской организации с другими организациями, включая бригады скорой/неотложной помощи	2.1.1	Наличие алгоритмов «обратной связи» медицинской организации с другими медицинскими организациями включая: • скорую/неотложную помощь, в том числе при госпитализации (вызове бригады скорой медицинской помощи непосредственно в организацию)			
			2.1.2	Сотрудники знают алгоритмы (опросить руководителей подразделений, а также не врачей из разных подразделений, на предмет знаний алгоритмов «обратной связи»)			
3	Порядок оказания медицинской помощи внутри медицинской организации	Алгоритм порядка оказания медицинской помощи пациентам внутри медицинской организации	3.1.1	Наличие алгоритмов порядка оказания медицинской помощи пациентам, включая: • показания для направления пациентов на консультации к врачам-специалистам; • показания/противопоказания для направления пациентов на лабораторные и инструментальные исследования • правила подготовки пациентов к проведению лабораторных и инструментальных исследований;			

				• другие.			
			3.1.2	Сотрудники знают алгоритмы (опросить руководителей / врачей из разных подразделений, на предмет знания алгоритма)			
			3.1.3	В организации соблюдается алгоритм порядка оказания медицинской помощи внутри организации (проверить не менее 10 медицинских карт из разных подразделений на соответствие алгоритма, на предмет обоснованности направлений пациентов на консультации к специалистам, лабораторные и инструментальные исследования)			
		Обеспечение амбулаторного приема плановых пациентов врачами строго по времени и по предварительной записи	3.2.1	Соблюдаются целевые установленные значения: • доли посещений по установленному времени; • доли посещений по предварительной записи.			
4	Процесс передачи информации о пациенте после оказания медицинской помощи	Алгоритм передачи информации о пациенте после оказания медицинской помощи	4.1.1	Наличие алгоритма передачи информации о пациенте после оказания медицинской помощи: • после консультаций внутримедицинской организации врачами-специалистами; • после проведения лабораторных и инструментальных исследований • после выписки из дневного стационара; • другие.			
			4.1.2	Сотрудники знают алгоритм передачи информации о пациенте после оказания медицинской помощи (опросить сотрудников из различных подразделений на предмет знания алгоритма)			
			4.1.3	В организации соблюдается алгоритм передачи информации (при возможности оценить			

				процесс передачи информации о пациенте, методом наблюдения на соответствие алгоритмам)			
		Преимственность передачи информации при ведении медицинских карт	4.2.1	Единый алгоритм ведения записей в медицинских картах организации есть в наличии			
			4.2.2	В организации соблюдается алгоритм (проверить не менее 10 медицинских карт на соответствие алгоритма, в том числе на точность, полноту и аккуратность ведения)			
5	Информирование пациента, их родственников, уполномоченных пациентом, законных представителей пациента	Информирование пациентов, родственников, законных представителей пациента (для обеспечения оптимальной маршрутизации и преимущественности оказания медицинской помощи) о целях, условиях госпитализации, направления на консультации, лабораторно-инструментальные обследования	5.1.1	В организации пациентов информируют (опросить не менее 5 пациентов, их родственников или законных представителей, которые направлены: • на госпитализацию; • на консультации к специалистам; • лабораторные и инструментальные исследования (включая правила подготовки); • другие)			
6	Обеспечение эффективного общения «медицинский работник – пациент, его родственник или	Обучение сотрудников навыкам эффективного общения «медицинский работник – пациент, его родственник или законный	6.1.1	Тренинги по обучению сотрудников навыкам эффективного общения «медицинский работник – пациент» проводятся			
			6.1.2	Использование механизмов «обратной связи», включая регулярное анкетирование пациентов, в том числе по вопросам эффективного			

	законный представитель» для оптимальной маршрутизации и преемственности оказания медицинской помощи	представитель»		общения			
7	Обеспечение эффективного общения сотрудников: «врач-врач, врач – средний медицинский персонал» для оптимальной маршрутизации и преемственности оказания медицинской помощи	Обучение сотрудников навыкам эффективного общения для оптимальной маршрутизации и преемственности оказания медицинской помощи	7.1.1	Тренинги по обучению сотрудников навыкам эффективного общения «медицинский работник – медицинский работник» проводятся			
			7.1.2	Общение «медицинский работник – медицинский работник» осуществляется эффективно (оценить методом наблюдения качество эффективного общения «медицинский работник – медицинский работник» в разных подразделениях организации и в разных ситуациях (при возможности не менее 10 случаев), например, при оказании медицинской помощи в экстренной форме, передаче информации профильному специалисту, обсуждении клинического случая и т.д.)			
8	Организация взаимодействия с органами социальной защиты населения (при необходимости)	Алгоритм взаимодействия с органами социальной защиты населения	8.1.	Наличие алгоритма взаимодействия с органами социальной защиты населения			
			8.1.2	Сотрудники знают алгоритмы (опросить сотрудников из разных подразделений, ответственных за взаимодействие с органами социальной защиты населения)			
			8.1.3	Пациентов информируют (опросить не менее 10 пациентов (при наличии) о взаимодействии сотрудников и социальных работников, прикрепленных к ним на предмет соответствия алгоритму)			

Приложение 7

Оценочный лист по направлению «Хирургическая безопасность, профилактика рисков, связанных с оперативными вмешательствами»

№	Группы показателей	Показатели	№	Порядок оценки показателей	Да	Нет	Примечания
1.	Организация обеспечения хирургической безопасности в медицинской организации	Наличие внутреннего приказа (-ов) по обеспечению хирургической безопасности и профилактики рисков, связанных с оперативными вмешательствами	1.1	Наличие внутреннего приказа (-ов), регламентирующего вопросы обеспечения хирургической безопасности и профилактики рисков, связанных с оперативными вмешательствами:			
			1.1.1	организации обеспечения хирургической безопасности			
			1.1.2	порядка разработки и обновления алгоритмов, стандартных операционных процедур по обеспечению хирургической безопасности и профилактики рисков, связанных с оперативными вмешательствами			
			1.1.3	порядка учета и регистрации периоперационных осложнений			
	Регулярная оценка хирургической безопасности в медицинской организации		1.2.1	Оценка хирургической безопасности в медицинской организации проводится регулярно			
			1.2.2	Наличие отчетов о результатах оценки			
			1.2.3	Наличие планов мероприятий по результатам оценки, содержащих информацию: • перечень недостатков по результатам оценки • мероприятия по устранению недостатков • мероприятия по устранению причин выявленных недостатков (корректирующие действия) • мероприятия по устранению причин потенциальных недостатков (предупреждающие действия)			

		Обучение сотрудников по вопросам хирургической безопасности		ответственные за исполнение и сроки исполнения			
			1.2.4	Сотрудники информированы о результатах оценки (опросить сотрудников из различных подразделений медицинской организации по результатам оценки)			
			1.3.1	Существуют планы / программы проведения обучения сотрудников по вопросам хирургической безопасности			
			1.3.2	Обучение по хирургической безопасности проводится в соответствии с планом / программой (охват сотрудников 100%)			
			1.3.3	Свидетельства обучения сотрудников по вопросам хирургической безопасности есть в наличии			
2.	Процесс подготовки к плановому оперативному вмешательству	Наличие и исполнение алгоритма подготовки к оперативному вмешательству	2.1.1	Алгоритм подготовки к оперативному вмешательству разработан и содержит требования, включая: - осмотр пациента врачом-хирургом, врачом-анестезиологом (при необходимости) - оценку рисков (аллергии, кровопотери, анестезиологических, тромбоэмболии, инфекционных и др. рисков) - внесение информации в медицинскую карту пациента по результатам осмотра и оценки рисков - оформление информированных добровольных согласий			
			2.1.2	Перед оформлением информированных добровольных согласий пациентам предоставляют информацию о вмешательстве в полном объеме, в том числе о возможных осложнениях, альтернативных вариантах лечения, последствиях при отказе от вмешательства и др. (опросить не менее 5			

				пациентов в подразделениях, где производятся плановые оперативные вмешательства)			
			2.1.3	Сотрудники соблюдают алгоритм подготовки к оперативному вмешательству (проверить медицинские карты пациентов в каждом хирургическом отделении/кабинете на предмет соблюдения алгоритма)			
3.	Внедрение хирургического чек-листа (контрольного перечня вопросов по безопасности оперативных вмешательств)	Наличие и использование хирургического чек-листа (контрольного перечня вопросов по безопасности оперативных вмешательств)	3.1.1	В организации разработан хирургический чек-лист (контрольный перечень вопросов по безопасности оперативных вмешательств)			
			3.1.2	Сотрудники используют хирургический чек-лист (контрольный перечень вопросов по безопасности оперативных вмешательств) во время оперативных вмешательств (оценить использование чек-листа вовремя не менее 2 операций (при возможности) методом прямого наблюдения)			
4.	Обеспечение безопасности в периоперационный период: до, во время и непосредственно после операции	Наличие и исполнение алгоритмов ведения пациента непосредственно до начала операции, во время и непосредственно после операции, включая алгоритмы седации, антибиотикопрофилактики и др.	4.1.1	В организации разработан порядок ведения пациента непосредственно до начала операции, во время и непосредственно после операции			
			4.1.2	Место операции маркируется (если применимо) (оценить методом прямого наблюдения)			
			4.1.3	Пациентов идентифицируют до начала операции (установлена личность пациента, пациентом подтверждено место и вид операции (если возможно)) (оценить методом прямого наблюдения)			
			4.2.1	Алгоритм седации /премедикации разработан и соблюдается сотрудниками (оценить методом прямого наблюдения)			
			4.2.2	Выбор препаратов, доз и сроков введения лекарственных препаратов соответствует алгоритму седации/ премедикации (проверить не менее 10 медицинских карт)			

			4.2.3	Пульсоксиметр в наличии			
			4.3.1	Алгоритм антибиотикопрофилактики разработан			
			4.3.2	Сотрудники исполняют алгоритм антибиотикопрофилактики (оценить методом прямого наблюдения, проверить не менее 10 медицинских карт)			
			4.4.1	Алгоритм оценки технической готовности оборудования к операции разработан и содержит требования: - к проверке оборудования для оказания реанимации (кислородное оборудование, отсос, зонды и т.д.) - к проверке оборудования для визуализации изображений (если применимо)			
			4.4.2	Сотрудники оценивают техническую готовность оборудования к операции в соответствии с алгоритмом (оценить не менее 2 операций методом прямого наблюдения)			
			4.5.1	Алгоритм оценки операции сразу после ее окончания разработан и содержит требования - к подсчету инструментов, тампонов и т.д.; - к оценке технических особенностей; проведенной операции; - к оценке интраоперационной кровопотери; - к оценке рисков послеоперационного периода.			
			4.5.2	Сотрудники исполняют алгоритм оценки операции сразу после ее окончания (оценить не менее 2 операций методом прямого наблюдения)			
5.	Обеспечение безопасности в послеоперационном периоде в послеоперационном отделении	Наличие и исполнение алгоритма ведения пациентов в послеоперационном периоде	5.1.1	Алгоритм ведения пациентов в послеоперационном периоде разработан			
			5.1.2	Сотрудники исполняют алгоритм ведения пациентов в послеоперационном периоде (опросить сотрудников из разных подразделений)			

			5.2.1	Алгоритм оценки боли разработан			
			5.2.2	Сотрудники знают алгоритм оценки боли (опросить сотрудников из разных подразделений)			
			5.3.1	Алгоритм обезболивания разработан (в том числе при перевязках пациентов)			
			5.3.2	Стандартные чек-листы по обезболиванию разработаны и заполняются (проверить не менее 5 медицинских карт на предмет наличия заполненных чек-листов)			
			5.3.3	Пациенты подтверждают, что оценка эффективности обезболивания проводится (опросить не менее 5 пациентов, которым проводилось обезболивание)			
			5.3.4	Анкетирование пациентов по качеству обезболивания (в том числе как часть «обратной связи») проводится регулярно			
			5.3.5	Анализ результатов анкетирования проводится			

Приложение 8

Оценочный лист по направлению «Безопасность среды в медицинской организации»

№	Группы показателей	Показатели	№	Порядок оценки показателей	Да	Нет	Примечания
1.	Организация безопасной среды для пациентов и сотрудников	Наличие внутренних приказов по вопросам организации безопасной среды	1.1	Наличие внутреннего приказа(-ов), регламентирующих вопросы организации безопасной среды:			
			1.1.1	организации безопасной среды в медицинской организации			
			1.1.2	наличия ответственных / ответственного			
			1.1.3	системы информационной безопасности. обработка и хранение персональных данных			
			1.1.4	системы охраны медицинской организации			
			1.1.5	порядка действий сотрудников при чрезвычайных ситуациях			
		Регулярная оценка безопасности среды	1.2.1	Оценка безопасности среды проводится регулярно			
			1.2.2	Наличие отчетов о результатах оценки			
			1.2.3	Наличие планов мероприятий по результатам оценки, содержащих информацию: • перечень недостатков по результатам оценки • мероприятия по устранению причин выявленных недостатков (корректирующие действия) • мероприятия по устранению причин потенциальных недостатков (предупреждающие действия) • ответственные за исполнение и сроки исполнения			
			1.2.4	Сотрудники информированы о результатах оценки (опросить сотрудников из различных подразделений медицинской организации по результатам оценки)			

2.	Рациональная и безопасная организация пространства в помещениях медицинской организации	Рациональная, эргономичная, безопасная планировка и оснащение помещений внутри подразделений медицинской организации	2.1.1	В организации имеется безопасная планировка помещений (оценить на предмет соответствия дверных проемов, коридоров, лестничных проемов размерам каталок, кроватей, кресел, отсутствия препятствия в виде порогов, отсутствия излишней мебели, неиспользуемого медицинского оборудования)			
			2.1.2	Подразделения оборудованы безопасными и исправными: - кроватями - каталками (оценить исправность тормозной системы, наличие всех колесиков и т.д.) - стульями - креслами - кушетками			
3.	Обеспечение безопасных условий пребывания в медицинской организации	Безопасность, исправность систем жизнеобеспечения	3.1	Во всех подразделениях медицинской организации исправно работают следующие системы жизнеобеспечения:			
			3.1.1	электроснабжение (оценить исправность розеток, настенных выключателей, отсутствие незакрепленных проводов и т.д.)			
			3.1.2	система водоснабжения (оценить наличие горячей воды в рабочие часы)			
			3.1.3	система резервного водоснабжения (проверить исправность)			
			3.1.4	система вентиляции и кондиционирования			
			3.1.5	система освещения (оценить наличие исправных индивидуальных источников света у кроватей пациентов)			
			3.1.6	система аварийного освещения			
			3.1.7	система теплоснабжения, включая наличие, исправность и действующую поверку контрольно-измерительных приборов			
		Состояние полового покрытия, стен, потолков	3.2.1	Во всех подразделениях медицинской организации отсутствуют влияющие на безопасность пациентов повреждения на половых покрытиях, стенах и потолка			

		Организация мест общего пользования	3.3.1	Туалеты и душевые оснащены кнопками вызова сотрудников и поручнями			
		Доступность и безопасность среды в медицинской организации для лиц с ограниченными возможностями	3.4.1	В организации оборудованы: - пандусы; - специальные подъемники; - лифты для подъема каталок; - специальные туалеты и т.д.			
		Лифт с резервным электроснабжением	3.5.1	В организации оборудован минимум 1 лифт с резервным электроснабжением (для учреждений с 2 и более этажами)			
4.	Система охраны и безопасности медицинской организации	Система охраны и безопасности медицинской организации	4.1.1	Наличие договора с охранной организацией или органами внутренних дел об оказании услуг по охране территории и помещений медицинской организации			
			4.1.2	На постах охраны работают сотрудники, соответствующие необходимой квалификации			
			4.1.3	Посты охраны оборудованы кнопкой тревожной сигнализации			
			4.1.4	Сотрудники охраны знают инструкции / алгоритмы в области охраны и безопасности (опросить находящихся на момент оценки сотрудников)			
		Организация доступа в медицинскую организацию, подразделения медицинской организации, включая помещения «только для сотрудников»	4.2.1	Во всех подразделениях установлен порядок доступа посторонних (как сотрудников, так и пациентов, и посетителей)			
			4.2.2	Наличие списка помещений с ограниченным доступом			
			4.2.3	Помещения с ограниченным доступом обозначены предупреждающими табличками на дверях			
		Пропускная система	4.3.1	В организации функционирует пропускная система, в том числе электронная			
			4.3.2	Разработан алгоритм работы с пропускной системой			

		Алгоритм действий при опасных ситуациях (нападении на медицинских работников, угрозах со стороны пациентов или посетителей, угрозе суицида и т.п.)	4.3.3	Сотрудники знают алгоритм работы с пропускной системой (опросить не менее 5 сотрудников из различных подразделений)			
			4.4.1	Наличие алгоритма действий при опасных ситуациях (нападении на медицинских работников, угрозах со стороны пациентов или посетителей, угрозе суицида и т.п.)			
			4.4.2	Сотрудники знают алгоритм действий при опасных ситуациях (опросить сотрудников из различных подразделений)			
		Соблюдение прав пациентов при организации видеонаблюдения в медицинской организации	4.5.1	Места общего пользования при организации видеонаблюдения оборудованы предупреждающими табличками			
			4.5.2	Видеонаблюдение при проведении медицинских вмешательств осуществляется с согласия пациентов (проверить наличие согласия пациентов в медицинских картах)			
		Учет и регистрация всех случаев нарушений порядка в медицинской организации	4.6.1	Организован учет и регистрация всех случаев нарушений порядка			
			4.6.2	Наличие отчетов и планов по устранению недостатков/ несоответствий всех случаев нарушений порядка с указанием ответственных и сроков выполнения			
			4.6.3	Сотрудники информированы о фактах нарушения порядка, принятых мерах (опросить не менее 2 сотрудников на предмет знания информации)			
5.	Обеспечение безопасности при угрозе и возникновении чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера.	Действия сотрудников при возникновении чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера - пожар, наводнение, землетрясение и т.п.	5.1.1	Разработан порядок действий сотрудников при возникновении чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера (пожар, наводнение, землетрясение и др.), включая порядок взаимодействия с органами внутренних дел, МЧС, пожарной охраной т.д.			

			5.1.2	Сотрудники знают порядок действий при возникновении чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера (опросить сотрудников на предмет знаний действий)			
6.	Обеспечение беспрепятственного подъезда спецтранспорта	Обеспечение подъезда спецтранспорта к медицинской организации	6.1.1	Обеспечен свободный доступ спецтранспорта на территорию медицинской организации, разработана схема проезда спецтранспорта к медицинской организации			
		Действия сотрудников по организации подъезда спецтранспорта	6.1.2	Сотрудники знают порядок организации и схему проезда спецтранспорта к медицинской организации			
7.	Система информационной безопасности. Обеспечение защиты персональных данных пациентов	Согласие на обработку персональных данных пациентов	7.1.1	Оформляется согласие на обработку персональных данных пациента, или его законного представителя (проверить наличие согласия на обработку персональных данных у не менее чем 10 пациентов в подразделениях медицинской организации)			
		Ограничение доступа к информации, обеспечение безопасности при работе с документами	7.2	Наличие списка сотрудников, допущенных к обработке персональных данных			
		Хранение информации на бумажных носителях	7.3	Организована система хранения информации на бумажных носителях:			
			7.3.1	документы хранятся в недоступном для пациентов месте			
			7.3.2	обеспечен ограниченный доступ для медицинских работников			
			7.3.3	имеются закрытые помещения и шкафы			
		Ограничение доступа к электронным базам данных, документам и др.	7.4	Доступ к электронным базам данных и документам ограничен, в том числе посредством:			
			7.4.1	применения специальных программ			
			7.4.2	внедрения системы паролей или аналогичной системы ограничения доступа			

		Регулярная оценка системы информационной безопасности	7.5.1	Наличие порядка оценки системы информационной безопасности			
			7.5.2	Наличие отчетов о результатах оценки системы информационной безопасности и регулярности ее проведения			
			7.5.3	Наличие планов по устранению дефектов системы информационной безопасности с указанием ответственных сроков выполнения			
		Обучение сотрудников вопросам информационной безопасности	7.6.1	Разработан план обучения сотрудников вопросам информационной безопасности (охват 100% сотрудников)			
			7.6.2	Обучение проводится согласно плану			
			7.6.3	Сотрудники знают методы обеспечения информационной безопасности (опросить сотрудников на предмет знаний в соответствии с программой обучения)			
			7.6.4	Проводится обучение сотрудников вопросам информационной безопасности (охват 100% сотрудников)			
			7.6.5	Планы обучения в наличии и выполняются			
			7.6.6	Сотрудники знают методы обеспечения информационной безопасности (опросить сотрудников из разных подразделений медицинской организации на предмет знаний в соответствии с программой обучения)			
8.	Обеспечение конфиденциальности при осуществлении медицинской деятельности	Соблюдение принципов конфиденциальности при оказании медицинской помощи	8.1.1	При оказании медицинской помощи соблюдаются принципы конфиденциальности (пациентов принимают в отдельном кабинете или используются ширмы для разделения кресел)			

Приложение 9

Оценочный лист по направлению «Организация отдельных направлений медицинской деятельности в амбулаторных условиях»

Раздел «Организация работы регистратуры»

№	Группы показателей	Показатели	№	Порядок оценки показателей	Да	Нет	Примечания
1.	Организация работы регистратуры	Наличие внутреннего приказа (-ов) по организации работы регистратуры	1.1.1	Наличие внутреннего приказа (-ов), регламентирующего работу регистратуры, включая вопросы организации деятельности структурных подразделений регистратуры (в том числе деятельность «стойки информации» / «фронт-офиса», «картохранилища», контакт-центра / «call-центра») и других), с указанием ответственных			
			1.1.2	Наличие организованного процесса управления потоком пациентов (маршрутизация пациентов), включая обеспечение навигационной информации для пациентов с учётом характера расположения помещений организации			
			1.1.3	Организована работа «кабинета выдачи справок и направлений» (если применимо)			
			1.1.4	Наличие порядка систематизированного хранения медицинской документации и доставки первичной медицинской документации в кабинеты приема врачей-специалистов			
			1.1.5	Наличие порядка прикрепления пациентов к медицинской организации			
			1.1.6	Наличие порядка предварительной записи пациентов на прием к врачу			
			1.1.7	Наличие порядка оформления листов			

				(справок) временной нетрудоспособности, их учета и регистрации (если применимо)			
			1.1.8	Наличие порядка взаимодействия сотрудников регистратуры с пациентами, включая порядок действий в случае конфликтных ситуаций, отказа пациента от оказания медицинской помощи / дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, «речевые модули» для коммуникации с пациентами			
			1.1.9	Наличие оборудования для инвалидов, лиц с ограниченными возможностями, слепых и т.д.			
		Регулярная оценка работы регистратуры/ кабинета выдачи направлений и справок	1.2.1	Оценка работы регистратуры, кабинета выдачи направлений и справок проводится регулярно			
			1.2.2	Наличие отчетов о результатах оценки			
			1.2.3	Наличие планов мероприятий по результатам оценки, содержащих информацию: • перечень недостатков по результатам оценки • мероприятия по устранению недостатков • мероприятия по устранению причин выявленных недостатков (корректирующие действия) • мероприятия по устранению причин потенциальных недостатков (предупреждающие действия) • ответственные за исполнение и сроки исполнения			
			1.2.4	Сотрудники информированы о			

				результатах оценки (опросить сотрудников из различных подразделений медицинской организации по результатам оценки)			
2.	Маршрутизация пациентов	Алгоритмы медицинской организации по маршрутизации пациентов	2.1.1	Алгоритм первичного обращения пациента в организацию есть в наличии			
			2.1.2	Наличие алгоритмов маршрутизации пациентов, требующих оказания плановой и неотложной/экстренной медицинской помощи, включая критерии для направления пациентов: • к врачу-специалисту • в кабинет (отделение) неотложной помощи/ в кабинет к дежурному врачу; • «кабинет выдачи справок и направлений» (если применимо); • диспансеризация, профилактические и периодические осмотры • в другие медицинские организации			
		Порядок/алгоритмы записи и отмены записи пациентов на прием	2.3.1	Алгоритмы предварительной записи на прием к врачам при обращении пациентов есть в наличии: • при непосредственном обращении в поликлинику • по телефону • через медицинскую информационную систему			
			2.3.2	Алгоритм уведомления пациента об отмене приема по инициативе организации есть в наличии			
			2.3.3	Сотрудники регистратуры знают алгоритмы (опросить сотрудников, на предмет знания алгоритмов), включая: • обращение пациентов (при личном обращении, по телефону);			

				• маршрутизация пациентов; • критерии для направления пациентов в разные структурные подразделения в рамках организации и другие медицинские организации • порядок работы в медицинской информационной системе			
	Организация работы контакт-центра или «call - центра» (если применимо)	2.4.1	Алгоритм работы контакт-центра или «call - центра» есть в наличии				
		2.4.2	Алгоритмы совместной работы сотрудников регистратуры и контакт-центра / «call-центра» есть в наличии: • первичная сортировка (запись на прием к врачу, вызов врача); • маршрутизация в другие учреждения; • сбор информации о пациенте; • отмена записи к врачу/обследование по инициативе организации.				
		2.4.3	Сотрудники контакт-центра / «call-центра» знают алгоритмы (опросить сотрудников, на предмет знания алгоритмов)				
	Исполнение алгоритмов работы регистратуры, контакт-центра или «call - центра»	2.5.1	Алгоритмы работы сотрудников регистратуры, контакт-центра/ «call-центра» исполняются (оценить методом прямого наблюдения систему предоставления информации пациентам и их маршрутизации, не менее 2-х случаев): • при личном обращении пациентов; • по телефону; • при необходимости использования информационной системы				
	Обучение сотрудников	2.6.1	В организации проводится обучение вопросам маршрутизации пациентов, информирования пациентов (охват				

				сотрудников 100%)			
			2.6.2	Свидетельства обучения вопросам маршрутизации пациентов, информирования пациентов, сотрудников есть в наличии			
3.	Медицинская информационная система, обеспечивающая деятельность регистратуры	Программное обеспечение	3.1.1	Наличие информационной системы, позволяющая осуществлять: запись к врачу, «обратную связь» с пациентом, взаимоотношения со страховыми компаниями, взаиморасчеты, и др.			
		Необходимое оборудование рабочих мест регистратуры компьютерами	3.2.1	Организация обеспечена компьютерным оборудованием и оргтехникой в расчетных количествах (проверить наличие на рабочих местах в регистратуре)			
		Техническая поддержка, включая регулярность планового обслуживания и помощь при сбоях в работе системы	3.3.1	Наличие в штате IT-сотрудника (ов) или договоров с организациями, обеспечивающими техническое обслуживание			
			3.3.2	Наличие алгоритма взаимодействия в случае сбоев в работе информационной системы, (оценить эффективность взаимодействия, включая скорость оказания технической поддержки)			
		Инструкции для медицинских работников по работе в медицинской информационной системе	3.4.1	Наличие инструкции/памятки для работы в информационной системе			
		Обучение сотрудников работе в медицинской информационной системе	3.5.1	Наличие программ обучения работы в информационной системе, включая наличие договоров на обучение со сторонними организациями, планов/разработанного порядка обучения (100% охват сотрудников)			
			3.5.2	Сотрудники обладают навыками работы в информационной системе (оценить			

				навыки путем демонстрации работы в информационной системе, не менее 5 сотрудников из различных подразделений)			
4.	Информирование пациентов о работе медицинской организации, медицинских услугах, оказываемых в данной организации и других медицинских организациях (при необходимости)	Информационные материалы для пациентов	4.1.1	В организации имеются информационные материалы, в том числе в виде стендов, постеров, брошюр и других наглядных материалов, включая: • организацию работы медицинской организации (в том числе наличие лицензии); • программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи; • перечень основных нормативных документов, регламентирующих работу организации; • перечень медицинских услуг для пациентов в различных подразделениях; • графики работы, часы приема администрации • контактную информацию о вышестоящих медицинских организациях			
5.	Учет, хранение, оформление медицинской документации	Алгоритмы учета, хранения, оформления медицинской документации	5.1.1	Наличие алгоритма хранения, оформления и учета медицинской документации			
			5.1.2	Сотрудники знают алгоритмы по учету, хранению, оформлению медицинской документации (опросить сотрудников регистратуры)			
			5.1.3	Алгоритмы учета и хранения медицинской документации исполняются в организации (оценить			

				методом прямого наблюдения не менее 5-ти случаев)			
			5.1.4	Алгоритмы оформления медицинской документации исполняются (проверить не менее 10 медицинских карт на предмет качества и полноты оформления сотрудниками регистратуры)			
		Алгоритм «движения» медицинских карт внутри медицинской организации	5.2.1	Наличие алгоритма «движения» медицинских карт внутри медицинской организации			
			5.2.2	Сотрудники знают алгоритмы «движения» медицинских карт внутри медицинской организации, включая (опросить сотрудников, включая сотрудников регистратуры): • подбор и доставку медицинских карт на прием к врачам, • возврат медицинских карт в «картохранилище» / регистратуру			
			5.2.3	Алгоритмы «движения» медицинских карт исполняются в организации (оценить методом прямого наблюдения процесс «движения» амбулаторных карт, не менее 5-ти случаев)			
6.	Оформление медицинской документации, включая листки временной нетрудоспособности, справки и др.	Алгоритм оформления листков (справок) временной нетрудоспособности, их учета и регистрации по установленной форме	6.1.1	Наличие алгоритмов оформления листков нетрудоспособности, журналов учета и регистрации установленной формы включая образцы заполнения документов/журналов			
			6.1.2	Сотрудники знают алгоритм (опросить сотрудников медицинской организации, участвующих в оформлении медицинской документации)			
			6.1.3	В организации проводится обучение алгоритмам по порядку оформления листков временной нетрудоспособности,			

				их учета и регистрации по установленной форме			
		Алгоритм оформления справок и другой медицинской документации	6.2.1	Наличие алгоритма оформления справок и иной медицинской документации			
			6.2.2	Сотрудники знают алгоритмы о порядке оформления (заверения) справок, заключений и другой медицинской документации, опросить сотрудников регистратуры и медицинских сестёр			
			6.2.3	В организации исполняются алгоритмы (оценить методом прямого наблюдения, не менее 2-х случаев, процесс оформления листков временной нетрудоспособности, их регистрации по установленной форме; справок и иной медицинской документации регистраторами)			
7.	Организация «Кабинета выдачи справок и направлений» (если применимо)	Рациональность расположения «Кабинета выдачи справок и направлений»	7.1.1	В организации расположение «Кабинета выдачи справок и направлений», включая: • доступность (расположение на 1 этаже), • система навигации (метки/указатели расположения) • совместимость с другими кабинетами (расположение на значительном удалении от «Кабинета дежурного врача»)			
		Алгоритм деятельности «кабинета выдачи справок и направлений»	7.2.1	Наличие алгоритма регламента деятельности «кабинета выдачи справок и направлений»			
			7.2.2	Сотрудники знают алгоритм регламента деятельности «кабинета выдачи справок и направлений» (опросить не менее 5 сотрудников, о графике работы, инструкциях/регламентах деятельности, показаниях к направлению в «кабинет			

				выдачи справок и направлений»)			
			7.2.3	В организации выполняется алгоритм регламента деятельности «кабинета выдачи справок и направлений» (оценить методом наблюдения работу «кабинета выдачи справок и направлений» на предмет: • соответствия направлений пациентов другими сотрудниками в «кабинет выдачи справок и направлений»; • соответствия полного объема услуг согласно функциям «кабинета выдачи справок и направлений»; • наличия в кабинете полного перечня медицинских бланков / направлений)			
8.	Эффективное общение сотрудников регистратуры с пациентами	Алгоритмы эффективного общения	8.1.1	Алгоритмы взаимодействия сотрудников регистратуры с пациентами есть в наличии и включают порядок взаимодействия: • по телефону; • при личном обращении; • порядок действий в случае конфликтных ситуаций; • в случае жалоб пациентов; • наборы «речевых модулей» на разные типы взаимодействий			
			8.1.2	Алгоритмы «речевых модулей» на рабочих местах в регистратуре есть в наличии (проверить их доступность для использования сотрудниками)			
			8.1.3	Сотрудники знают «речевые модули» (опросить всех сотрудников регистратуры на предмет знаний «речевых модулей», их эффективности,			

				охвата всех возможных типовых случаев общения)			
			8.1.4	Сотрудники знают алгоритмы взаимодействия сотрудников регистратуры с пациентами, (опросить всех сотрудников регистратуры)			
		Исполнение алгоритмов эффективного общения сотрудников регистратуры с пациентами	8.2.1	В организации алгоритмы взаимодействия сотрудников регистратуры с пациентами исполняются (оценить методом наблюдения, не менее 3 случаев, коммуникацию медицинских сотрудников и пациентов на предмет соблюдение алгоритмов коммуникации, соблюдение этики и деонтологии)			
		Обучение сотрудников	8.3.1	Система обучения сотрудников навыкам эффективной коммуникации с пациентами существует			
9.	Наличие возможностей для оценки пациентом качества оказываемой помощи		9.1.	Наличие книги жалоб и предложений, анонимных анкет для «обратной связи» с пациентами			

Раздел «Диспансерное наблюдение за пациентами, страдающими хроническими заболеваниями»

№	Группы показателей	Показатели	№	Порядок оценки показателей	Да	Нет	Примечания
1.	Организация динамического наблюдения за пациентами, страдающими хроническими заболеваниями	Наличие внутреннего приказа (-ов) по организации динамического наблюдения за пациентами, страдающими хроническими заболеваниями	1.1.1	Наличие внутреннего приказа (-ов), регламентирующего вопросы организации динамического наблюдения за пациентами, страдающими хроническими заболеваниями			
			1.1.2	Порядок оценки показателей эффективности диспансерного наблюдения за пациентами, страдающими хроническими заболеваниями, в соответствии с утверждёнными алгоритмами, включая: критерии эффективности, анализ охвата у каждого специалиста, и в целом в медицинской организации			

		Регулярная оценка системы наблюдения за пациентами, страдающими хроническими заболеваниями	1.2.1	Оценка наблюдения за пациентами, страдающими хроническими заболеваниями, осуществляется регулярно, включая контроль проведения анализа по фактам тяжёлых осложнений среди диспансерных пациентов			
			1.2.2	Наличие отчетов о результатах оценки			
			1.2.3	Наличие планов мероприятий по результатам оценки, содержащих информацию: • перечень недостатков по результатам оценки • мероприятия по устранению недостатков • мероприятия по устранению причин выявленных недостатков (корректирующие действия) • мероприятия по устранению причин потенциальных недостатков (предупреждающие действия) • ответственные за исполнение и сроки исполнения			
			1.2.4	Сотрудники информированы о результатах оценки (опросить сотрудников медицинской организации по результатам оценки)			
2.	Динамическое наблюдение за пациентами, страдающими хроническими заболеваниями	Перечень нозологий для постановки пациентов на учет врачами-специалистами	2.1.1	В организации определен перечень нозологий, определяющий согласно нормативным актам постановку пациентов на учет у специалистов разного профиля, включая перечень нозологий, подлежащих полному охвату			
		План-график, поименный список	2.2.1	В медицинской организации имеется в наличии: - календарный план-график; - поименный список пациентов, нуждающихся в динамическом наблюдении по установленным группам			

		Алгоритм динамического наблюдения за пациентами, страдающими хроническими заболеваниями	2.3.1	Алгоритмы динамического наблюдения за пациентами, в зависимости от хронического заболевания (нозологии) в наличии, включая: - показания для постановки на диспансерный учет - показания для снятия с диспансерного учета			
			2.3.2	Сотрудники знают алгоритмы динамического наблюдения за пациентами, страдающими хроническими заболеваниями, в зависимости от заболевания (нозологии), тяжести функциональных нарушений (опросить сотрудников из разных подразделений)			
			2.3.3	Сотрудники знают показания для снятия с диспансерного учета (опросить сотрудников из разных подразделений)			
			2.3.4	В организации проводят динамическое наблюдение за пациентами, находящимися на учете, согласно алгоритмам (проверить не менее 10 медицинских карт, включая контрольные карты диспансеризации (формы 030/у), на предмет соответствия алгоритмам наблюдения, в том числе на оценку кратности консультаций, полноту проведенных обследований в рамках диспансерного наблюдения, клиническим рекомендациям)			
		Алгоритмы/памятки по тактике лечения в отношении особых категорий лиц	2.4.1	Наличие алгоритмов/памяток по тактике лечения в отношении особых категорий лиц: - беременные/кормящие, - лица с иммунодефицитом, - пациенты с почечной недостаточностью, - пациенты сердечной недостаточностью, - другие			

			2.4.2	Сотрудники знают алгоритмы/памятки по тактике лечения в отношении особых категорий лиц (опросить не менее 5 сотрудников из разных подразделений)			
		Информирование пациентов по вопросам динамического наблюдения	2.5.1	Пациентов/ законных представителей информируют о порядке динамического наблюдения, о плане обследований (опросить не менее 10 пациентов/ законных представителей на предмет соответствия алгоритмам наблюдения, качества данных рекомендаций)			

Приложение 10

Оценочный лист по направлению «Управление персоналом при осуществлении медицинской деятельности»

№	Группы показателей	Показатели	№	Порядок оценки показателей	Да	Нет	Примечания
1	Управление персоналом	Наличие приказа(-ов) по вопросам управления персоналом	1.1	Наличие приказа (-ов), регламентирующих вопросы:			
			1.1.1	организации подбора персонала и формирования трудовых отношений			
			1.1.2	правил внутреннего трудового распорядка			
			1.1.3	оплаты труда и премирования			
			1.1.4	плана по формированию и развитию кадрового потенциала медицинской организации / кадрового резерва руководителей подразделений			
			1.1.5	формирования системы оценки сотрудников на соответствие должностным обязанностям			
2	Соответствие укомплектованности рекомендованным штатным нормативам	Соответствие штатов рекомендованным штатным нормативам	2.1	Укомплектованность штатов соответствует рекомендованным штатным нормативам: - по подразделениям; - по категориям работников; - по коэффициенту замещения (внештатных и штатных сотрудников)			
3	Уровень квалификации сотрудников, возрастной состав	Возрастной состав сотрудников, доля сотрудников предпенсионного и пенсионного возраста	3.1.1	В организации анализируется возрастной состав сотрудников			
		Квалификация сотрудников	3.2.1	В организации имеется и анализируется информация о распределении сотрудников по квалификационным категориям по специальностям			
		Наличие сотрудников, имеющих научную степень, участвующих в	3.3.1	В организации имеется и анализируется информация о наличии сотрудников: - имеющих научную степень;			

		научных исследованиях, преподающих в учебных заведениях		- участвующих в научных исследованиях; - преподающих в учебных заведениях (средних специальных и высших)			
4	Формирование и развитие кадрового потенциала	Программа развития кадрового потенциала	4.1.1	В организации разработан и реализуется план развития кадрового потенциала, учитывающий перспективы развития медицинской организации и основанный на описании функций и задач медицинской организации, должностей (врачей, сестер, руководителей и др.)			
			4.1.2	Сотрудники участвуют в программе развития кадрового потенциала согласно плану			
		Программа по подготовке кадрового резерва	4.2.1	План по подготовке кадрового резерва руководителей и ключевых сотрудников разработан			
			4.2.2	Руководители и ключевые сотрудники участвуют в программе по подготовке кадрового резерва согласно плану			
		Наличие ротации кадров	4.3.1	В организации применяется ротация кадров (взаимозаменяемость)			
5	Использование административных методов управления сотрудниками	Повышение эффективности работы сотрудников	5.1.1	В трудовом договоре / дополнительных соглашениях к трудовому договору / должностных инструкциях указаны критерии оценки эффективности деятельности работников и описание ответственности в соответствии с профилем подразделения (проверить указанные документы различных категорий медицинских работников, включая административно-управленческий персонал)			
		Улучшение условий труда, эргономичность рабочих мест	5.2.1	Наличие эргономичных рабочих мест сотрудников (рабочие места сотрудников организованы в соответствии с принципами бережливого производства и исключают потери на лишние перемещения, движения, поиск нужных документов и др.)			
6	Организация подбора персонала,	Поиск и подбор сотрудников	6.1.1	Порядок поиска и подбора сотрудников определен			

	формирование трудовых отношений и положительного психологического микроклимата		6.1.2	Сотрудники кадровой службы знают порядок поиска и подбора сотрудников (опросить ответственных сотрудников кадровой службы)			
		Адаптация новых сотрудников	6.2.1	Программа по адаптации новых сотрудников есть в наличии			
			6.2.2	Сотрудники медицинской организации участвуют в программе по адаптации новых сотрудников (опросить ответственных сотрудников и начавших работать в медицинской организации в течение последнего года (последних лет) об участии в подобных программах)			
		Социальная поддержка сотрудников	6.3.1	Программа/меры социальной поддержки сотрудников медицинской организации есть в наличии (например, помощь в устройстве детей в дошкольные учреждения, организация летнего отдыха детей сотрудников бесплатно или со скидкой и т.д.)			
			6.3.2	Сотрудники медицинской организации подтверждают наличие программы/мер социальной поддержки (опросить ответственных сотрудников, сотрудников из различных подразделений)			
		Мотивация сотрудников	6.4.1	Программа/меры мотивации (материальной и нематериальной) сотрудников медицинской организации есть в наличии			
			6.4.2	Сотрудники медицинской организации подтверждают наличие программы/мер мотивации (опросить ответственных сотрудников, сотрудников из различных подразделений)			
		Улучшение социально-бытовых условий сотрудников	6.5.1	Программа по улучшению социально-бытовых условий сотрудников медицинской организации разработана и реализуется (посетить места для отдыха, принятия пищи и т.п. в разных подразделениях медицинской организации)			

		Оценка мнения сотрудников	6.6.1	Анкетирование сотрудников проводится регулярно			
			6.6.2	Анализ результатов анкетирования (оценки мнения) проводится			
			6.6.3	Сотрудники информированы о результатах анализа анкет (опросить сотрудников из разных подразделений на предмет подтверждения о проведении анкетирования сотрудников и его результатах)			
7	Непрерывное обучение и развитие сотрудников	Программа наставничества	7.1.1	Программа наставничества есть в наличии			
			7.1.2	Сотрудники медицинской организации подтверждают наличие программы наставничества (опросить сотрудников на предмет участия в подобной программе)			
		Организация работы симуляционного центра в медицинской организации (если применимо)	7.2.1	Оснащение симуляционного центра соответствует: • заявленным задачам • профилю медицинской организации			
			7.2.2	В организации разработан план проведения тренингов в симуляционном центре (опросить сотрудников на предмет участия в тренингах)			
			7.2.3	План тренингов выполняется			
			7.2.4	По каждой теме тренинга разработана программа обучения			
			7.2.5	Тренинги проводятся в соответствии с программами обучения (посетить тренинг (при возможности), оценить качество преподавания (соответствие программе, интерактивность и т.д.))			
			7.2.6	По итогам тренинга проводится тестирование			
			7.2.7	Информация об обучении с результатами тестирования есть в наличии			
		Организация профессионального обучения сотрудников в	7.3.1	Договор медицинской организации с другим симуляционным центром есть в наличии			
			7.3.2	Существует план проведения тренингов			

				• другие (записать темы тренингов).			
			7.6.2	По каждой теме плана разработана программа тренинга			
			7.6.3	Тренинги проводятся в соответствии с программами обучения (опросить сотрудников, прошедших обучение, и попросить оценить программу обучения и каждый тренинг по отдельности по 10 балльной шкале)			
			7.6.4	Информация о сотрудниках, прошедших обучение, есть в наличии (охват сотрудников 100%)			
8	Система оценки сотрудников	Проведение оценки сотрудников медицинской организации	8.1.1	Разработана система оценки деятельности сотрудников с критериями и показателями			
			8.1.2	Наличие регулярных отчетов об оценке деятельности сотрудников			
			8.1.3	Проводится анализ отчетов об оценке деятельности сотрудников			
			8.1.4	Сотрудников информируют о результатах анализа отчетов об оценке деятельности сотрудников			

Приложение 11

**Оценочный лист по направлению «Обеспечение качества медицинской помощи.
Контроль соблюдения порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций и стандартов медицинской помощи»**

№	Группы показателей	Показатели	№	Порядок оценки показателей	Да	Нет	Примечания
1	Обеспечение оказания медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи	Соблюдение порядков оказания медицинской помощи	1.1	Медицинская помощь оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, в том числе:			
			1.1.1	специализация медицинских работников соответствует квалификационным требованиям (проверить документы о квалификации не менее 5 сотрудников)			
			1.1.2	оснащение медицинской организации соответствует стандарту оснащения			
			1.1.3	организация деятельности стоматологической поликлиники /отделений/кабинетов соответствует требованиям порядков оказания медицинской помощи			
		Соблюдение клинических рекомендаций и стандартов медицинской помощи	1.2.1	Клинические рекомендации и стандарты медицинской помощи (при необходимости) доступны для сотрудников в печатном виде, или в виде электронной базы данных, или доступа в сеть Интернет в каждом подразделении (продемонстрировать клинические рекомендации и стандарты медицинской помощи (при необходимости))			
			1.2.2	Сотрудников информируют об обновлении информации о клинических рекомендациях и стандартах медицинской помощи (опросить не менее 5 сотрудников на предмет подтверждения информирования)			
			1.2.3	Наличие автоматизированной информационной системы, обеспечивающей поддержку принятия врачебных решений на основании клинических рекомендаций			

			1.2.4	Разработана программа обучения сотрудников практическому применению клинических рекомендаций			
			1.2.5	Сотрудники обучены вопросам практического применения клинических рекомендаций (Свидетельства обучения сотрудников есть в наличии)			
			1.2.6	Протоколы ведения (протоколы лечения) пациентов разработаны медицинской организацией			
			1.2.7	Протоколы ведения (протоколы лечения) пациентов соответствуют клиническим рекомендациям			
			1.2.8	Лечебно-диагностический процесс осуществляется в соответствии с клиническими рекомендациями (проверить не менее 10 медицинских карт, отобранных методом случайной выборки)			