

Государственное бюджетное учреждение  
«Городецкий психоневрологический интернат»

ПРИКАЗ

27.04.2024г.

г. Городец

№110

Об утверждении Положения о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности при оказании медико – социальных услуг в Государственном бюджетном учреждении «Городецкий психоневрологический интернат» и его филиалах в с. Воронино и пос. Смиркино

С целью приведения в соответствие с требованиями действующего законодательства деятельности учреждения по предоставлению социально-медицинских услуг получателям социальных услуг, проживающим в ГБУ «Городецкий ПНИ» и его филиалах, соблюдения их законных прав и интересов

**п р и к а з ы в а ю:**

1. Утвердить и ввести в действие с 01.05.2024 года Положение о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности при оказании медико – социальных услуг в Государственном бюджетном учреждении «Городецкий психоневрологический интернат» и его филиалах в с. Воронино и пос. Смиркино( далее -Положение) ( приложение№1).
2. Ответственность за реализацию Положения возложить на заместителя директора по медицинской части.
3. Утвердить должностной состав Службы по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности при оказании медико – социальных услуг в Государственном бюджетном учреждении «Городецкий психоневрологический интернат» и его филиалах в с. Воронино и пос. Смиркино.( далее – Службы по внутреннему контролю) ( приложение № 2).
- 4.Утвердить должностной состав рабочих групп по направлениям деятельности Службы по внутреннему контролю:
  - организация безопасного применения лекарственных препаратов;
  - обеспечение эпидемиологической безопасности;
  - осуществление мероприятий по безопасному применению медицинских изделий;
  - участие в осуществление мероприятий по организации безопасной среды для получателей социальных услуг и работников учреждения;
  - осуществление мероприятий по обеспечению ухода при оказании медицинской помощи ( приложение №3).
5. Утвердить форму Акта проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности при оказании медико – социальных услуг в Государственном бюджетном учреждении «Городецкий психоневрологический интернат» и его филиалах в с. Воронино и пос. Смиркино (приложение №4)

6. Уполномоченным лицом по организации проведения мероприятий, осуществляемых в рамках внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности при оказании медико-социальных услуг назначить - заведующего отделением для клиентов, переболевших туберкулёзом.

7. Приказ директора от 24.12.2018 г. № 828 «О создании Комиссии по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности в Государственном бюджетном учреждении «Городецкий психоневрологический интернат» и его филиалах в с. Воронино и пос. Смиркино»; приказ директора от 13.12.2018 г. № 797 «Об утверждении Положения об организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в государственном бюджетном учреждении «Городецкий психоневрологический интернат» и его филиалах в с. Воронино и пос. Смиркино» считать утратившими силу.

8. Контроль за исполнением данного приказа оставляю за собой.

Директор



С.Б. Поздняков



**Положение о внутреннем контроле качества и безопасности  
медицинской деятельности при оказании медико – социальных услуг  
в Государственном бюджетном учреждении  
«Городецкий психоневрологический интернат»  
и его филиалах в с. Воронино и пос. Смиркино**

**I. Общие положения**

1.1. Положение о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности при оказании медико – социальных услуг в Государственном бюджетном учреждении «Городецкий психоневрологический интернат» и его филиалах в с. Воронино и пос. Смиркино разработано в соответствии:

- со статьями 13, 20, 32, 37, 44, 74 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";
- с постановлением Правительства Российской Федерации от 16.04.2012 N 291 "О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково");
- с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 мая 2017г. № 203н "Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи";
- с приказом Министерства социальной политики Нижегородской области от 21 апреля 2022 г. N 214 "Об утверждении порядка предоставления социальных услуг поставщиками социальных услуг в стационарной форме социального обслуживания гражданам пожилого возраста и инвалидам".

1.2. Настоящее положение о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности при оказании медико – социальных услуг в

Государственном бюджетном учреждении «Городецкий психоневрологический интернат» и его филиалах в с. Воронино и пос. Смиркино (далее Положение) устанавливает порядок организации и проведения внутреннего контроля за соответствием качества выполняемых медицинских работ (услуг) установленным требованиям и за безопасностью осуществляемой медицинской деятельности при оказании медико – социальных услуг в Государственном бюджетного учреждения «Городецкий психоневрологический интернат» и его филиалах в с. Воронино и пос. Смиркино (далее в Учреждении).

1.3. Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности при оказания медико – социальных услуг (далее - Внутренний контроль) осуществляется с целью обеспечения прав граждан, признанных нуждающимися в социальном обслуживании и которым предоставляется социальная услуга или социальные услуги (далее - Получатели социальных услуг), на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций, а также соблюдения обязательных требований к обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности в Государственном бюджетном учреждении «Городецкий психоневрологический интернат» и его филиалах в с. Воронино и пос. Смиркино.

1.4. Организация и проведение внутреннего контроля, с учетом вида медицинской помощи и перечня работ (услуг), указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности, направлена на решение следующих задач:

- совершенствование подходов к осуществлению медицинской деятельности для предупреждения, выявления и предотвращения рисков, создающих угрозу жизни и здоровью граждан, и минимизации последствий их наступления;

- обеспечение и оценка соблюдения прав граждан в сфере охраны здоровья при осуществлении медицинской деятельности при оказании социальных услуг;

- обеспечение и оценка применения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи;



- обеспечение и оценка соблюдения ограничений, налагаемых при осуществлении деятельности в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";
- выполнение медицинскими работниками должностных инструкций в части обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности при оказании социальных услуг;
- предупреждение нарушений при оказании медицинской помощи, являющихся результатом:
  - несоответствия оказанной медицинской помощи состоянию здоровья получателей социальных услуг с учетом степени поражения органов и (или) систем организма либо нарушений их функций, обусловленной заболеванием или состоянием либо их осложнением;
  - невыполнения, несвоевременного или ненадлежащего выполнения необходимых получателям социальных услуг профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций;
  - несоблюдения сроков ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановой форме, включая сроки ожидания оказания медицинской помощи в стационарных условиях, проведения отдельных диагностических обследований и консультаций врачей-специалистов;
  - принятие управленческих решений по совершенствованию подходов к осуществлению медицинской деятельности при оказании медико - социальных услуг.

1.5 Ответственным за организацию внутреннего контроля в учреждении является заместитель директора по медицинской части, также назначается Уполномоченное лицо для проведения текущего контроля за проведением мероприятий, предусмотренных в пункте 2 настоящего Положения.

1.6 Внутренний контроль проводится Службой по внутреннему контролю, включающей заведующих отделениями, врачей.

1.7 Организация и проведения внутреннего контроля качества и

безопасности медицинской деятельности при оказании медико-социальных услуг регламентируется настоящим Положением, утвержденным приказом директора Учреждения:

- функции и порядок взаимодействия Службы по внутреннему контролю и (или) Уполномоченного лица, врачебной комиссии учреждения в рамках организации и проведения внутреннего контроля;

- цель, задачи и сроки проведения внутреннего контроля;

- основания для проведения внутреннего контроля;

- права и обязанности лиц, участвующих в организации и проведении внутреннего контроля;

- порядок регистрации и анализа результатов внутреннего контроля;

- порядок использования результатов внутреннего контроля в целях управления качеством и безопасностью медицинской деятельности.

1.8 Иные локальные акты, разработанные в рамках внутреннего контроля (стандартные операционные процедуры, алгоритмы действий сотрудников организации) в соответствии с нормативными правовыми актами, регламентирующими вопросы организации медицинской деятельности, в том числе порядками оказания медицинской помощи, а также с учетом стандартов медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций утверждаются директором учреждения.

1.9 По решению директора учреждения для осуществления мероприятий внутреннего контроля могут привлекаться научные и иные организации, ученые и специалисты.

## **II. Организация проведения мероприятий, осуществляемых в рамках внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности при оказании медико-социальных услуг.**

2.1 Внутренний контроль включает следующие мероприятия:

- оценку качества и безопасности медицинской деятельности учреждения, его структурных подразделений путем проведения плановых и целевых



(внеплановых) проверок;

- сбор статистических данных, характеризующих качество и безопасность медицинской деятельности, их анализ;

- учет нежелательных событий при осуществлении медицинской деятельности (фактов и обстоятельств, создающих угрозу причинения или повлекших причинение вреда жизни и здоровью получателей социальных услуг и (или) медицинских работников, а также приведших к удлинению сроков оказания медицинской помощи);

- мониторинг наличия лекарственных препаратов и медицинских изделий в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, с учетом существующих нормативов, утверждённых федеральным, либо уполномоченным региональным органом;

- анализ информации о побочных действиях, нежелательных реакциях, серьезных нежелательных реакциях, непредвиденных нежелательных реакциях при применении лекарственных препаратов, об индивидуальной непереносимости, отсутствии эффективности лекарственных препаратов, а также об иных фактах и обстоятельствах, представляющих угрозу жизни или здоровью получателя социальных услуг при применении лекарственных препаратов и выявленных на всех этапах обращения лекарственных препаратов, сообщаемой медицинской организацией в уполномоченный федеральный орган исполнительной власти;

- анализ информации обо всех случаях выявления побочных действий, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия, о нежелательных реакциях при его применении, об особенностях взаимодействия медицинских изделий между собой, о фактах и об обстоятельствах, создающих угрозу жизни и здоровью получателей социальных услуг и медицинских работников при применении и эксплуатации медицинских изделий, сообщаемой в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения

## 2.2 Сроки и предмет проведения проверок.

- плановые проверки проводятся в соответствии с ежегодным планом, утверждаемым директором учреждения, не реже 1 раза в квартал.

Предмет плановых и целевых (внеплановых) проверок определяется в соответствии с пунктом 2 настоящих Требований.

- целевые (внеплановые) проверки проводятся:

- при наличии отрицательной динамики статистических данных, характеризующих качество и безопасность медицинской деятельности при оказании медико-социальных услуг, в том числе установленной в результате проведения плановой проверки;

- при поступлении жалоб получателей социальных услуг по вопросам качества и доступности медицинской помощи, а также жалоб по иным вопросам осуществления медицинской деятельности в Учреждении, содержащим информацию об угрозе причинения и (или) причинении вреда жизни и здоровью граждан;

- во всех случаях летальных исходов, инфекции связанной с оказанием медицинской помощи (ИСМП) и осложнений, вызванных медицинским вмешательством.

- проверки, в зависимости от поставленных задач, включают анализ случаев оказания медицинской помощи, отобранных методом случайной выборки и (или) по тематически однородной совокупности случаев.

- проверка по тематически однородной совокупности случаев проводится в отношении определенной совокупности случаев, отобранных по тематическим признакам. Выбор тематики для проведения проверки осуществляется на основании результатов анализа статистических данных, характеризующих качество и безопасность медицинской деятельности медицинской организации, ее структурных подразделений.

- анализ случаев оказания медицинской помощи в ходе плановых и целевых (внеплановых) проверок осуществляется для оценки качества и безопасности медицинской деятельности, в том числе для оценки характера, частоты и причин возможных нарушений при оказании медицинской помощи, приведших к ухудшению состояния здоровья, создавшего риск прогрессирования имеющегося заболевания, создавших риск возникновения нового заболевания, приведших к летальному исходу, а также к неэффективному использованию ресурсов



Учреждения.

- Срок проведения плановых и целевых (внеплановых) проверок устанавливается директором Учреждения.

2.3. Плановые и целевые (внеплановые) проверки, осуществляемые в рамках внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, в зависимости от перечня работ (услуг), указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности, предусматривают оценку следующих показателей:

2.3.1 наличие в Учреждении нормативных правовых актов (в том числе, изданных федеральными органами государственной власти, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления), регламентирующих вопросы организации медицинской деятельности, включая:

2.3.2 преемственность оказания медицинской помощи на всех этапах; оказание медицинской помощи, в том числе в условиях чрезвычайных ситуаций;

2.3.3 маршрутизацию получателей социальных услуг, включая организацию консультаций, дополнительных методов обследования в иных медицинских организациях;

2.3.5 перевод в другие в том числе медицинские организации;

2.3.6 обеспечение оказания медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций;

2.3.7 соблюдение безопасных условий при транспортировке получателей социальных услуг (в пределах учреждения и (или) переводе в другую, в том числе медицинскую организацию);

2.3.8 обеспечение соблюдения требований к ведению медицинской документации;

2.3.9 обеспечение получения информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство;

2.3.10 обеспечение возможности вызова медицинских работников к получателям социальных услуг;

2.3.11 обеспечение маршрутизации получателей социальных услуг для

- дезинфицирующих средств и тактики дезинфекции; обращение с отходами);
- соблюдение технологий проведения инвазивных вмешательств;
- обеспечение условий оказания медицинской помощи получателям социальных услуг, требующим изоляции (с инфекциями, передающимися воздушно-капельным путем, особо опасными инфекциями), в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, санитарно-гигиеническими требованиями;
- соблюдение правил гигиены медицинскими работниками, наличие оборудованных мест для мытья и обработки рук;
- профилактика инфекций, связанных с осуществлением медицинской деятельности, у медицинских работников (включая использование индивидуальных средств защиты);
- проведение противоэпидемических мероприятий при возникновении случая инфекции.

2.6 Осуществление мероприятий по безопасному применению медицинских изделий , в том числе:

- применение медицинских изделий в соответствии с технической и (или) эксплуатационной документацией, в соответствии с которой осуществляются производство, изготовление, хранение, транспортировка, монтаж, наладка, применение, эксплуатация, в том числе техническое обслуживание, а также ремонт, утилизация или уничтожение медицинского изделия;
- обучение работников Учреждения применению, эксплуатации медицинских изделий.

2.7 Участие в осуществление мероприятий по организации безопасной среды для получателей социальных услуг и работников учреждения, в том числе:

- проведение мероприятий по снижению риска травматизма, обеспечение защиты от травмирования элементами медицинских изделий;
- оснащение оборудованием для оказания медицинской помощи с учетом особых потребностей получателей социальных услуг;



- наличие и исправность систем жизнеобеспечения (включая резервное электроснабжение);
- соблюдение внутреннего распорядка учреждения;
- обеспечение охраны и безопасности, предотвращение и принятие мер в случаях нападения на медицинских работников, угрозах со стороны получателей социальных услуг или посетителей, в случаях суицида;
- соблюдение мероприятий по обеспечению безопасности при угрозе и возникновении чрезвычайных ситуаций;
- обеспечение беспрепятственного подъезда транспорта для медицинской эвакуации на территорию медицинской организации;
- сбор и анализ информации обо всех случаях нарушения безопасности среды (включая падения получателей социальных услуг);

2.8 Осуществление мероприятий по обеспечению ухода при оказании медицинской помощи, в том числе:

- оценка риска возникновения пролежней;
- проведение мероприятий по профилактике и лечению пролежней;
- анализ информации о случаях пролежней;
- осуществление ухода за дренажами и стомами;
- кормление получателей социальных услуг, включая зондовое питание;

2.9 Обеспечение доступа медицинских работников к информации, содержащей клинические рекомендации, порядки оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи, а также осуществление мероприятий по информированию об опубликовании новых клинических рекомендаций, порядков оказания медицинской помощи и их пересмотре.

### **III. Порядок регистрации и анализа результатов**

3.1. По результатам плановых и целевых (внеплановых) проверок Уполномоченным лицом составляется отчет, включающий в том числе выработку

мероприятий по устранению выявленных нарушений и улучшению деятельности Учреждения и медицинских работников.

3.2. Службой по контролю качества и безопасности медицинской деятельности и (или) Уполномоченным лицом не реже 1 раза в полугодие, а также по итогам года формируется сводный отчет, содержащий информацию о состоянии качества и безопасности медицинской деятельности.

#### **IV. Порядок использования результатов проведения мероприятий внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в целях управления качеством и безопасностью медицинской деятельности в Учреждении.**

4.1. По итогам проведенных мероприятий внутреннего контроля осуществляются:

4.1.1 Разработка предложений по устранению и предупреждению нарушений;

4.1.2 Анализ результатов внутреннего контроля в целях их использования для совершенствования подходов к осуществлению медицинской деятельности.

4.2. Информация, указанная в пунктах 3 и 4 настоящего Положения доводится до сведения сотрудников учреждения путем проведения совещаний, конференций, в том числе клинических разборов.

#### **V. Права и обязанности членов Службы по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности и Уполномоченного лица**

5.1. При проведении плановых и целевых (внеплановых) проверок ответственные лица из числа Службы по внутреннему контролю и (или) Уполномоченное лицо имеют право:

- осуществлять получение, сбор и анализ сведений о деятельности



структурных подразделений учреждения;

- знакомиться с документами, связанными с целями, задачами и предметом внутреннего контроля, в том числе с медицинской документацией, снимать копии с указанных документов, а также производить в необходимых случаях фото- и видеосъемку при осуществлении осмотра и обследования;

- знакомиться с результатами анкетирования и устных опросов получателей социальных услуг, а также результатами анализа жалоб и обращений;

- организовывать проведение необходимых исследований, экспертиз, анализов.

5.2. Ответственные лица из числа Службы по внутреннему контролю и (или) Уполномоченное лицо:

- несут персональную ответственность за достоверность, обоснованность и объективность принимаемых решений в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации

- несут персональную ответственность за принятые решения и негативные последствия таких решений.

**Должностной состав Службы по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУ «Городецкий ПНИ» и его филиалах в с. Воронино и пос. Смиркино.**

Заместитель директора по медицинской части

Врач по лечебной физкультуре

Заведующий общим отделением №5. №2\врач-психиатр

Заведующий общим отделением №3\врач-психиатр

Врач терапевт

Заведующий общим отделением №7, отделением милосердия №1/врач-психиатр

Заведующий общим отделением №6, №4\врач-психиатр

Заведующий отделением для клиентов, переболевших туберкулезом\ врач-психиатр

Врач-невролог

Заведующий отделением Милосердия №2/врач-психиатр

Врач – эпидемиолог

Врач - функциональной диагностики

Врач ультразвуковой диагностики

Заведующий отделением \врач-терапевт филиала в с. Воронино

Заведующий отделением\врач-психиатр филиала в пос. Смиркино



**Должностной состав рабочих групп по направлениям деятельности (при отсутствии сотрудников на рабочем месте исполняют обязанности лица их замещающие) Службы по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУ «Городецкий ПНИ» и его филиалах в с. Воронино и пос. Смиркино:**

**- организация безопасного применения лекарственных препаратов**  
заведующая аптекой, главная медицинская сестра, , в филиалах в с. Воронино и пос. Смиркино - старшие медицинские сёстры);

**-обеспечение эпидемиологической безопасности**( врач-эпидемиолог, главная медицинская сестра, медицинская сестра диетическая, в филиалах в с. Воронино и пос. Смиркино - старшие медицинские сёстры)

**-осуществление мероприятий по безопасному применению медицинских изделий** ( заведующая аптекой, главная медицинская сестра, в филиалах в с. Воронино и пос. Смиркино - старшие медицинские сёстры)

**- участие в осуществление мероприятий по организации безопасной среды для получателей социальных услуг и работников учреждения**  
( заместитель директора по АХЧ, сотрудники АХЧ, старшие медицинские сёстры, в филиалах в с. Воронино и пос. Смиркино - старшие медицинские сестры);

**-осуществление мероприятий по обеспечению ухода при оказании медицинской помощи** (врач – эпидемиолог, главная медицинская сестра, старшие медицинские сестры, в филиалах в с. Воронино и пос. Смиркино - старшие медицинские сестры).

Утверждаю  
Директор ГБУ «Городецкий ПНИ»  
С.Б. Поздняков  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

**Акт проведения внутреннего контроля качества и безопасности  
медицинской деятельности при оказании медико – социальных услуг  
в Государственном бюджетном учреждении  
«Городецкий психоневрологический интернат»  
и его филиалах в с. Воронино и пос. Смиркино**

г. Городец

«\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

В соответствии с приказом директора ГБУ «Городецкий ПНИ» от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ «О проведении внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности при оказании медико – социальных услуг в Государственном бюджетном учреждении «Городецкий психоневрологический интернат» и его филиалах в с. Воронино и пос. Смиркино» проведено контрольное мероприятие контроля качества и безопасности медицинской деятельности .

Вид контрольного мероприятия: плановое\внеплановое

Дата и время начала проверки:

Дата и время окончания проверки:

Состав Службы по внутреннему контролю качества и безопасности медицин-  
ской деятельности при оказании медико – социальных услуг:

---

---

---

---

Наименование проверяемого структурного подразделения

---

ФИО и должность руководителя проверяемого структурного подразделения  
и/или ФИО и должность проверяемого лица



---

---

Перечень проверяемых вопросов

---

---

---

Перечень выявленных нарушений с указанием нормативных документов, требования которых нарушены

---

---

---

---

Заключение по результатам контроля с указанием конкретных лиц, допустивших нарушения, с указанием возможных причин этих нарушений

---

---

---

---

Сроки устранения нарушений

---

Предложения по предотвращению аналогичных нарушений в дальнейшем

---

---

---

---

Акт согласован:

Должность и ФИО членов Службы внутреннего контроля

---

---

---

С Актом ознакомлены:

Должность и ФИО лиц, в отношении которых производилась проверка, которым даны предписания по устранению нарушений, выявленных в ходе проверки.

---

---

---