

ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
**Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центр мониторинга и
клинико-экономической экспертизы» Росздравнадзора**

**Предложения (практические рекомендации) по организации внутреннего контроля
качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации
(поликлинике)**

Москва, 2017

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ СОКРАЩЕНИЯ	4
1. ОРГАНИЗАЦИЯ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ (АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ЗВЕНА)	5
1.1 РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИСПОЛЬЗОВАНИЮ НАСТОЯЩИХ ПРЕДЛОЖЕНИЙ	5
1.2 ИСТОЧНИКИ ИНФОРМАЦИИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ	6
1.3 ТРЕБОВАНИЯ К ДОКУМЕНТАЦИИ ПО СТАНДАРТНЫМ ОПЕРАЦИОННЫМ ПРОЦЕДУРАМ	6
1.4 ТРЕБОВАНИЯ К АЛГОРИТМАМ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	7
1.5 ПРАКТИЧЕСКОЕ ВНЕДРЕНИЕ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ (ПОЛИКЛИНИКЕ)	7
2. ОСНОВНЫЕ РАЗДЕЛЫ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ (ПОЛИКЛИНИКЕ)	10
2.1 УПРАВЛЕНИЕ ПЕРСОНАЛОМ. МЕДИЦИНСКИЕ КАДРЫ. КОМПЕТЕНТНОСТЬ И КОМПЕТЕНЦИИ.	10
2.2 ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ. ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ.	16
2.3 ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ РЕГИСТРАТУРЫ	23
2.4 ИДЕНТИФИКАЦИЯ ЛИЧНОСТИ ПАЦИЕНТА	33
2.5 ОРГАНИЗАЦИЯ ЭКСТРЕННОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ В ПОЛИКЛИНИКЕ.	36
2.6. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ПРИКРЕПЛЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ	42
2.7. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ХРОНИЧЕСКИМИ БОЛЬНЫМИ	54
2.8. СТАЦИОНАРЗАМЕЩАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ (ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА, «СТАЦИОНАРА НА ДОМУ»)	59
2.9 ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. ПЕРЕДАЧА ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА ПАЦИЕНТА.	64
2.10 ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ (ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (ИСМП))	72
2.11 ЛЕКАРСТВЕННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ. ФАРМАКОНАДЗОР	86
2.12 КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ ОБРАЩЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ	96
2.13 БЕЗОПАСНОСТЬ СРЕДЫ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ. ОРГАНИЗАЦИЯ УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ. ПРОФИЛАКТИКА ПРОЛЕЖНЕЙ. ПРОФИЛАКТИКА ПАДЕНИЙ	102
2.14 ХИРУРГИЧЕСКАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ. ПРОФИЛАКТИКА РИСКОВ, СВЯЗАННЫХ С ОПЕРАТИВНЫМИ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМИ	113
2.15 ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ОСНОВАНИИ ДАННЫХ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ. СООТВЕТСТВИЕ КЛИНИЧЕСКИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ (ПРОТОКОЛАМ ЛЕЧЕНИЯ)	117
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	121

ВВЕДЕНИЕ

Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется в соответствии с Федеральным законом № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Ранее были разработаны предложения (практические рекомендации) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации(стационаре). В настоящее время они используются для совершенствования системы внутреннего контроля качества во многих медицинских организациях (стационарах) г. Москвы и в других регионах, например, Томской области, республике Татарстан.

В представленных Рекомендациях содержатся подходы к формированию и функционированию системы внутреннего контроля качества и безопасности в медицинских организациях амбулаторно-поликлинического звена. При разработке использованы следующие принципы: ориентация на пациента, процессный подход, риск-ориентированный подход, непрерывное повышение качества и другие.

В настоящее время именно первичному звену здравоохранения уделяется особое внимание. Акцент реформирования в здравоохранении на амбулаторно-поликлиническое звено поднял вопросы доступности медицинской помощи, было разработано множество мер по организации именно этого аспекта качества медицинской помощи. Внутренний контроль в поликлинике является действенным инструментом управления качеством и безопасностью медицинской деятельности.

Выделены 15 основных направлений для обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности в медицинских организациях амбулаторно-поликлинического звена. По каждому из основных направлений определены показатели (объединённые в группы), которые являются одновременно и целевыми ориентирами для повседневной работы поликлиник, и критериями для их оценки.

Кроме качественных показателей предложены количественные индикаторы, которые могут быть использованы для формирования системы мониторинга качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации.

Рекомендации предназначены для использования руководством медицинских организаций (поликлиник) для создания системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ СОКРАЩЕНИЯ

АБ	Антибиотики
АД	Артериальное давление
АИС	Автоматизированная информационная система
АМП	Антимикробные препараты
АРВ/АРВП	Антиретровирусные препараты/антиретровирусная профилактика
ВИЧ/СПИД	Вирус иммунодефицита человека/Синдром приобретенного иммунодефицита
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ГРЛС	Государственный реестр лекарственных средств
ИБ	История болезни
ИСМП	Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи
ЛП	Лекарственные препараты
ЛС	Лекарственные средства
МВД	Министерство внутренних дел
МИ	Медицинские изделия
МО	Медицинская организация
НД	Нормативная документация
НП	Некоммерческое партнерство "Национальная ассоциация специалистов по контролю инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи"
НАСКИ»	
ЦСО	Центральное стерилизационное отделение
РУ	Регистрационное удостоверение
СанПиН	Санитарные правила и нормы
СЛР	Сердечно-легочная реанимация
СОП	Стандартная операционная процедура
СП	Скорая помощь
ТБД	Трахеобронхиальное дерево
ЦСО	Центральное стерилизационное отделение
ЧДД	Частота дыхательных движений
СОС	Стандарт определения случая
АК	Амбулаторная карта

1. ОРГАНИЗАЦИЯ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ (АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ЗВЕНА)

1.1 РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИСПОЛЬЗОВАНИЮ НАСТОЯЩИХ ПРЕДЛОЖЕНИЙ

Основная информация по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности сформирована в виде таблиц (оценочных листов) и может использоваться для проведения оценки. Каждая таблица включает в себя следующие разделы:

№ группы показателей	Группа показателей	Показатели	Сгруппированные № показателей	Порядок оценки показателя	Отметка о наличии, исполнении и соответствии	Отметка об отсутствии, неисполнении и несоответствии
----------------------	--------------------	------------	-------------------------------	---------------------------	--	--

По каждому из разделов определены основные группы показателей (требования соответствия), комплексная оценка которых дает объективную информацию о состоянии качества и безопасности медицинской деятельности по каждому разделу работы МО. С одной стороны, выбранные показатели достаточно полно отражают процесс, с другой – являются реперными точками оценки этого процесса.

Каждая группа показателей включает в себя показатели медицинской деятельности, которые характеризуют ее качество и безопасность. В столбце «Порядок оценки» описана методика оценки исполнения (наличия, соответствия) показателей.

При подготовке к оценке рекомендуется дополнить оценочные листы столбцами для записи примечаний, а также дополнительными строками в соответствии с рекомендуемым количеством АК/ИБ, которые следует проверить, интервью персонала и пациентов, которые следует провести, наблюдений случаев оказания медицинской помощи.

Настоящие Рекомендации предназначены, в первую очередь, для внедрения внутреннего контроля в поликлинике (любого уровня). Перед оценкой необходимо из оценочных листов исключить те показатели, которые являются неприменимыми для конкретной МО из-за ее специфики.

В Рекомендациях используется два вида показателей. Помимо качественных, оценивающих ресурсы и процессы медицинской деятельности, предлагается использовать количественные показатели и нормативы, оценивающие исходы (результаты). Данный вид показателей важен для оценки эффективности работы МО, а также для сравнения различных МО или регионов между собой.

Показатели оцениваются при помощи ответов: «да» (наличие, соответствие, исполнение и т.д.) или «нет» (отсутствие, несоответствие, неисполнение, неправильное исполнение, неполное и т.д.).

Каждый показатель оценивается отдельно, затем проводится общий расчет по разделу в процентах в целом по МО. Градация оценок в общем по всем разделам:

- Выше 80% – система обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности в МО эффективна, требует контроля и минимальных улучшений.
- 75% - 80% (по каждому из разделов в отдельности) - система в целом эффективна, требуются корректировки по отдельным разделам работы.
- Уровень 75% и ниже - система неэффективна, выявлены значительные нарушения в большинстве разделов работы МО, требуются существенные изменения.

1.2 ИСТОЧНИКИ ИНФОРМАЦИИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ

Для повышения объективности необходимо использовать несколько источников информации, дополняющих друг друга. Весомость каждого источника информации определяется конкретными обстоятельствами, но, скорее всего, мнение пациентов будет наиболее значимым (если они обладают информацией по оцениваемому показателю).

В большинстве случаев рекомендуется использовать четыре источника информации:

1. Документация:

- нормативная - приказы главного врача, должностные инструкции, протоколы/алгоритмы, инструкции и т.д.;
- медицинская – истории болезни, амбулаторные карты, учетно-отчетные статистические формы и т.д.;

2. Персонал, знания и мнение которого можно проверить путем опроса, тестирования.

3. Пациенты и члены их семей, сопровождающие, которые могут быть опрошены устно (интервью по заранее составленной форме) или письменно (анкетирование).

4. Прямое наблюдение за процессами медицинской деятельности.

1.3 ТРЕБОВАНИЯ К ДОКУМЕНТАЦИИ ПО СТАНДАРТНЫМ ОПЕРАЦИОННЫМ ПРОЦЕДУРАМ

Для внедрения внутреннего контроля и управления качеством необходима разработка несколько типов документов МО:

- 1) стандартные операционные процедуры;
- 2) клинические протоколы;
- 3) алгоритмы

Стандартные операционные процедуры (далее - СОПы) - документально оформленные инструкции по выполнению рабочих процедур или формализованные алгоритмы выполнения действий, исполнения требований стандартов медицинской помощи.¹

Актуальность разработки СОПов обусловлена необходимостью рационального выбора и применения адекватных (эффективных, безопасных и экономически приемлемых, основанных на данных доказательной медицины) медицинских технологий. СОПы необходимы для оценки качества медицинской помощи, а также для защиты прав пациента и врача при разрешении спорных вопросов.

¹ А.И. Вялков, П.А. Воробьев, и соавт., Стандартные операционные процедуры (СОПы) как один из элементов управления качеством медицинской помощи, «Проблемы стандартизации в здравоохранении», выпуск № 7, 2005

В каждом СОПе должно быть указано: цель разработки, необходимые ресурсы и технологии для его выполнения, ожидаемые результаты (промежуточные и окончательные) внедрения СОПа и критерии оценки соблюдения требований СОПа. Каждый СОП должен содержать ответы на 3 вопроса:

- 1) Кто участвует в реализации, выполняет его требования и какие ресурсы необходимы для его реализации?
- 2) Где, в каком подразделении МО следует выполнять требования СОПа?
- 3) Сколько времени потребуется на выполнение требований СОПа?

СОПы должны быть краткими, четкими, конкретными. Оптимальная форма – в виде таблиц или схем и алгоритмов с минимальным объемом текстовой части.

При разработке СОПов следует учитывать принцип приоритетности. Возможно, первоочередными СОПами должны стать алгоритмы проведения процедур, связанных с повышенным риском, например, инвазивных манипуляций (внутримышечные инъекции, внутривенные инъекции, катетеризация мочевого пузыря, и т.п.), алгоритмы оказания неотложной помощи и т.д.

1.4 ТРЕБОВАНИЯ К АЛГОРИТМАМ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Важной составляющей внутреннего контроля является внедрение разработанных в самой МО алгоритмов ведения больных при определенных состояниях. Алгоритмы представляют собой четкий перечень действий персонала в конкретной ситуации (например, при оказании первичной помощи при шоке, остром коронарном синдроме и т.д.).

Основа для разработки алгоритмов МО – документы Минздрава России, прежде всего, клинические рекомендации (протоколы лечения), порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи. Необходимость разработки алгоритмов МО обусловлена целью: обеспечить права граждан на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества. Алгоритмы разрабатывают многопрофильные рабочие группы, включающие врачей и средний медперсонал, строго опираясь на данные доказательной медицины. Затем алгоритмы оказания медицинской помощи в МО утверждаются на общем собрании коллектива.

Алгоритмы должны регулярно пересматриваться, обычно 1 раз в 1 год или по мере поступления информации, требующей внесения изменений.

Все вновь принятые на работу сотрудники должны, прежде чем они будут допущены до самостоятельной практики в МО, пройти обучение и сдать зачет на знания алгоритмов.

1.5 ПРАКТИЧЕСКОЕ ВНЕДРЕНИЕ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ (ПОЛИКЛИНИКЕ)

Работа по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности начинается с определения основных направлений деятельности, а также целей и задач, от которых напрямую зависит качество и безопасность медицинской деятельности. Целевые показатели (индикаторы) достижения результатов необходимы, их роль значима. Рекомендуется следующая последовательность действий:

- Обозначение целей и задач по каждому направлению;

- Планирование и реализация необходимых мероприятий для достижения (решения) поставленных целей и задач;
- Определение направлений работы по обеспечению и контролю качества и безопасности медицинской деятельности;
- Определение показателей (индикаторов, критериев) достижения поставленных целей и задач;
- Определение механизма контроля.

Базовый перечень направлений внутреннего контроля может быть таким:

1. Лекарственная безопасность. Фармаконадзор;
2. Контроль качества и безопасности обращения медицинских изделий;
3. Хирургическая безопасность. Профилактика рисков, связанных с оперативными вмешательствами;
4. Безопасность среды в медицинской организации. Организация ухода за пациентами, профилактика пролежней и падений;
5. Эпидемиологическая безопасность. Профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи;
6. Преимущество организации медицинской помощи. Передача ответственности за пациента.
7. Организация экстренной и неотложной помощи.
8. Идентификация личности пациентов;
9. Система управления персоналом. Медицинские кадры. Компетентность и компетенции;
10. Организация оказания медицинской помощи на основании данных доказательной медицины в соответствии с клиническими рекомендациям (протоколами лечения).
11. Организация работы регистратуры
12. Стационарзамещающие технологии (Организация работы дневного стационара, «стационара на дому»)
13. Диспансеризация прикрепленного населения
14. Диспансерное наблюдение за хроническими больными
15. Организация профилактической работы. Формирование здорового образа жизни среди населения.

Указанные направления могут быть дополнены в каждой МО с учетом специфики и особенностей ее деятельности, а также в процессе совершенствования работы по внутреннему контролю. Сокращение перечня также возможно, но нежелательно, особенно в начале работы.

Рекомендации по реализации указанных выше направлений могут быть следующие:

1. Врачебная комиссия, в соответствии с Порядком, может сама своим основным составом обеспечивать необходимую работу по всем указанным выше 15 направлениям, определив конкретных ответственных лиц по каждому направлению.
2. Работа по внедрению системы может быть сконцентрирована в специально созданной подкомиссии по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности, также с закреплением ответственных по каждому направлению.
3. С учетом специфики и особенностей медицинской организации, возможно, как распределение указанных выше направлений по уже действующим подкомиссиям, так

и создание новых подкомиссий по наиболее актуальным для медицинской организации задачам.

Важно то, что все представленные выше направления внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности не могут эффективно реализовываться без активного участия среднего медицинского персонала. Причем по некоторым направлениям, например, по обеспечению безопасности среды в медицинской организации, организации ухода за пациентами, профилактике пролежней и падений, роль среднего медицинского персонала представляется ведущей. В этой связи для организации необходимой работы целесообразно приказом руководителя медицинской организации создать соответствующие комиссии (или постоянно действующие рабочие группы), например, по организации сестринского ухода, из числа среднего медицинского персонала для работы по указанным 15 направлениям. При этом при регламентации работы таких комиссий (групп) на уровне медицинской организации необходимо учесть три важных фактора:

- четко указать полномочия;
- определить ответственных лиц за организацию работы;
- обеспечить регулярное заслушивание руководителей комиссий (групп) средних медицинских работников на врачебной комиссии с целью обеспечения необходимой координации и преемственности по тому или иному направлению деятельности.

2. ОСНОВНЫЕ РАЗДЕЛЫ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ (ПОЛИКЛИНИКЕ)

2.1 УПРАВЛЕНИЕ ПЕРСОНАЛОМ. МЕДИЦИНСКИЕ КАДРЫ. КОМПЕТЕНТНОСТЬ И КОМПЕТЕНЦИИ.

Качество и безопасность медицинской деятельности во многом зависит от слаженной работы хорошо подготовленных медицинских работников. Штатные расписания для МО различного профиля определены порядками оказания медицинской помощи. Задача руководителя – наиболее эффективно использовать кадровый потенциал организации, иными словами, управлять персоналом.

Управление персоналом - область знаний и практической деятельности, направленная на обеспечение организации качественно подготовленным персоналом, способным выполнять возложенные на него трудовые функции и оптимальное его использование. Основными компонентами системы управления персоналом являются:

- Подбор и адаптация персонала;
- Оперативная работа с персоналом (включая обучение и развитие);
- Оперативная оценка персонала;
- Организация труда, управление деловыми коммуникациями, использование системы мотивации (включая использование материальных и нематериальных стимулов);
- Стратегическая работа с персоналом (включая подготовку резерва руководителей).

Обеспечение качества и безопасности медицинской деятельности зависит от степени участия всего персонала: от медицинской сестры до главного врача, от умения работать в команде, причем мультидисциплинарной. Требуются не только высокая квалификация и исполнительская дисциплина работников, но и их творческое участие в работе МО, а также участие в процессе принятия управленческих решений.

Профессиональная компетенция определяется как наличие профессиональных знаний, умений и навыков, необходимых для оказания медицинской помощи, умение их применить в конкретной ситуации, в том числе при использовании в работе клинических

протоколов и алгоритмов выполнения манипуляций. Важны профессионально значимые личностные качества: честность, ответственность дисциплинированность, аккуратность.

В комплексном процессе управления персоналом в соответствии с компетенциями обычно используют несколько последовательно реализуемых практик:

1. Определение базовых компетенций - тех, которыми должны обладать абсолютно все сотрудники (например, хорошие коммуникативные навыки).

2. Определение специализированных компетенций – тех, которые необходимы для работы на конкретных должностях или для выполнения определенных обязанностей.

3. Разработка профилей компетенций – перечня базовых и специализированных компетенций, которыми должен обладать сотрудник, работающий на конкретной должности или в определенном подразделении.

4. Согласование уровней овладения компетенциями для разных категорий сотрудников (например, в соответствии с квалификационными категориями медицинского персонала), а также правила перехода на новый уровень.

Важно, чтобы разработки медицинской организации по компетенциям персонала были доведены до сведения всех сотрудников. В дальнейшем модель и профили компетенций могут быть применены для оценки эффективности работы персонала.

№	Группы показателей	Показатели	№	Порядок оценки показателей	Да	Нет		
1.1	Управление персоналом	Наличие приказов главного врача по вопросам управления персоналом	1.1.1	Проверить наличие приказов главного врача по вопросам:				
			1.1.2	Организация обучения персонала				
			1.1.3	Организация обучения руководителей структурных подразделений, заместителей руководителей				
			1.1.4	План по формированию и развитию кадрового потенциала МО/кадрового резерва руководителей подразделений МО/кадрового резерва руководителей подразделений МО				
			1.1.5	Социально-психологическое управление персоналом, включая программы адаптации новых сотрудников, молодых специалистов, мотивации и т.д.				
			1.1.6	Организация оценки персонала				
		* ** разделы 1.2.и 1.3 не влияют на конечную оценку по разделу, но имеют значение при разработке рекомендаций для МО		Регулярный аудит управления персоналом	1.1.7	Проверить наличие отчетов о результатах аудитов/регулярность проведения (не реже 1 раза в полгода)		
				1.1.8	Проверить наличие планов по устранению недостатков с указанием ответственных и сроков			
1.2*	Соответствие укомплектованности рекомендованным штатным нормативам	Соответствие штатов рекомендованным штатным нормативам по подразделениям: <ul style="list-style-type: none"> укомплектованность по подразделениям по категориям работников коэффициент замещения (внештатных и штатных сотрудников) 	1.2.1	Сотрудникам отдела кадров подготовить в табличном варианте сведения в соответствии с запрашиваемыми характеристиками, оценить соответствие штатов рекомендованным в зависимости от профиля МО				
1.3**	Уровень квалификации сотрудников, возрастной состав	Возрастной состав сотрудников, доля сотрудников предпенсионного и пенсионного возраста	1.3.1	Оценить возрастной состав сотрудников, определив доли сотрудников предпенсионного и пенсионного возраста, молодых сотрудников (до 3-х лет стажа)				
		Квалификация сотрудников	1.3.2	Оценить квалификацию сотрудников (распределение по квалификационным категориям), отдельно по подразделениям, 1.2.2. врачебному и сестринскому персоналу,				
		Наличие сотрудников, имеющих научную степень, участвующих в научных	1.3.3	Сотрудники, имеющие научную степень, участвующие в научных исследованиях, преподающие в учебных заведениях (средних специальных и высших)				

Количественные показатели	Норматив
Текущая текучесть кадров	<5% за год
Охват персонала обучением	100%

2.2 ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ. ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ.

Основными нормативными документами, определяющими меры медицинской профилактики в амбулаторно-поликлиническом звене, являются:

Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ:

Статья 12. Приоритет профилактики в сфере охраны здоровья. Приоритет профилактики в сфере охраны здоровья обеспечивается путем:

1) разработки и реализации программ формирования здорового образа жизни, в том числе программ снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств, и психотропных веществ;

2) осуществления санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий;

3) осуществления мероприятий по предупреждению и раннему выявлению заболеваний, в том числе предупреждению социально значимых заболеваний и борьбе с ними;(в ред. Федерального закона от 22.10.2014 N 314-ФЗ)

4) проведения профилактических и иных медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения в соответствии с законодательством Российской Федерации;

5) осуществления мероприятий по сохранению жизни и здоровья граждан в процессе их обучения и трудовой деятельности в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Статья 30. Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни

1) Профилактика инфекционных заболеваний осуществляется органами государственной власти, органами местного самоуправления, работодателями, медицинскими организациями, общественными объединениями путем разработки и реализации системы правовых, экономических и социальных мер, направленных на предупреждение возникновения, распространения и раннее выявление таких заболеваний, в том числе в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, программы иммунопрофилактики инфекционных болезней в соответствии с национальным календарем профилактических прививок и календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям.

2) Профилактика неинфекционных заболеваний осуществляется на популяционном, групповом и индивидуальном уровнях органами государственной власти, органами местного самоуправления, работодателями, медицинскими организациями, образовательными организациями и физкультурно-спортивными организациями, общественными объединениями путем разработки и реализации системы правовых, экономических и социальных мер, направленных на предупреждение возникновения, распространения и раннее выявление таких заболеваний, а также на снижение риска их развития, предупреждение и устранение отрицательного воздействия на здоровье факторов внутренней и внешней среды, формирование здорового образа жизни.

3) Формирование здорового образа жизни у граждан начиная с детского возраста обеспечивается путем проведения мероприятий, направленных на информирование граждан о факторах риска для их здоровья, формирование мотивации к ведению здорового образа жизни и создание условий для ведения здорового образа жизни, в том числе для занятий физической культурой и спортом.

Основные нормативные документы:

- Порядок организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях устанавливается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти (часть 4 введена Федеральным законом от 25.11.2013 N 317-ФЗ)
- Приказ Минздравсоцразвития России № 302н от 10.06.2009 “О мерах по реализации постановления Правительства Российской Федерации № 413 от 18.05.2009 «О финансовом обеспечении в 2009 г. за счет ассигнований федерального бюджета мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака»”.
- Приказ Минздравсоцразвития России № 418 от 08.07.2009 “О рабочей группе Минздравсоцразвития России по нормативно-методическому обеспечению реализации мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака”.
- Приказ Минздравсоцразвития России №597н от 19.08.2009 (с поправками от 30.09.2005 г.) “Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака”
- Постановление Правительства РФ № 1157 от 31.12.2009 “О финансовом обеспечении в 2010 г. мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака”
- Приказ от 21.03.2014 г. № 125н «об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям».

	Группа показателей	Показатели	№	Порядок оценки	Да	Нет	
2.1	Организация работы профилактического отделения, мероприятий по формированию здорового образа жизни	Наличие приказов главного врача по организации профилактического отделения, организации мероприятий по формированию здорового образа жизни	2.1.1	Проверить наличие региональных приказов			
				Проверить наличие приказов главного врача на темы:			
			2.1.2	Организация системы по формированию здорового образа жизни у пациентов			
			Наличие приказов о проведении вакцинации	2.1.3	Организация работы отделения/кабинета медицинской профилактики, включая: - организация «школ здоровья»; - организация Центра здоровья; - организация кабинета вакцинопрофилактики.		
		2.1.4		Организация работы Центра медицинской профилактики (если применимо)			
			Наличие ответственных и комиссии по организации мероприятий по формированию здорового образа жизни	2.1.5	Организация проведения вакцинации, включая: - наличие национального календаря от текущего года; - наличие национального календаря от текущего года по эпидемиологическим показаниям; - положение о маршрутизации вакцинации; - наличие плана мероприятий МО вовлечения прикрепленного населения к проведению вакцинации на текущий год.		
		2.1.6		Наличие рабочей группы по организации мероприятий по формированию здорового образа жизни с указанием ответственных			
	Проведение регулярного аудита мероприятий профилактики хронических неинфекционных заболеваний	2.1.7	Проверить наличие отчетов о результатах аудитов/регулярность проведения организации и осуществления профилактики хронических неинфекционных заболеваний Проверить наличие планов по устранению недостатков/ответственные/сроки				

2.2	Организация работы «Центра здоровья»	Наличие алгоритмов работы «Центра здоровья»	2.2.1	Наличие алгоритмов работы Центра здоровья по профилактике хронических неинфекционных заболеваний, формированию здорового образа жизни пациентов		
		Наличие системы информирования персонала	2.2.2	Оценить знания не менее 5 сотрудников разных подразделений на предмет наличия знаний о порядке направлений пациентов, специфике работы Центра здоровья		
			2.2.3	Оценить знания сотрудников «Центра здоровья» об алгоритмах работы, задачах и целях деятельности «Центра здоровья»		
		Наличие системы информирования населения о работе Центра Здоровья	2.2.4	Оценить навыки сотрудников «Центра здоровья» по работе с медицинским оборудованием, попросив подготовить их к работе, методом прямого наблюдения оценить использование оборудования		
			2.2.5	Оценить методом прямого наблюдения консультирование пациентов по формированию здорового образа жизни, профилактике обострений хронических заболеваний		
			2.2.6	Проверить наличие информационных материалов для пациентов по вопросам работы «Центров здоровья» во всех подразделениях МО, оценить их качество, в том числе соответствие клиническим рекомендациям		
			2.2.7	Оценить качество информирования пациентов, опросить не менее 10 пациентов, о работе Центра здоровья, о проведенных обследованиях и данных рекомендаций		
2.3	Организация работы по профилактике неинфекционных заболеваний	Наличие алгоритмов работы по профилактике неинфекционных заболеваний	2.3.1	Наличие плана мероприятий по профилактике неинфекционных мероприятий. Оценить знания персонала из разных подразделений о плане, опросить не менее 5 сотрудников из разных подразделений		
		Наличие оборудования	2.3.2	Наличие оборудования согласно стандартам оснащения кабинета/отделения медицинской профилактики		

	Наличие алгоритмов консультирования пациентов	2.3.3	Проверить не менее 10 АК на предмет полноты обследований.		
		2.3.4	Наличие алгоритмов консультирования пациентов, включая темы: - ЗОЖ; - профилактика неинфекционных заболеваний; - другие.		
		2.3.5	Оценить знания алгоритмов консультирования пациентов, опросить не менее 5 сотрудников отделения медицинской профилактики/центра медицинской профилактики, в том числе: - о проведении первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний (инфарктов, инсультов); - заболеваний, эпидемических значимых в конкретный период времени; - методик по формированию здорового образа жизни, опросить не менее 5 сотрудников из различных подразделений; - другие.		
	Наличие знаний персонала об алгоритмах консультирования пациентов	2.3.6	Оценить методом прямого наблюдения консультирование пациентов по формированию здорового образа жизни, профилактике обострений хронических заболеваний, не менее 3-х случаев		
		2.3.7	Оценить качество информирования пациентов на предмет медицинской профилактики, формирования здорового образа жизни, опросить не менее 10 пациентов на предмет полученных знаний		
		2.3.8	Проверить наличие информационных материалов для пациентов по вопросам профилактики хронических заболеваний во всех подразделениях МО, оценить их качество, в том числе соответствие клиническим рекомендациям, стандартам		
		2.3.9	Наличие планов обучения пациентов, графиков проведения, журналов обучения «школы пациентов»		
	Информирование пациентов методом профилактики неинфекционных заболеваний, здорового образа жизни				
Организация работы «школы пациентов»					

			2.3.10	Оценить наличие условий проведения «школы пациентов» на предмет удобств проведения, наличия расписания, наличия наглядной информацией, необходимой в процессе обучения		
			2.3.11	Оценить работу «школы пациента» методом прямого наблюдения, объем и полноту оказываемых информационных и консультативных услуг, или попросив персонал продемонстрировать методики проведения «школы пациентов»		
			2.3.12	Проверить не менее 10 АК, на предмет рекомендаций по формированию здорового образа жизни, профилактике заболеваний		
2.4	Организация проведения вакцино-профилактики	Наличие национальных календарей прививок	2.4.1	Проверить наличие в кабинетах доврачебного приема, вакцинопрофилактики, у участковых врачей, в отделении профилактики и т.д.: - национального календаря прививок на текущий год; - наличие национального календаря от текущего года по эпидемиологическим показаниям.		
		Наличие поименных списков пациентов, подлежащих вакцинации на участке	2.4.2	Проверить наличие списков пациентов, подлежащих вакцинации в текущем календарном году, не менее, чем на 2-х терапевтических участках		
			2.4.3	Проверить: -наличие плана/ алгоритма проведения вакцинации; -наличие алгоритмов информирования пациентов.		
		Наличие плана/алгоритма проведения вакцинации, информирования пациентов	2.4.4	Наличие плана обучения/информирования персонала о проведении вакцинации.		
		Обучение/информирование персонала	2.4.5	Опросить не менее 5 сотрудников разных подразделений на предмет знаний алгоритма проведения вакцинации, возможных побочных реакциях		
			2.4.6	Оценить знания персонала алгоритмов информирования пациентов о вакцинации, опросить не менее 5 сотрудников из разных подразделений МО		
		Наличие информированного добровольного согласия пациентов	2.4.7	Проверить наличие информированного добровольного согласия не менее, чем в 10 АК		

		Наличие информационных материалов о вакцинации	2.4.8	Проверить наличие информационных материалов (буклеты, постеры) для пациентов по вопросам вакцинации во всех подразделениях МО, оценить их качество, в том числе соответствие рекомендациям, порядка проведения согласно приказу		
		Информирование пациентов о проведении вакцинации	2.4.9	Оценить качество информирования пациентов, опросить не менее 10 пациентов/их законных представителей на предмет информирования их персоналом о целях, порядке проведения вакцинации, в том числе о возможных побочных реакциях		

2.3 ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ РЕГИСТРАТУРЫ

Организация деятельности регистратуры является важным элементом системы оказания медицинской помощи в амбулаторно-поликлинической сети.

Предоставление амбулаторно-поликлинической помощи зависит в немалой степени от оптимальной и рациональной организации регистратуры.

Основная цель деятельности регистратуры - максимально упростить взаимодействие пациента с медицинской организацией.

Основная нагрузка при обращении пациентов в медицинскую организацию приходится на работников регистратуры. Для эффективного оказания медицинской помощи, обеспечения доступности необходимы четко разработанные алгоритмы действий, проработанные алгоритмы маршрутизации потоков пациентов. Важно обеспечить удобство, ясность информации пациентам для комфортных условий пребывания.

В настоящее время разработаны новые требования для работы регистратуры или подразделений, выполняющих функции регистратуры во всех регионах. Однако, практика указывает на необходимость дальнейшего совершенствования и разработки критериев внутреннего контроля организации деятельности регистратуры.

В данных рекомендациях указываются функционально похожие подразделения, которые в разных регионах могут иметь иные названия, например, «стойка информации» - «фронт - офис», «контакт-центр» - «call-центр» и т.д.

Основными нормативными документами, определяющими деятельность регистратуры при оказании медицинской помощи, являются:

- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 22 ноября 2004 г. N 255 "О порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг" (с изменениями и дополнениями)
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15 мая 2012 г. N 543н
- "Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению"
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 16 апреля 2012 г. N 366н "Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи".

Во многих регионах Российской Федерации в течение последних лет разработаны собственные программы по совершенствованию работы регистратуры, например, в г. Москве, Республике Татарстан, Томской области и др.

Примеры нормативных документов Департамента здравоохранения г. Москвы:

- Приказ от 06.04.2016 г. № 293 «Об утверждении Методических рекомендаций по реализации мероприятий «Московский стандарт поликлиники» и критериев оценки устойчивости его внедрения»
- Приказ № 200 от 13.03.2015 г. «Об организации деятельности дежурного врача в МО государственной системы здравоохранения г. Москвы, оказывающих первичную медико-санитарную помощь»
- Приказ № 872 от 26.10.2016 года «Об утверждении Методических рекомендаций по реализации мероприятий «Московский стандарт детской поликлиники» и критериев оценки устойчивости его внедрения»

№	Группа показателей	Показатели	№	Порядок оценки	Да	Нет
3.1	Организация работы регистратуры	Наличие приказов главного врача по организации работы регистратуры в МО Наличие ответственных за организацию работы регистратуры Наличие рабочей группы по разработке и регулярному обновлению алгоритмов МО по организации работы регистратуры		Проверить наличие приказов главного врача:		
			3.1.1	Организация работы регистратуры, включая единое положение об организации деятельности структурных подразделений регистратуры с приложениями (включая деятельность «стойки информации» / «фронт-офиса», «картохранилища», контакт-центра/ «call-центра»), и др., с указанием ответственных		
			3.1..2	Организация процесса управления потоком пациентов (маршрутизация пациентов)		
			3.1.3	Положение о работе дежурного администратора/заведующей регистратуры/старшего регистратора		
			3.1.4	Наличие инструкций/положения о взаимодействии работы регистратуры с кабинетом (отделением) неотложной помощи/ кабинетом дежурного врача		
			3.1.5	Организация работы кабинета доврачебного приема, включая должностную инструкцию медицинской сестры доврачебного кабинета		
			3.1.6	Организация работы «кабинета выдачи справок и направлений» (по применимости, например, для детских поликлиник)		
			3.1.7	Порядок систематизированного хранения медицинской документации и доставки первичной медицинской документации в кабинеты приема врачей-специалистов/врачей-терапевтов, врачей-педиатров		
			3.1.8	Порядок прикрепления пациентов к медицинской организации		
			3.1.9	Порядок предварительной записи больных на прием к врачу		
			3.1.10	Порядок оформления листков (справок) временной нетрудоспособности, их учета и регистрации		
			3.1.11	Порядок приема и регистрации вызовов на дому		
3.1.12	Порядок взаимодействия сотрудников регистратуры с пациентами, включая порядок действий в случае					

№	Группа показателей	Показатели	№	Порядок оценки	Да	Нет
				конфликтных ситуаций		
			3.1.13	Положение о рабочей группе/группах, порядок разработки и обновления алгоритмов МО		
		Проведение регулярного аудита работы регистратуры/медицинского поста/кабинета выдачи направлений и справок/кабинета дежурного врача	3.1.14	Проверить наличие отчетов о результатах аудитов/регулярность проведения, наличие планов по устранению недостатков/ответственные/сроки		
3.2	Управление потоками пациентов	Наличие алгоритмов МО регулирования потоками пациентов		Проверить наличие алгоритмов в МО:		
			3.2.1	Алгоритм первичного обращения пациента в МО		
			3.2.2	Распределение потоков пациентов, требующих оказания плановой и неотложной/экстренной медицинской помощи, включая критерии для направления пациентов: <ul style="list-style-type: none"> • к участковому врачу-терапевту/педиатру, врачу общей(семейной) практики; • к врачу-специалисту, к которому разрешена самозапись; • в кабинет (отделение) неотложной помощи/ в кабинет к дежурному врачу; • в «доврачебный кабинет»/ на медицинский пост; • отделение медицинской профилактики, включая: Центр здоровья, кабинет вакцинопрофилактики; • «кабинет здорового ребенка» (применимо к ДГП); • «кабинет выдачи справок и направлений» (применимо к ДГП); • диспансеризация, профилактические и периодические осмотры • в другие МО 		
		Наличие алгоритмов маршрутизации пациентов в	3.2.3	Проверить наличие алгоритмов маршрутизации пациентов в период эпидемий гриппа/ОРВИ, других инфекционных заболеваний		

№	Группа показателей	Показатели	№	Порядок оценки	Да	Нет
		особых случаях (например, эпидемиях инфекционных заболеваний) Наличие порядка (алгоритмов) записи и отмены записи пациентов на прием	3.2.4	Наличие алгоритмов предварительной записи на прием к врачам при обращении пациентов: <ul style="list-style-type: none"> • при непосредственном обращении в поликлинику; • по телефону; • через медицинскую информационную систему 		
			3.2.5	Наличие алгоритма уведомления пациента об отмене приема по инициативе МО		
		Организация работы контакт-центра/ «call - центра» *	3.2.6	Наличие алгоритмов работы сотрудников регистратуры (контакт-центра/ «call-центра»), осуществляющих прием звонков: <ul style="list-style-type: none"> • первичная сортировка (вызов врача или фельдшера, направление на прием к врачу); • оформление и передача вызовов в кабинет/отделение неотложной помощи; участковому врачу; • маршрутизация в другие учреждения; • сбор информации о пациенте 		
			3.2.7	Оценить знания персонала регистратуры (включая сотрудников контакт-центра/ «call - центра» *, опросить не менее 5 сотрудников, на предмет знания алгоритмов, включая: <ul style="list-style-type: none"> • обращение пациентов (при личном обращении, по телефону); • маршрутизация пациентов; • критерии для направления пациентов в разные структурные подразделения внутри МО; • работы в информационной системе 		

№	Группа показателей	Показатели	№	Порядок оценки	Да	Нет
		Наличие обучения персонала управлению потоками пациентов, информированию пациентов	3.2.8	Оценить методом прямого наблюдения систему предоставления информации и управления потоками пациентов: <ul style="list-style-type: none"> • при личном обращении пациентов; • по телефону; • при необходимости использования информационной системы. 		
			3.2.9	Оценить проведение обучения персонала, проверить наличие планов, журналов обучения (100 % охват) и т.д.		
		Проведение регулярного аудита работы регистратуры	3.2.10	Проверить наличие отчетов, регулярность проведения аудитов работы регистратуры, проверить наличие планов по устранению недостатков		
3.3	Медицинская информационная система	Наличие программного обеспечения Наличие необходимого оборудования (рабочих мест – АРМ) в расчетном количестве Наличие технической поддержки, включая регулярность планового обслуживания и помощь при сбоях в работе системы	3.3.1	Проверить наличие информационной системы, позволяющей проводить, в том числе запись к врачу, дневников наблюдения, выписку ЛП, выписку листков нетрудоспособности		
			3.3.2	Проверить наличие оборудования в расчетных количествах, проверить исправность на не менее 5-ти АРМ в разных подразделениях МО		
			3.3.3	Проверить наличие договора с организациями, обеспечивающими техническое сопровождение,		
		3.3.4	Проверить наличие алгоритма взаимодействия в случае сбоев в работе информационной системы, оценить эффективность, включая скорость оказания технической помощи			
		3.3.5	Проверить наличие инструкции/памятки работы в информационной системе			
		3.3.6	Оценить программы обучения работы в информационной системе, включая наличие договоров на обучение со сторонними организациями, планов/ журналов обучения (100% охват)			
		Наличие инструкций для медицинских работников работы в МИС Обучение медицинских сотрудников работе в МИС				

№	Группа показателей	Показатели	№	Порядок оценки	Да	Нет
			3.3.7	Оценить знания и навыки персонала работы в МИС, опросить не менее 5 сотрудников из различных подразделений		
3.4	Информирование пациентов с целью получения информации работе МО, медицинских услугах, оказываемых в данной МО и других МО региона	Наличие информационных материалов для пациентов	3.4.1	Проверить наличие информационных материалов об оказываемых медицинских услугах для пациентов в различных подразделениях, включая: информационные стенды, постеры, брошюры и др.		
			3.4.2	Проверить наличие информационных материалов, в том числе наглядных об организации работы МО, включая графики работы, часы приема администрации, регистратуры, кабинета неотложной помощи/кабинета дежурного врача, «медицинского поста» и др.		
			3.4.3	Оценить удобство, простоту и эффективность системы навигации в МО (указателей/ «меток» расположения подразделений регистратуры и др. подразделений), опросить не менее 5-ти пациентов		
3.5	Учет, хранение, оформление медицинской документации	Наличие алгоритмов учета, хранения, оформления медицинской документации в бумажном и электронном видах	3.5.1.	Проверить наличие алгоритмов хранения, оформления и учета, медицинской документации (АК)		
			3.5.2	Оценить знания персонала алгоритмов по учету, хранению, оформлению медицинской документации, опросить не менее 2-х сотрудников регистратуры		
			3.5.3	Оценить методом прямого наблюдения процесс учета, систему хранения, процесс оформления медицинской документации, не менее 5-ти случаев		
			3.5.4	Проверить не менее 10 АК на предмет качества и полноты оформления медицинской документации персоналом регистратуры		
		Наличие алгоритмов				

№	Группа показателей	Показатели	№	Порядок оценки	Да	Нет
		«движения» амбулаторных карт внутри МО	3.5.5	Оценить знания персонала алгоритмов «движения» АК внутри МО (подбор и доставку АК на прием к врачам, возврат АК в картохранилище /регистратуру), опросить не менее 2-х сотрудников регистратуры		
			3.5.6	Оценить методом прямого наблюдения процесс «движения» амбулаторных карт, не менее 5-ти случаев		
3.6.	Оформление медицинской документации, включая листки временной нетрудоспособности, справки и др.	Наличие алгоритма оформления листков (справок) временной нетрудоспособности, их учета и регистрации по установленной форме	3.6.1	Проверить наличие алгоритмов оформления листков нетрудоспособности, журналов учета и регистрации формы 035/у, 036/у, 086-2/у		
		Информирование/обучение персонала	3.6.2	Оценить знания персонала о порядке оформления листков временной нетрудоспособности, их учета и регистрации по установленной форме, опросить не менее 2-х сотрудников регистратуры		
		Наличие алгоритмов оформления справок и другой медицинской документации	3.6.3	Проверить наличие алгоритмов оформления справок и иной медицинской документации		
			3.6.4	Оценить знания персонала о порядке оформления (заверения) справок, заключений и другой медицинской документации, опросить не менее 2-х сотрудников регистратуры и 2-х медсестёр других подразделений		
			3.6.5	Оценить методом прямого наблюдения процесс оформления листков временной нетрудоспособности, их регистрации по установленной форме, справок и иной медицинской документации медицинскими регистраторами		

№	Группа показателей	Показатели	№	Порядок оценки	Да	Нет
3.7.	Организация работы кабинета дежурного врача, кабинета (отделения) неотложной помощи	Рациональность расположения кабинета неотложной помощи/ кабинета дежурного врача.	3.7.1	Оценить рациональность расположения, в том числе: <ul style="list-style-type: none"> • расположение на 1 этаже; • система навигации (метки/указатели расположения); • с другими кабинетами (расположение на значительном удалении от кабинетов: кабинета профилактики, кабинетов «Здорового пациента») 		
		Наличие алгоритмов работы кабинета неотложной помощи/кабинета дежурного врача	3.7.2	Проверить наличие алгоритмов направления к дежурному врачу/в кабинет (отделение) неотложной помощи		
		Наличие знаний медицинского персонала о работе кабинета неотложной помощи/дежурного врача	3.7.3	Оценить знания медицинского персонала, опросить не менее 5 сотрудников (включая регистраторов, дежурных администраторов, медицинских сестер «медицинского поста») о показаниях к направлению на приём к дежурному врачу		
		Исполнение алгоритмов работы кабинета неотложной помощи/кабинета дежурного врача	3.7.4	Оценить методом прямого наблюдения организацию приема дежурным врачом на предмет: <ul style="list-style-type: none"> • Соответствия направления пациентов на прием к дежурному врачу, а именно: • Наличие талона на прием к дежурному врачу; • Наличие медицинской документации (амбулаторной карты, а также результатов лабораторно-диагностического) пациента, записанного к врачу в кабинет дежурного врача 		
3.8	Организация «Кабинета выдачи и справок и направлений» (ДТП)	Оценить рациональность расположения «Кабинета выдачи справок и направлений»	3.8.1	Оценить доступность (расположение на 1 этаже, система навигации (метки/указатели расположения) Оценить рациональную совместимость с другими кабинетами (расположение на значительном удалении от «Кабинета дежурного врача»)		

№	Группа показателей	Показатели	№	Порядок оценки	Да	Нет
			3.8.2	Наличие инструкций/ положений о задачах «кабинета выдачи справок и направлений», доступных для ознакомления медицинским работникам, в том числе для «кабинета выдачи справок и направлений»		
			3.8.3	Оценить знания медицинского персонала, опросить не менее 5 сотрудников, о графике работы, задачах, показаниях к направлению в «кабинет выдачи справок направлений»		
			3.8.4	Оценить знания медицинского персонала «кабинета выдачи справок и направлений», в том числе: - о задачах, требованиях, должностных обязанностях		
			3.8.5	Оценить методом наблюдения работу «кабинета выдачи справок и направлений» на предмет: 1. соответствия направлений пациентов другими сотрудниками в «кабинет выдачи справок и направлений» 2. соответствие полного объема услуг согласно функциям «кабинета выдачи справок и направлений» 3. наличие полного перечня медицинских бланков/направлений		
3.9	Эффективная коммуникация медицинского персонала регистратуры с пациентами	Наличие алгоритмов эффективной коммуникации Обучение персонала	3.9.1	Проверить наличие алгоритмов взаимодействия сотрудников регистратуры с пациентами, включая порядок действий в случае конфликтных ситуаций, жалоб, а именно: • по телефону; • при личном обращении; • порядок действий в случае конфликтных ситуаций		
			3.9.2	Оценить знания алгоритмов персонала, путем опроса не менее 5 сотрудников		

№	Группа показателей	Показатели	№	Порядок оценки	Да	Нет
		Исполнение алгоритмов коммуникации медицинского персонала на практике		Оценить систему обучения персонала навыкам эффективной коммуникации с пациентами, алгоритмов разрешения конфликтных ситуаций, проверить наличие плана обучения, положение об ответственных за тренинги.		
			3.9.3	Оценить методом наблюдения коммуникацию медицинского персонала и пациентов на предмет соблюдения алгоритмов коммуникации, соблюдение этики и деонтологии, проверить не менее 3-х случаев		

2.4 ИДЕНТИФИКАЦИЯ ЛИЧНОСТИ ПАЦИЕНТА

Идентификация личности пациента является важнейшей частью системы обеспечения безопасности медицинской помощи.

Ежегодно в мире регистрируется большое количество ошибок, связанных с неправильной идентификацией личности: от серьезных, приводящих к смерти или утрате органа, до менее значительных, но приводящих к длительной потере здоровья, удлинению госпитализации, увеличению финансовых расходов как самого пациента, так и системы здравоохранения.

Наиболее часто ошибки, связанные с неправильной идентификацией личности, имеют место при назначении (приеме и введении) лекарств, оперативных вмешательствах, диагностических манипуляций и т.д.

Особенно важна точная идентификация пациентов в периоды высокой нагрузки на персонал, когда в процессе оказания помощи одному пациенту может быть задействовано большое количество сотрудников (например, при оказании неотложной помощи).

Соблюдение простого протокола/алгоритма идентификации личности всеми сотрудниками и при каждом контакте с пациентом – использование не менее 2-х идентификаторов, например, ФИО полностью и года рождения, но никогда номера палаты, инициалов и т.п. – позволяет избежать большинства ошибок.

В настоящее время для передачи информации о пациенте и идентификации личности используются браслеты, в том числе электронные, в которых применяются штрихкодирование или радиочастотные метки. Следует учитывать, что браслеты не лишены недостатков: от банальной потери браслета до отказа пациента надевать его. Поэтому в МО должна существовать система, альтернативная браслетам. Использование подобных технологий в амбулаторно-поликлиническом звене возможно в условиях дневного стационара.

№	Группа показателей	Показатели	№	Порядок оценки	Да	Нет
4.1	Организация идентификации личности пациента на всех этапах оказания медицинской помощи	Наличие приказов по вопросам идентификации пациентов		Проверить наличие приказов главного врача по вопросам идентификации личности пациента, включая следующие этапы оказания медицинской помощи:		
			4.1.1	Обращение в МО, регистрация, ведение медицинской документации		
			4.1.2	Оказание медицинской помощи: диагностика, лечение в условиях дневного стационара		
		Регулярный аудит идентификации личности пациента	4.1.3	Проверить наличие отчетов о результатах аудитов/регулярность, планов по устранению недостатков /ответственные/сроки		
			4.1.4	Оценить регулярность информирования персонала по результатам аудитов – опросить не менее 5-и сотрудников из различных подразделений МО по результатам аудитов		
Обучение персонала по вопросам идентификации пациентов	4.1.5	Оценить обучение персонала по вопросам идентификации личности, порядка прикрепления, проверить наличие планов обучения, журналов обучения (охват персонала 100%), регулярность проведения тренингов				
4.2	Идентификация личности в процессе оказания медицинской помощи	Исполнение алгоритмов идентификации пациентов на всех этапах оказания медицинской помощи		Исполнение алгоритмов идентификации пациентов на всех этапах оказания медицинской помощи, в т.ч.:		
			4.2.1	Оценить исполнение алгоритма идентификации личности пациента при обращении в МО, проверить не менее 5 случаев обращения в МО пациентов, выписки листков нетрудоспособности и оценить полноту, точность и аккуратность заполнения медицинской документации		
			4.2.2	Оценить методом наблюдения соблюдение алгоритма идентификации личности не менее 5 случаев обращения пациентов в МО		
			4.2.3	Оценить исполнение алгоритма идентификации личности пациента при оказании медицинской помощи методом наблюдения не менее 10 случаев в различных подразделениях МО, включая: проведение манипуляций, в том числе в процедурных кабинетах, дневном стационаре и т.д.		

№	Группа показателей	Показатели	№	Порядок оценки	Да	Нет
			4.2.4	Оценить исполнение алгоритма идентификации личности пациента в процессе лабораторной и инструментальной диагностики, проверить по 5 случаев направления и получения результатов, оценить полноту и аккуратность заполнения направлений и бланков с результатами		
4.3	Идентификация личности пациентов при обращении пациентов, не владеющих русским языком (применимо для организаций амбулаторно-поликлинического звена республик)	Организация при обращении пациентов, не владеющих русским языком	4.3.1	Проверить наличие списков сотрудников (включая контактные данные), владеющих другими языками и имеющими возможность выступить в качестве переводчиков		
			4.3.2	Проверить наличие списков и контактных данных переводчиков из местных национальных диаспор, наличие договоров об оказании услуг Проверить наличие списков и контактных данных переводчиков-волонтеров, сотрудничающих с МО		
			4.3.3*	Проверить наличие информационных материалов для пациентов и сопровождающих, переведенных на наиболее распространенные национальные языки (применимо для организаций амбулаторно-поликлинического звена республик)		

2.5 ОРГАНИЗАЦИЯ ЭКСТРЕННОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ В ПОЛИКЛИНИКЕ

Медицинская деятельность невозможна без организации экстренной помощи, которая важна для любой медицинской организации вне зависимости от ее размеров.

От своевременности, эффективности, безопасности помощи, оказанной в ближайшее время после обращения пациента в МО, во многом зависит конечный результат. Готовность персонала к оказанию экстренной помощи необходима не только в стационарных условиях, но и в медицинских организациях амбулаторно-поликлинического звена.

Экстренная помощь требует слаженности в работе всего коллектива, как медицинских сотрудников, так и вспомогательных служб, обеспеченности полным комплектом необходимых лекарств, бесперебойной работы оборудования и т.д.

Чрезвычайно важна дифференцировка пациентов по потокам в зависимости от тяжести состояния и срочности оказания помощи. Данный процесс позволяет сконцентрировать усилия персонала на наиболее тяжелых пациентах и организовать немедленную или плановую госпитализацию пациентов.

Существует большое количество различных рекомендаций по сортировке пациентов. Наиболее часто используется разделение на три группы в соответствии с Федеральным законом «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации» № 323 от 21.11.2011 г. в зависимости от срочности помощи:

1) экстренная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента;

2) неотложная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента;

3) плановая - медицинская помощь, которая оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью.

Оказание неотложной помощи на дому в амбулаторно-поликлинических условиях также требует внутреннего контроля качества и безопасности оказываемой медицинской помощи.

№	Группа показателей	Показатели	№	Порядок оценки	Да	Нет
5.1	Организация работы при оказании экстренной помощи в поликлинике	Наличие приказов главного врача по организации оказания экстренной помощи в МО Наличие ответственных и комиссии по организации оказания экстренной помощи в МО Наличие рабочей группы по разработке и регулярному обновлению алгоритмов МО по нозологиям, организации экстренной помощи Проведение регулярного аудита оказания экстренной помощи		Проверить наличие приказов главного врача/темы		
			5.1.1	Организация оказания экстренной помощи в МО, включая положение об ответственных и комиссии		
			5.1.2	Организация работы вспомогательных служб (лаборатория, диагностическое отделение)		
			5.1.3	Порядок госпитализации, включая показания/условия на стационарное лечение		
			5.1.4	Порядок отказа от госпитализации		
			5.1.5	Порядок сортировки пациентов		
			5.1.6	Положение о рабочей группе/группах, порядок разработки и обновления алгоритмов МО по нозологиям, экстренной помощи		
			5.1.7	Проверить наличие отчетов о результатах аудитов/регулярность проведения		
5.1.8	Проверить наличие планов по устранению недостатков/ответственные/сроки					
5.2	Наличие алгоритмов оказания экстренной помощи (в поликлинике)	Наличие алгоритмов МО оказания экстренной помощи в подразделениях (процедурный кабинет, кабинет вакцинопрофилактики, дневной стационар)		Проверить наличие алгоритмов МО во всех подразделениях МО по следующим нозологиям		
			5.2.1	Сердечно-легочная реанимация		
			5.2.2	Анафилактический шок		
			5.2.3	Первичная помощь при шоке		
			5.2.4	Оценить знания персонала алгоритмов, опросить не менее 5 сотрудников из различных подразделений		
			5.2.5	Оценить знания и навыки персонала оказания экстренной помощи методом наблюдения (при возможности), проведя практическое занятие с решением клинических задач		
			5.2.6	Оценить организацию работы по разработке и регулярному обновлению алгоритмов МО, проверить состав групп (мультидисциплинарность), наличие протоколов совещаний		
5.3	Порядок сортировки пациентов при	Наличие и исполнение алгоритма сортировки	5.3.1	Проверить наличие алгоритма сортировки пациентов		

№	Группа показателей	Показатели	№	Порядок оценки	Да	Нет
	обращения в зависимости от тяжести состояния и экстренности необходимых вмешательств	пациентов при обращении в МО Информирование пациентов о причинах задержки оказания помощи (например, осмотра дежурного врача)	5.3.2	Оценить знания персонала алгоритма, опросить не менее 5 сотрудников разных подразделений МО на предмет знания основных положений алгоритма		
			5.3.3	Оценить исполнение алгоритма методом наблюдения не менее 5 случаев направления в стационар экстренных пациентов		
			5.3.4	Оценить качество информирования пациентов и их сопровождающих о причинах задержки оказания помощи, опросить не менее 5 пациентов, находящихся в ожидании помощи на предмет понимания ими причин задержки у кабинета дежурного врача		
5.4	Экстренное оповещение/сбор персонала	Наличие действующей системы экстренного оповещения/сбора персонала Наличие алгоритмов оповещения руководителей/сотрудников, не находящихся на дежурстве. Регулярный контроль состояния системы оповещения	5.4.1	Проверить наличие действующей системы экстренного оповещения/сбора дежурного персонала (уточнить какая система используется), проверить исправность		
			5.4.2	Проверить наличие алгоритмов оповещения руководителей/сотрудников, не находящихся на дежурстве в подразделениях МО		
			5.4.3	Оценить знания алгоритмов, опросить не менее 2 сотрудников на предмет знания алгоритма		
			5.4.4	Оценить порядок проверок системы экстренного оповещения, проверить наличие журнала с результатами проверок		
5.5	Вызов персонала для пациентов	Наличие действующей системы вызова персонала («тревожная» кнопка) во всех помещениях МО, включая места общего пользования Регулярный контроль состояния системы вызова персонала	5.5.1	Проверить наличие системы вызова персонала в палатах дневного стационара, туалетах, местах общего пользования, проверить исправность системы оповещения		
			5.5.2	Оценить порядок проверок системы экстренного оповещения, проверить наличие журнала с результатами проверок.		
5.6	Наличие оборудования и наборов для оказания экстренной помощи	Наличие МИ и ЛС в соответствии с Порядками оказания помощи в соответствии с профилем МО,		Проверить наличие МИ (включая оборудование) и ЛП в соответствии с алгоритмами МО во всех подразделениях:		
			5.6.1	Дефибрилляторы, проверить исправность, попросив медицинских работников продемонстрировать его работу		

№	Группа показателей	Показатели	№	Порядок оценки	Да	Нет
		включая укладки экстренной помощи во всех подразделениях		(при наличии)		
			5.6.2	Наборы экстренной помощи во всех подразделениях (например, для первичной помощи при шоке, анафилактическом шоке и т.д.)		
		Наличие системы контроля наличия/работоспособности оборудования, упаковок для оказания экстренной помощи	5.6.3	Оценить систему контроля наличия/исправности оборудования и наборов, проверить наличие ответственных, регулярность проверок, наличие журнала		
5.7	Своевременность получения результатов лабораторно-инструментальной диагностики	Своевременность проведения лабораторно-диагностических обследований	5.7.1	Оценить своевременность проведения анализов, диагностических обследований (ЭКГ, рентгеновское исследование и т.д.)		
			5.7.2	Оценить разборчивость полученных результатов, заключений		
5.8	Готовность персонала к оказанию экстренной помощи. Обучение персонала	Контроль навыков персонала по оказанию экстренной помощи	5.8.1	Оценить обучение персонала навыкам оказания экстренной помощи, проверить регулярность проведения тренингов, наличие плана на год, программ тренингов, журналов (100% охват)		
			5.8.2	Проверить результаты тестирования (по журналам) по тренингам: сердечно-легочная реанимация и первичная помощь при шоке (другим темам - перечислить)		
			5.8.3	Оценить навыки персонала по оказанию экстренной помощи методом наблюдения, проведя тренинг с решением клинических задач с привлечением не менее 2-х команд из разных подразделений МО		
5.9	Информирование пациентов, обратная связь с пациентами	Информирование пациентов и (или) их законных представителей о состоянии, диагнозе, методах диагностики, терапии, реабилитации	5.9.1	Оценить качество информирования пациентов и (или) их законных представителей о состоянии, диагнозе, методах диагностики, лечения, опросить не менее 5-ти пациентов и (или) их законных представителей из разных подразделений		
5.10	Соблюдение принципов	Соблюдение принципов конфиденциальности, прав		Проверить соблюдение принципов конфиденциальности, прав пациентов на всех этапах оказания помощи при		

№	Группа показателей	Показатели	№	Порядок оценки	Да	Нет
	конфиденциальности при приеме пациентов и оказании помощи	пациентов и др. Размещение пациентов с учетом приватности, соблюдение конфиденциальности при приеме, осмотре, консультировании родственников/законных представителей и т.д.		приеме и во время нахождения в МО, включая:		
5.10.1			Проверить соблюдение конфиденциальности при оказании медицинской помощи, осмотре и т.д., размещение пациентов с учетом приватности (например, разделение многоместных палат ширмами в дневном стационаре, наличие ширм в кабинетах у врачей)			
5.10.2			Проверить наличие мест, организованных с соблюдением принципа конфиденциальности, для консультаций родственников/законных представителей о состоянии здоровья пациентов,			
5.11	Организация неотложной медицинской помощи на дому	Наличие алгоритмов/инструкций по приему вызовов (организация работы «диспетчерской» /call-центра*)	5.11.1	Наличие алгоритмов/инструкций с перечнем показаний для передачи вызовов: <ul style="list-style-type: none"> ✓ - в оперативный отдел Станции скорой и неотложной помощи для направления бригады скорой помощи; ✓ - персоналу отделения неотложной помощи; ✓ - участковому врачу; ✓ - в случае необходимости констатации смерти; ✓ - регистрация вызовов необходимой учетной медицинской документации (карта вызова, журнал вызовов, журнал регистрации выдачи листков нетрудоспособности); ✓ - соблюдение временных нормативов по оказанию неотложной помощи – в течение двух часов; ✓ - передача сведений участковому врачу в течение суток после оказания неотложной помощи/запись на прием к врачу ✓ - эффективная коммуникация персонала по приему вызовов; ✓ - другие. 		

№	Группа показателей	Показатели	№	Порядок оценки	Да	Нет
		Наличие знаний алгоритмов/инструкций персонала по приему вызовов/работы «диспетчерской» /call-центра*	5.11.2	Оценить знания алгоритмов/инструкций по приему и регистрации вызовов, опросить не менее 5 сотрудников Оценить методом наблюдения прием вызовов пациентов на предмет соблюдения алгоритмов, эффективной коммуникации		
		Наличие, укомплектованность медицинской укладки врача/фельдшера	5.11.3	Проверить наличие, укомплектованность медицинской укладки врача/фельдшера неотложной помощи		
			5.11.4	Наличие регулярного аудита комплектации медицинской укладки с указанием ответственных		
		Соблюдение нормативов оказания неотложной помощи на дому	5.11.5	Проверить наличие инструкции о временных нормативах оказания неотложной помощи		
			5.11.6	Оценить знания сотрудников кабинета/отделения неотложной помощи о временных нормативах оказания неотложной помощи (не более 2-х часов) на дому		
			5.11.7	Оценить методом наблюдения соблюдение нормативов оказания неотложной помощи на дому, после поступления обращения пациента/ родственника пациента		

Количественные показатели	Норматив
Доля пациентов с периодом ожидания приема дежурного врача > 30 мин	0%
Доля пациентов, которым оказана неотложная помощь на дому > 2 ч	0%
Доля случаев оказания экстренной помощи в полном соответствии с	100%

алгоритмами (нормативами) по нозологиям	
---	--

2.6. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ПРИКРЕПЛЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ

Отличительная особенность медицинской помощи, оказываемой в поликлиниках, — органическое сочетание лечебной и профилактической работы в деятельности всех врачей данной медицинской организации.

Диспансеризация представляет собой комплекс мероприятий, в т. ч. медицинский осмотр врачами нескольких специальностей и применение необходимых методов обследования, осуществляемых в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством РФ (согласно Федеральному закону № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (п. 4 ст. 46)).

Разработаны методические рекомендации по диспансерному наблюдению больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития, включая частные вопросы ведения больных со следующими нозологиями: артериальная гипертония, ИБС, в том числе после хирургических и эндоваскулярных вмешательств на сердце, ПИКС, перенесших ОНМК, НРС, ХСН, СД, хроническими заболеваниями органов дыхания, ХБП.

На сайте ГНИЦ ПМ сгруппирована необходимая информация для проведения диспансеризации (http://www.gnicpm.ru/disp_sp).

Основными нормативными документами, определяющими меры медицинской профилактики в амбулаторно-поликлиническом звене, являются:

Диспансеризация взрослого населения:

1. Приказ от 3 февраля 2015 года N 36 ан «Об утверждении [порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения](#)»
2. Приказ № 1011н от 6.12.2012 (Порядок профилактических осмотров)
3. Приказ МЗ РФ: № 455 от 23.01.2003 (ЦМП, КМП, ОМП)
4. Приказ № 188 от 22.03.2006 (ДД работающих в бюджетной сфере 35-55 лет)
5. Приказ Минздравсоцразвития России № 984н от 14.12.2009 «Об утверждении Порядка прохождения диспансеризации государственными гражданскими служащими Российской Федерации и муниципальными служащими, перечня заболеваний, препятствующих поступлению на государственную гражданскую службу Российской Федерации и муниципальную службу или ее прохождению, а также формы заключения медицинского учреждения»;
6. Приказ № 55н от 04.02.2010 (ДД работающих+ риск ССЗ)
7. Приказ № 543н от 15 мая 2012 (Порядок ПМСП)
8. Приказ № 1344н от 21.12.2012 (Порядок диспансерного наблюдения)
9. Приказ от 30 мая 1986 г. N 770 «О порядке проведения всеобщей диспансеризации»

Диспансеризация детского населения:

1. [Постановление Правительства Российской Федерации от 14 февраля 2013 г. № 116 «О мерах по совершенствованию организации медицинской помощи детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей»](#)
2. [Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21 декабря 2012 г. N 1346н «О Порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них»](#)
3. [Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15 февраля 2013 г. N 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации»](#)

4. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 апреля 2013 года № 216н «Об утверждении порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью»

Информированное согласие:

5. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20 декабря 2012 г. N 1177н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства»

6. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 апреля 2012 г. N 390н «Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи»

Виды профилактической диспансеризации детского населения:

Профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних (далее - профилактические осмотры) проводятся в установленные возрастные периоды в целях раннего (своевременного) выявления патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития, а также в целях формирования групп состояния здоровья и выработки рекомендаций для несовершеннолетних.

Предварительные медицинские осмотры несовершеннолетних (далее - предварительные осмотры) проводятся при поступлении в образовательные учреждения в целях определения соответствия учащегося требованиям к обучению.

Диспансерный осмотр	Нормативный документ	Подлежащий контингент	Перечень осмотров и исследований
Профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних	Приказ МЗ РФ от 21.12.2012 г. N 1346н	Дети декретированных возрастов	Приложение № 1
Предварительные медицинские осмотры	Приказ МЗ РФ от 21.12.2012 г. N 1346н	Дети, поступающие в дошкольные ОУ, школы, СПТУ, ВУЗ и другие ОУ	Приложение № 2
Периодические медицинские осмотры	Приказ МЗ РФ от 21.12.2012 г. N 1346н	Воспитанники ДООУ и учащиеся школ	Приложение № 3
Диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью	Приказ МЗ РФ от 11.04.2013 г. N 216н "	Дети, принятые под опеку	Приложение № 4

Периодические медицинские осмотры несовершеннолетних (далее - периодические осмотры) проводятся в целях динамического наблюдения за состоянием здоровья учащихся, своевременного выявления начальных форм заболеваний, ранних признаков воздействия вредных и (или) опасных факторов учебного процесса на состояние их здоровья и выявления медицинских противопоказаний к продолжению учебы.

№	Группа показателей	Показатели	№	Порядок оценки	Да	Нет
6.1	Организация проведения диспансеризации	Наличие приказов главного врача по организации диспансеризации		Проверить наличие приказов главного врача/темы:		
			6.1.1	Организация проведения диспансеризации работающих и неработающих граждан, студентов очной формы обучения с указанием ответственных лиц		
			6.1.2	Положение о маршрутизации этапов диспансеризации		
			6.1.3	Положение о проведении этапов диспансеризации с указанием ответственных лиц		
			6.1.4	Наличие договоров/внутреннего приказа о сотрудничестве с другими медицинскими организациями в случае отсутствия лицензии МО на осуществление отдельных видов услуг, необходимых для проведения диспансеризации		
			6.1.5	Организация работы отделения (кабинета) медицинской профилактики в рамках диспансеризации		
			6.1.6	Организация диспансеризации инвалидов ВОВ, участников ВОВ, узников концлагерей, «Жителей блокадного Ленинграда»		
			6.1.7	Организация профилактических/периодических осмотров		
			6.1.8	Порядок ведения пациентов разных групп здоровья, разных диспансерных групп		
			6.1.9	Организация «школ здоровья» с указанием матрицы ответственных лиц		
		6.1.10	Проведение диспансеризации мобильными медицинскими бригадами (если применимо)			
		Организация проведения осмотров в детских медицинских организациях амбулаторно-поликлинического звена	6.1.11	Порядок проведения предварительных осмотров несовершеннолетних (применимо для ДГП)		
			6.1.12	Порядок проведения профилактических осмотров несовершеннолетних (применимо для ДГП)		
			6.1.13	Порядок проведения периодических осмотров несовершеннолетних		
6.1.11	Порядок проведения осмотров несовершеннолетних детей-инвалидов					

№	Группа показателей	Показатели	№	Порядок оценки	Да	Нет
		Проведение регулярного аудита проведения диспансеризации	6.1.12	Проверить регулярность проведения аудитов, наличие отчетов о результатах аудитов Проверить наличие планов по устранению недостатков/ответственные/сроки		
6.2	Система информирования пациентов	Наличие информационных материалов для пациентов по вопросам диспансеризации	6.2.1	Проверить наличие информационных материалов (информационных стендов, буклетов, постеров) для пациентов по вопросам диспансеризации во всех подразделениях МО, оценить их качество, в том числе соответствие рекомендациям, порядка проведения согласно нормативным актам		
			6.2.2	Проверить наличие информированного согласия на проведение диспансеризации, проверить не менее 10 АК		
		Наличие информированного согласия на проведение диспансеризации	6.2.3	Наличие оформленного отказа в случае отказа от проведения диспансеризации или от отдельных видов медицинских вмешательств		
			6.2.4	Оценить качество информирования пациентов, опросить не менее 10 пациентов на предмет информирования их персоналом о порядке, целях диспансеризации		
6.3.	Активное вовлечение пациентов в диспансеризацию участковым врачом/врачом общей практики	Наличие плана информирования Наличие алгоритмов вовлечения пациентов Наличие списков пациентов, подлежащих диспансеризации в текущем календарном году	6.3.1	Проверить наличие плана информирования о диспансеризации населения с целью активного привлечения пациентов на не менее 2 терапевтических участках		
			6.3.2	Проверить наличие алгоритма привлечения пациентов, включая: вопросы повышения мотивации пациентов к проведению диспансеризации, наличие памяток для пациентов		
			6.3.3	Проверить наличие списков пациентов, подлежащих диспансеризации в текущем календарном году на не менее 2 терапевтических участках		

№	Группа показателей	Показатели	№	Порядок оценки	Да	Нет
		Наличие системы информирования пациентов о проведении диспансеризации	6.3.4	Оценить качество вовлечения пациентов на врачебном участке в процесс диспансеризации, опросить не менее 5-ти пациентов с каждого участка, не менее 10 пациентов, явившихся на диспансеризацию		
6.4	Обучение медицинского персонала порядкам проведения диспансеризации	Наличие планов обучения, тренингов Наличие и исполнение алгоритмов по порядку проведения диспансеризации	6.4.1	Проверить наличие планов обучения, тренингов/ конференций по вопросам диспансеризации		
			6.4.2	Проверить наличие алгоритмов порядка проведения диспансеризации		
			6.4.3	Оценить знания персонала алгоритмов по методикам привлечения пациентов, порядка проведения, объемов обследований и их последовательности, опросить не менее 10 сотрудников из разных подразделений		
6.5	Выполнение доврачебных медицинских исследований первого этапа диспансеризации	Наличие проведения анкетирования, необходимого объема исследований Проведение исследований 1 этапа диспансеризации	6.5.1	Проверить не менее 10 ИБ в разных подразделениях МО на предмет наличия заполненных анкет		
			6.5.2	Проверить не менее 10 ИБ в разных подразделениях МО на предмет наличия выполненных исследований, включая:		
			6.5.3	Антропометрии		
			6.5.4	Определения индекса массы тела		
			6.5.5	Измерения артериального давления		
			6.5.6	Определение уровня общего холестерина		
			6.5.7	Определение уровня глюкозы		
			6.5.8	Измерения внутриглазного давления бесконтактным методом		
			6.5.9	Взятие мазка с шейки матки и цервикального канала (при наличии необходимого оборудования)		
			6.5.10	Проверить не менее 10 карт учета диспансеризации на предмет соответствия полного объема необходимых результатов анализов/исследований, включая:		
6.5.11	Флюорографию легких					
6.5.12	Электрокардиографию в покое					

№	Группа показателей	Показатели	№	Порядок оценки	Да	Нет
			6.5.13	Маммографию (для женщин старше 39 лет)		
			6.5.14	Исследование внутриглазного дна для граждан в возрасте от 39 лет и старше		
			6.5.15	Клинический анализ крови или клинический анализ крови, развернутый для граждан в возрасте от 39 лет и старше с периодичностью 1 раз в 6 лет		
			6.5.16	Биохимический анализ крови для граждан в возрасте от 39 лет и старше с периодичностью 1 раз в 6 лет (в объеме не менее определения уровня креатинина, общего билирубина, АСТ, АЛТ, глюкозы, холестерина)		
			6.5.17	Общий анализ мочи		
			6.5.18	Исследование кала на скрытую кровь для граждан в возрасте от 48 лет до 75 лет		
			6.5.19	УЗИ органов брюшной полости и малого таза для граждан в возрасте от 39 лет и старше с периодичностью 1 раз в 6 лет		
6.6	Проведение 1 этапа диспансеризации	Определение сердечно-сосудистого риска у пациентов	6.6.1	Оценить знания персонала оценки суммарного сердечно-сосудистого риска у граждан в возрасте от 21 до 39 лет и абсолютного сердечно-сосудистого риска у граждан в возрасте от 40 до 65 лет, опросить не менее 5 сотрудников из разных подразделений МО		
		Определение группы здоровья, группы диспансерного наблюдения	6.6.2	Проверить не менее 10 АК в МО на предмет наличия определения сердечно-сосудистого риска		
			6.6.3	Наличие алгоритмов определения группы здоровья, группы диспансерного наблюдения		
			6.6.4	Проверить не менее 10 АК в МО на предмет соответствия определения группы здоровья, группы диспансерного наблюдения состоянию здоровья пациента		
		Проведение краткого	6.6.5	Проверить наличие алгоритмов краткого профилактического консультирования		

№	Группа показателей	Показатели	№	Порядок оценки	Да	Нет
		профилактического консультирования	6.6.6	Оценить знания персоналом алгоритмов краткого профилактического консультирования, опросить не менее 5 сотрудников из разных подразделений МО		
			6.6.7	Оценить качество информирования пациентов, опросить не менее 10 пациентов на предмет информирования при проведении краткого профилактического консультирования		
6.7	Проведение 2 этапа диспансеризации	Проведение дополнительного обследования в рамках 2 этапа	6.7.1	Наличие перечня возможного объема дополнительных исследований при наличии показаний для проведения 2 этапа диспансеризации		
			6.7.2	Оценить знания персоналом перечня дополнительных исследований 2 этапа диспансеризации при наличии показаний, опросить не менее 5 сотрудников из разных подразделений МО		
			6.7.3	Проверить не менее 10 АК в МО на предмет соответствия показаний направлению на 2 этап диспансеризации и проведению необходимого объема дополнительных обследований		
		Проведение углубленного профилактического консультирования Проведение группового профилактического консультирования («Школы пациентов»)	6.7.4	Проверить не менее 10 АК в МО на предмет проведения углубленного профилактического консультирования		
			6.7.5	Оценить качество информирования пациентов, опросить не менее 10 пациентов на предмет получения рекомендаций по состоянию здоровья при проведении углубленного профилактического консультирования		
			6.7.6	Проверить наличие программы, плана проведения «Школы здоровья»		
6.7.7	Оценить качество информирования пациентов, опросить не менее 10 пациентов на предмет получения рекомендаций по состоянию здоровья при проведении группового профилактического консультирования					

№	Группа показателей	Показатели	№	Порядок оценки	Да	Нет
6.8.	Обеспечение проведения исследований	Проведение исследований в ходе 1 этапа диспансеризации		Проверить наличие оборудования для проведения 1 этапа диспансеризации, включая:		
			6.8.1	Весов, ростомеров		
			6.8.2	Аппарат для измерения бесконтактным методом внутриглазного давления		
			6.8.3	Анализаторы для получения клинических анализов, в том числе развернутых анализов крови, мочи, кала (на скрытую кровь), биохимического анализа, в том числе для экспресс-анализа холестерина, глюкозы		
			6.8.4	Электрокардиографа, УЗИ-аппаратов, флюорографа, маммографа.		
		Проведение обследований в ходе 2 этапа диспансеризации		Проверить наличие оборудования, наличие специалистов для проведения 2 этапа диспансеризации, включая:		
			6.8.5	Дуплексное сканирование брахицефальных артерий;		
			6.8.6	Эзофагогастродуоденоскопия;		
			6.8.7	Колonosкопия/ректороманоскопия		
			6.8.8	Липидный спектр/анализ крови на уровень содержания простатспецифического антигена, концентрация гликированного гемоглобина или тест на толерантность		
			6.8.9	Спирометрия		
Наличие обследований в рамках диспансеризации с помощью сторонней организации	6.8.10	Консультация невролога, офтальмолога, уролога, хирурга, оториноларинголога				
	6.8.11	Методом наблюдения оценить организацию взаимодействия со сторонней организации в рамках процесса диспансеризации				
6.9	Организация проведения профилактических/	Наличие календарного плана проведения профилактических осмотров	6.9.1	Проверить наличие календарного плана осмотров, уточнить наличие следующей информации в плане: указания дат и мест проведения, необходимого количества осмотров		

№	Группа показателей	Показатели	№	Порядок оценки	Да	Нет
	периодических, предварительных осмотров несовершеннолетних (применимо для ДГП)			врачами-специалистами (с указанием должностей и ФИО), лабораторных, инструментальных исследований, количество несовершеннолетних по каждой возрастной группе)		
		Наличие поименных списков пациентов, подлежащих диспансеризации в текущем календарном году	6.9.2	Проверить наличие поименных списков пациентов, согласно каждой возрастной категории		
		Наличие и исполнение алгоритмов проведения осмотров	6.9.2	Проверить наличие алгоритмов проведения осмотров, с перечнем обследований и осмотров специалистов		
		Наличие алгоритмов и исполнение по определению группы состояния здоровья, медицинской группы для занятий физической культурой.	6.9.3	Проверить наличие алгоритмов по определению групп состояния здоровья, медицинской группы для занятий физической культурой		
			6.9.4	Оценить знания персонала алгоритмов проведения осмотра, перечня необходимых лабораторных, инструментальных обследований, определения группы здоровья, медицинской группы здоровья для занятий физической культурой, опросить не менее 10 сотрудников из разных подразделений		
			6.9.5	Методом наблюдения оценить организацию проведения осмотров (с уточнением числа несовершеннолетних по каждой возрастной группе, общую численность), включая качество осмотра, полноту необходимых обследований, проводимых консультаций		
			6.9.6	Проверить не менее 10 АК, учетных форм № 30-ПО/У в МО на предмет полноты проведенных исследований, качества проведенных осмотров, наличия: <ul style="list-style-type: none"> • данных анамнеза, • объективных данных, • результатов обследования, • диагноза заболевания, • оценка физического развития, • соответствие группы состояния здоровья диагнозу, • при предварительных осмотрах проверить наличие 		

№	Группа показателей	Показатели	№	Порядок оценки	Да	Нет
				заявление на осмотр от несовершеннолетнего (его законного представителя); • и другое		
			6.9.7	Проверить не менее 10 АК, соответствующих учетных форм 086 У на предмет соответствия показаний к обучению в ВУЗе и заключения о состоянии здоровья, наличие прививочной карты		
		Информирование несовершеннолетних пациентов, и их законных представителей	6.9.8	Проверить наличие алгоритмов информирования пациентов о проведении осмотров с указанием перечня осмотров врачами-специалистами и исследований, алгоритмов получения результатов о проведенных профилактических осмотрах		
			6.9.9	Оценить качество информирования несовершеннолетних пациентов и их законных представителей, опросить не менее 10 пациентов/их законных представителей на предмет: • получения направлений с указанием перечня осмотров врачами-специалистами и исследований на профилактический осмотр; • информирование о результатах/заключения профилактического осмотра, получения карты осмотра		
6.10	Организация проведения осмотров детей-инвалидов	Наличие и исполнение алгоритмов проведения осмотров детей-инвалидов	6.10.1	Проверить наличие алгоритмов проведения осмотров детей-инвалидов		
			6.10.2	Методом наблюдения оценить организацию проведения осмотров (отдельно выделенный день, с уточнением числа несовершеннолетних по каждой возрастной группе, общую численность), включая качество осмотра, полноту необходимых обследований, проводимых консультаций		

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

2.7. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ХРОНИЧЕСКИМИ БОЛЬНЫМИ

Диспансерное наблюдение за пациентами является важной функцией амбулаторно-поликлинического звена.

Согласно статье 46 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации»: диспансерное наблюдение представляет собой проводимое с определенной периодичностью необходимое обследование лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации указанных лиц, проводимое в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Основной целью диспансерного наблюдения является предотвращение прогрессирования патологического процесса и развития обострений хронических неинфекционных заболеваний, и, как следствие, снижение числа госпитализаций и осложнений. В целом, динамическое наблюдение за пациентами, страдающими хроническими заболеваниями, направлено на повышение качества их жизни, увеличение продолжительности жизни. Для пациентов, имеющих высокий риск развития заболеваний, все мероприятия, в том числе медикаментозное лечение, должны быть направлены на снижение факторов риска развития заболеваний, непрерывно осуществлять контроль за факторами риска.

Диспансерное наблюдение необходимо проводить в отношении граждан, страдающих отдельными видами (или их сочетаниями) хронических неинфекционных и инфекционных заболеваний или имеющих высокий риск их развития, а также в отношении граждан, находящихся в восстановительном периоде после перенесенных тяжелых острых заболеваний (например, инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения).

К хроническим неинфекционным заболеваниям, которые заслуживают особое внимание, относятся болезни системы кровообращения, обусловленные, прежде всего, атеросклерозом неосложненного и осложненного течения (ишемическая болезнь сердца, цереброваскулярные заболевания), злокачественные новообразования, болезни органов дыхания (хроническая обструктивная болезнь легких, хронический бронхит, бронхиальная астма) и сахарный диабет.

Основным нормативно-правовым документом, регламентирующим организацию диспансерного наблюдения за состоянием здоровья граждан, является Порядок проведения диспансерного наблюдения, утвержденный Приказом Минздрава России от 21 декабря 2012 г. № 1344н. А также регулируются следующими приказами: Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 07 декабря 2005 г. N 765 «Об организации деятельности участкового врача-терапевта», Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15 мая 2012 г. N 543н, Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 22 ноября 2004 г. N 255 "О порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг" (с изменениями и дополнениями).

Динамическое наблюдение должны осуществлять медицинские работники медицинской организации, где гражданин получает первичную медико-санитарную помощь, а именно: врач-терапевт (врач-терапевт участковый, врач общей практики

(семейный врач)); врачи-специалисты (по профилю заболевания гражданина), а также фельдшеры фельдшерско-акушерского пункта.

Периодичность, длительность, определение объема обследования и лечения при диспансерном наблюдении определяется в соответствии с нормативными актами.

Непосредственно диспансерный прием (осмотр, консультация) врачом (фельдшером) должен содержать в себе:

- 1) Оценку состояния пациента, сбор жалоб и анамнеза, физикальное обследование
- 2) Назначение оценка, интерпретация результатов обследования
- 3) Установление или уточнение диагноза заболевания(состояния)
- 4) Проведение краткого профилактического консультирования
- 5) Назначение по медицинским показаниям профилактических, лечебных, реабилитационных мероприятий.

Для успешного диспансерного наблюдения необходимо информирование пациента о факторах риска, об имеющихся заболеваниях, о рисках осложнений, мерах по профилактике прогрессирования заболеваний. Обеспечение пациента не только квалифицированным лечением, комплексным и регулярным обследованием, а также полным информированием увеличит эффективность проводимой диспансеризации.

Комплексный анализ и учет результатов проведения диспансеризации обслуживаемого населения позволит оптимизировать планирование, разработку мер внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в поликлиниках.

В настоящее время ФГБУ ГНИЦ «НИИ профилактической медицины» разработаны методические рекомендации по диспансерному наблюдению за больными хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития (<http://minzdrav.midural.ru/uploads/document/1896/dispansernoe-nablyudenie-bolnyh-hniz-sa-chuchalin.pdf>), где подробно изложены алгоритмы диспансерного наблюдения больных с хроническими неинфекционными заболеваниями разных нозологий, на основе которых возможно создание собственных алгоритмов работы в области диспансерного наблюдения за хроническим больными.

№	Группа показателей	Показатели	№	Порядок оценки	Да	Нет
7.1	Организация динамического наблюдения за пациентами, страдающими хроническими заболеваниями	Наличие приказов главного врача по организации динамического наблюдения за пациентами, страдающими хроническими заболеваниями		Проверить наличие приказов главного врача/темы:		
			7.1.1	Организация динамического наблюдения за пациентами, страдающими хроническими заболеваниями, включая положение об ответственных и комиссии		
			7.1.2	Организация динамического наблюдения за пациентами, страдающими хроническими заболеваниями на дому		
		7.1.3	Наличие рабочей группы по разработке и регулярному обновлению алгоритмов/схем МО наблюдения за хроническими больными			
		Наличие рабочей группы по разработке и обновлению алгоритмов МО по организации динамического наблюдения	7.1.4	Проверить регулярность проведения аудита, наличие отчетов о результатах аудитов Проверить наличие планов по устранению недостатков/ответственные/сроки		
7.2	Динамическое наблюдение за пациентами, страдающими хроническими заболеваниями	Наличие перечня нозологий для постановки пациентов на учет врачами-терапевтами, врачами-специалистами Наличие плана-графика, поименного списка Наличие и исполнение алгоритмов динамического наблюдения за пациентами, страдающими хроническими заболеваниями	7.2.1	Проверить наличие перечня нозологий, определяющего согласно нормативным актам, постановку пациентов на учет, у не менее 5 специалистов разного профиля		
			7.2.2	Проверить наличие на каждом терапевтическом участке календарного именного плана-графика, поименного списка пациентов, нуждающихся в динамическом наблюдении		
			7.2.3	Проверить наличие разных типов алгоритмов динамического наблюдения за пациентами, в зависимости от хронического заболевания(нозологии). Проверить наличие алгоритмов ведения пациентов, принимающих следующие группы препаратов: <ul style="list-style-type: none"> • прямые антикоагулянты (варфарин и т.д.); • инсулин; • иммунодепрессанты; • амиодарон; • другие 		

№	Группа показателей	Показатели	№	Порядок оценки	Да	Нет
		Информирование пациентов по вопросам динамического наблюдения	7.2.4	Оценить знания персонала об алгоритмах динамического наблюдения за пациентами, страдающими хроническими заболеваниями в зависимости от формы нозологии		
			7.2.5	Проверить не менее 10 АК (включая контрольные карты диспансеризации (формы 030 У, учетной формы 025-12/у), пациентов, находящихся на учете на предмет соответствия алгоритмам наблюдения		
			7.2.6	Оценить качество информирования пациентов и их сопровождающих о порядках динамического наблюдения, о плане обследований, данных рекомендациях, опросить не менее 10 пациентов/или их родственников на предмет соответствия алгоритмам наблюдения, качестве данных рекомендаций		
7.3	Динамическое наблюдение за маломобильными («надомными») хроническими больными	Наличие плана-графика, поименного списка	7.3.1	Проверить наличие на каждом терапевтическом участке поименного списка маломобильных больных, календарного именного плана-графика		
			7.3.2	Наличие алгоритмов динамического наблюдения за маломобильными пациентами		
		Наличие и исполнение алгоритмов динамического наблюдения за маломобильными пациентами, страдающими хроническими заболеваниями	7.3.3	Оценить знания персонала алгоритмов динамического наблюдения за маломобильными пациентами, страдающими хроническими заболеваниями на дому		
			7.3.4	Проверить не менее 10 АК, на предмет объема, полноты проведенных обследований, кратности консультаций в рамках диспансерного наблюдения на дому		
			7.3.5	Оценить качество информирования пациентов и/или их родственников о порядках динамического наблюдения на дому, индивидуальном плане обследований, консультаций, опросить не менее 5 пациентов/или их родственников на предмет объема и полноты проводимых обследований, консультаций		
		Информирование маломобильных пациентов и/или их родственников по вопросам динамического наблюдения				

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

2.8. СТАЦИОНАРЗАМЕЩАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ (ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА, «СТАЦИОНАРА НА ДОМУ»)

Развитие стационарзамещающих технологий является особенно актуальной областью для амбулаторно-поликлинического звена, но и рациональной, эффективной для всей системы здравоохранения.

Дневной стационар предназначен для проведения профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения, с применением современных медицинских технологий в соответствии со стандартами и протоколами ведения больных.

Дневные стационары обладают преимуществами, а именно регулярным (ежедневным) наблюдением за пациентом, активным лечением и обследованием в объеме, близком к осуществляемому в стационаре. С другой стороны, дневные стационары сохраняют положительные черты амбулаторного лечения, главной из которых является то, что пациент находится в привычной для него среде.

Основными нормативными документами, определяющими порядок и организацию стационарной помощи в амбулаторно-поликлиническом звене, являются:

- Приказ Минздрава РФ от 12 декабря 1999 г. N 4312 «Об организации деятельности дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях»
- Приказ Минздрава РФ от 30 декабря 2002 г. N 413 «Об утверждении учетной и отчетной медицинской документации»
- [Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15 мая 2012 г. N 543н "Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению" \(с изменениями и дополнениями\)](#)

№	Группа показателей	Показатели	№	Порядок оценки	Да	Нет
8.1	Организация работы дневного стационара, стационара «на дому»	Наличие приказов главного врача по организации работы дневного стационара в МО Наличие порядка организации «стационара на дому»		Проверить наличие приказов главного врача по вопросам:		
			8.1.1	Организация работы дневного стационара, включая: положение об ответственных и комиссии		
			8.1.2	Порядок госпитализации в дневной стационар, в том числе: <ul style="list-style-type: none"> показания к госпитализации пациентов; противопоказания к госпитализации пациентов 		
		8.1.3	Порядок организации «стационара на дому», включая: положение об ответственных			
		Проведение регулярного аудита системы оказания помощи в дневном стационаре/ «стационаре на дому»	8.1.4	Проверить регулярность проведения, наличие отчетов о результатах аудитов Проверить наличие планов по устранению недостатков/ответственные/сроки		
8.2	Порядок отбора и направления пациентов на госпитализацию	Наличие и исполнение алгоритмов по отбору и направлению пациентов на госпитализацию в дневной стационар Наличие перечня показаний/противопоказаний для госпитализации в дневной стационар	8.2.1	Проверить наличие алгоритмов по отбору и порядку направления в дневной стационар во всех подразделениях МО, включая: <ul style="list-style-type: none"> показания к госпитализации пациентов; противопоказания к госпитализации пациентов 		
			8.2.2	Оценить знания персонала порядка госпитализации, опросить не менее 5 сотрудников из разных подразделений		
			8.2.3	Оценить знания персонала о показаниях, противопоказаниях на госпитализацию, опросить не менее 5 сотрудников из разных подразделений		
			8.2.4	Оценить исполнение алгоритма по отбору и направлению методом наблюдения, не менее 5 случаев поступления пациентов в дневной стационар		
			8.2.5	Проверить наличие журналов госпитализации/отказов госпитализации, их полноту, точность, аккуратность заполнения		

№	Группа показателей	Показатели	№	Порядок оценки	Да	Нет
			8.2.6	Проверить не менее 10 ИБ на предмет соответствия алгоритмов отбора и направления пациентов с учетом показаний /противопоказаний для госпитализации		
8.3	Ведение пациентов после проведения диагностических пункций	Наличие и исполнение алгоритмов по наблюдению пациентов после проведения диагностических пункций	8.3.1	Проверить наличие алгоритма наблюдения/ведения пациентов после проведения диагностических пункций в дневном стационаре		
			8.3.2	Оценить знания персонала алгоритма, опросить не менее 2-х сотрудников дневного стационара на предмет знания основных положений алгоритма после проведения диагностических пункций		
			8.3.3	Оценить исполнение алгоритма методом наблюдения не менее 5 случаев госпитализации пациентов после проведения диагностических пункций		
			8.3.4	Проверить не менее 10 ИБ на предмет оценки соблюдения алгоритма после проведения диагностических пункций		
8.4	Организация выписки пациентов из дневного стационара	Наличие стандартных форм выписного эпикриза Наличие и исполнение алгоритма передачи информации о проведенном лечении пациентов	8.4.1	Проверить не менее 5 ИБ на предмет наличия стандартных форм выписного эпикриза		
			8.4.2	Проверить наличие алгоритма передачи информации о пациенте, выписанном из дневного стационара		
			8.4.3	Оценить знания персонала, опросить не менее 2 сотрудников дневного стационара на предмет знания алгоритма передачи информации о пациенте		
			8.4.4	Оценить исполнение алгоритма методом наблюдения не менее 5 случаев выписки пациентов		

№	Группа показателей	Показатели	№	Порядок оценки	Да	Нет
		Точное, полное и аккуратное ведение документации	8.4.5	Оценить точность, полноту (в том числе: наличие дальнейшего плана наблюдения в МО, лечения) и аккуратность оформления выписных/этапных эпикризов, проверить не менее 10 ИБ выписанных пациентов		
		Информирование/консультирование пациентов при выписке, включая обсуждение плана дальнейшего лечения	8.4.6	Оценить качество консультирования, опросить не менее 5 пациентов, выписанных из дневного стационара МО, на предмет понимания пациентом плана дальнейшего лечения/реабилитации, данных рекомендаций		
8.5.	Организация медицинской помощи пациентам «стационаров на дому»	Наличие и исполнение алгоритмов наблюдения за пациентами «стационаров на дому» Система обучения персонала по вопросам организации «стационаров на дому»	8.5.1	Проверить наличие алгоритмов наблюдения за пациентами «стационаров на дому», включая: <ul style="list-style-type: none"> показания к организации «стационаров на дому»; полнота/кратность обследований; полнота/кратность осмотров на дому 		
			8.5.2	Оценить систему обучения персонала по вопросам организации «стационаров на дому», проверить наличие планов обучения, журналов обучения (100% охват обучения), регулярность проведения		
			8.5.3	Оценить знания персонала алгоритма, опросить не менее 5 сотрудников терапевтических отделений на предмет знания основных положений алгоритма		
			8.5.4	Проверить не менее 10 АК на предмет оценки организации «стационаров на дому» и соблюдения алгоритма наблюдения пациентов		

№	Группа показателей	Показатели	№	Порядок оценки	Да	Нет
8.6	Информирование пациентов, «обратная связь» с пациентами	Информирование пациентов и их родственников о состоянии, диагнозе, методах диагностики, терапии, реабилитации в условиях дневного стационара, «стационара на дому»	8.6.1	Оценить качество информирования пациентов и их родственников о состоянии, диагнозе, методах диагностики, лечения, опросить не менее 5-ти пациентов и родственников, наблюдаемых в условиях дневного стационара, «стационара на дому»		

2.9 ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. ПЕРЕДАЧА ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА ПАЦИЕНТА.

Непрерывность оказания медицинской помощи является одним из важнейших условий для достижения положительного результата. Нарушение преемственности приводит к задержке постановки диагноза, значит, и начала эффективного лечения, потерей результатов исследований и необходимости проведения повторных, назначения неправильного, неадекватного лечения, к медицинским ошибкам, ятрогении и т.д. По данным JCI, наиболее частой причиной (60-70%) проблем, связанных с преемственностью помощи, является плохая коммуникация, прежде всего между медицинскими работниками: врачами и сестрами, медперсоналом отделения и консультантами, врачами различных специальностей при оказании помощи в сложных случаях и т.д.² Улучшить коммуникацию можно за счет стандартизации процесса передачи дежурств, что особенно важно для отделений неотложной помощи, отделения помощи на дому поликлиник. Одним из эффективных подходов оказалось внедрение алгоритма SBAR, в частности внедрение алгоритма общения.

Например, сообщение по телефону сестры дежурному врачу об ухудшении состояния пациента, который включает следующие этапы³:

1. Идентификация – ФИО кто звонит, отделение, палата, данные о пациенте;
2. Краткое описание ситуации – причина звонка/обращения, степень срочности;
3. Краткое описание анамнеза – время поступления, диагноз, получаемое лечение;
4. Краткое описание состояния пациента – основные показатели (АД, ЧДД, пульс и т.д.), оценка состояния, риски;
5. Пояснение в какой форме и что хотите получить от консультанта – совет по телефону, очную консультацию и т.д.

Данный алгоритм может быть использован и в амбулаторно-поликлинической практике, например, при передаче дежурств, передачи информации о вызове на дом к пациенту участковому врачу, при обсуждении сложных клинических случаев.

Кроме вербальной коммуникации, важным компонентом обеспечения преемственности помощи является правильно оформленные (в полном объеме), вовремя доставленные до адресата, например, до участковой службы поликлиники письменные документы: выписки, результаты исследований. Разработка и использование стандартных форм медицинской документации, переход на электронный документооборот может повысить степень преемственности помощи.

При оказании медико-санитарной помощи можно выделить следующие важные аспекты соблюдения преемственности:

- организация преемственности оказания медицинской помощи при госпитализации (экстренной и плановой) пациентов;
- организация преемственности лечения, профилактических мероприятий после выписки пациентов из стационаров;
- организация преемственности оказания медицинской помощи пациентам на дому, включая:

² Joint Commission International. Joint Commission International Standards for Hospitals. 5rd ed. Oakbrook Terrace, USA. 2014

³ <http://www.saferhealthcare.com/ar/what-is-sbar/>

- ✓ соблюдение преемственности лечения после оказания неотложной помощи на дому врачами отделения неотложной помощи; в том числе передача информации участковой службе поликлиник;
- ✓ соблюдение преемственности лечения после оказания неотложной помощи на дому бригадами скорой помощи;
- ✓ соблюдение преемственности лечения на дому участковыми врачами в случае передачи активов, в случае обслуживания вызовов на другом терапевтическом участке, в случае отпусков и т.д.
- ✓ соблюдение преемственности лечения после госпитализации в дневной стационар.

Безопасность транспортировки пациента внутри поликлиники при обращении пациента зачастую зависит от самых простых вещей, например, наличия в нужный момент кресла-коляски, исправного лифта, выполнения персоналом правил сопровождения пациента и т.д. Выполнение алгоритма может свести возможные риски к нулю, а, значит, предотвратить тяжелые травмы и даже смертельные исходы.

№	Группа показателей	Показатели	№	Порядок оценки	Да	Нет
9.1	Выполнение порядков оказания помощи.	Наличие в МО региональных приказов о порядке оказания медицинской помощи, маршрутизации пациентов. Наличие приказов главного врача: об организации направления пациентов в другие МО, об организации движения пациентов внутри МО, о порядке отбора и направления на санаторно-курортное лечение, на медицинские экспертизы. Наличие и исполнение алгоритмов направлений пациентов, включая перечень показаний		Проверить наличие в МО:		
			9.1.1	Наличие региональных приказов о маршрутизации пациентов		
			9.1.2	Наличие приказа о порядке направления пациентов в другие МО, включая перечень показаний		
			9.1.3	Наличие о порядке оказания помощи пациентам внутри МО, включая показания для направления		
			9.1.4	Порядок оказания медицинской помощи на дому, включая порядок работы отделения вызовов на дому (если применимо)		
			9.1.4	Наличие приказа о порядке отбора и направления пациентов на санаторно-курортное лечение, о порядке проведения медицинских экспертиз		
9.1.5	Наличие алгоритмов, включая: <ul style="list-style-type: none"> ✓ порядок направления пациентов в другие МО, включая перечень показаний; ✓ маршрутизация пациентов внутри МО, включая перечень показаний для направлений; ✓ отбор и направление пациентов на санаторно-курортное лечение, включая перечень показаний/противопоказаний; ✓ порядок направления и проведения медицинских экспертиз, включая перечень показаний; ✓ другие. 					

№	Группа показателей	Показатели	№	Порядок оценки	Да	Нет
		Точное, полное, аккуратное оформление документации при маршрутизации пациентов	9.1.6	Оценить знания сотрудников, опросить не менее 5 руководителей подразделений, а также не менее 5 врачей из разных подразделений, на предмет: <ul style="list-style-type: none"> ✓ региональной маршрутизации пациентов; ✓ порядков оказания медицинской помощи внутри МО; ✓ перечня показаний для плановой и экстренной госпитализации; ✓ о порядке отбора и направления пациентов на санаторно-курортное лечение; ✓ о порядке направления и проведения медицинских экспертиз 		
			9.1.7	Оценить точность, полноту и аккуратность ведения медицинской документации (например, журналов госпитализации, направлений пациентов в другие МО), проверить 10 АК из разных подразделений МО и журналов направлений/госпитализации, включая оценку соответствия показаний для направления.		
9.2	«Обратная связь» МО со скорой/неотложной помощью/медициной катастроф. Обеспечение медицинской преемственности помощи при госпитализации, после госпитализации	Наличие и исполнение алгоритмов «обратной» связи МО с бригадами скорой/неотложной помощи/центром медицины катастроф	9.2.1	Проверить наличие алгоритмов «обратной связи» МО со скорой/неотложной помощью/медициной катастроф, в том числе при госпитализации (вызове бригады СМП), после госпитализации, после оказания медицинской помощи на дому бригадами СМП		
			9.2.2	Оценить знания сотрудников, опросить не менее 5 руководителей подразделений, а также не менее 5 врачей из разных подразделений, на предмет знаний алгоритмов «обратной связи»		
9.3	Порядок оказания медицинской помощи внутри МО	Наличие и исполнение алгоритмов порядка оказания медицинской помощи пациентам внутри	9.3.1	Проверить наличие алгоритмов/инструкций: <ul style="list-style-type: none"> ✓ показаний/противопоказаний для направления пациентов на консультации к врачам-специалистам 1, 2 уровня; 		

№	Группа показателей	Показатели	№	Порядок оценки	Да	Нет
		МО		<ul style="list-style-type: none"> ✓ показаний/противопоказаний для направления пациентов на лабораторно-инструментальные обследования (в том числе КТ/МРТ); ✓ правила подготовки пациентов к проведению лабораторно-инструментальных обследований; ✓ другие. 		
		Соответствие установленным порядкам ведения медицинской документации	9.3.2	Оценить знания сотрудников, опросить не менее 5 руководителей подразделений, а также 5 врачей из разных подразделений, на предмет знания алгоритмов		
			9.3.3	Оценить корректность оформления (точность, полноту, аккуратность) медицинской документации на предмет обоснованности направлений пациентов на консультации и лабораторно-инструментальные обследования, проверить не менее 10 АК в разных подразделениях		
9.4	Процесс передачи клинической ответственности за пациента	Наличие и исполнение алгоритма передачи клинической ответственности за пациента	9.4.1	<p>Проверить наличие алгоритма передачи информации о пациенте после оказания медицинской помощи, а именно:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ врачами/фельдшерами отделения неотложной помощи/отделения помощи на дому; ✓ участковыми врачами и врачами-специалистами после осмотров пациентов на дому; ✓ участковыми медицинскими сестрами на дому; ✓ после консультаций внутри МО врачами-специалистами; ✓ после проведения лабораторно-инструментальных обследований (в том числе передача ✓ при передаче дежурств врачами/фельдшерами отделения неотложной помощи/отделения помощи на дому; ✓ после выписки из дневного стационара; ✓ другие. 		
			9.4.2	Оценить знания алгоритмов, опросить не менее 5-ти сотрудников из различных подразделений		

№	Группа показателей	Показатели	№	Порядок оценки	Да	Нет
			9.4.3	Оценить процесс передачи информации о пациенте, методом наблюдения		
		Точное, полное и аккуратное ведение документации	9.4.4	Оценить точность, полноту и аккуратность ведения медицинской документации при передаче информации о пациенте, проверить не менее 10 АК, включая: <ul style="list-style-type: none"> ✓ заключения об осмотре или консультации; ✓ заключения обследований; ✓ заключения осмотра/консультации из разных подразделений МО; ✓ направлений на МСЭ (форм 088/у). ✓ другие 		
9.5	Информирование пациента и родственников, уполномоченных пациентом, законных представителей пациента	Информирование пациентов/сопровождающих о целях, условиях госпитализации, направления на консультации, лабораторно-инструментальные обследования	9.5.1	Оценить качество информирования пациентов/сопровождающих о целях, условиях, организации/ правилах подготовки, опросить не менее 5 (при наличии) пациентов и их родственников, которые направлены: <ul style="list-style-type: none"> - на госпитализацию; - на консультации к специалистам; - лабораторно-инструментальные обследования; - другие 		
9.6	Обеспечение эффективной коммуникации «медицинский работник – пациент/сопровождающий»	Обучение персонала навыкам эффективной коммуникации «медицинский работник – пациент/сопровождающий»	9.6.1	Оценить обучение персонала навыкам коммуникации медицинский работник – пациент, проверить наличие планов обучения, журналов обучения (охват персонала 100%), регулярность проведения обучения/тренингов с матрицей ответственных		
		Контроль удовлетворенности коммуникации	9.6.2	Оценить методом наблюдения качество коммуникации «медработник-пациент» в разных подразделениях МО (при возможности не менее 10 случаев), включая, например, <ul style="list-style-type: none"> ✓ при направлении на госпитализацию, ✓ при направлении на консультации к специалистам, на лабораторно-инструментальные обследования внутри МО, ✓ при направлении на консультации в другие МО 		

№	Группа показателей	Показатели	№	Порядок оценки	Да	Нет
			9.6.3	Оценить систему «обратной связи» с пациентами, включая регулярное анкетирование пациентов, в том числе по вопросам коммуникации. Проверить наличие отчетов по результатам анкетирования		
9.7	Обеспечение эффективной коммуникации персонала: «врач-врач, врач-медсестра»	Обучение персонала навыкам эффективной коммуникации, включая виды: • Вербальная личная коммуникация, например, при оказании экстренной помощи, передаче дежурств, проведении манипуляций • Вербальная по телефону, например, при сообщении дежурному врачу об ухудшении состояния пациента	9.7.1	Оценить обучение персонала навыкам коммуникации медицинский работник – пациент, проверить наличие планов обучения, журналов обучения (охват персонала 100%), регулярность проведения обучения/ тренингов		
			9.7.2	Оценить методом наблюдения качество коммуникации «медработник-медработник» в разных подразделениях МО и в разных ситуациях (при возможности не менее 10 случаев), например, при оказании помощи, вызове дежурного врача, при передаче дежурств, обсуждении клинического случая и т.д.		
9.8	Организация взаимодействия с органами социальной защиты	Алгоритм взаимодействия с органами социальной защиты	9.8.1	Наличие алгоритма взаимодействия с органами социальной защиты		
			9.8.2	Оценить знания алгоритма, опросить не менее 5 сотрудников из разных подразделений, ответственных за взаимодействие с органами социальной защиты		
			9.8.3	Опросить не менее 10 пациентов (при наличии) о взаимодействии персонала и социальных работников, прикрепленных к ним.		

№	Группа показателей	Показатели	№	Порядок оценки	Да	Нет
9.9	Организация оказания медицинской помощи на дому	Наличие и исполнение алгоритмов оказания медицинской помощи на дому участковыми врачами	9.9.1	Проверить наличие алгоритмов оказания помощи на дому участковыми врачами, включая: <ul style="list-style-type: none"> ✓ порядок передачи информации при необходимости динамического наблюдения; ✓ порядок вызова узких специалистов на осмотр на дому; ✓ порядок организации лабораторно-инструментальных обследований пациентам на дому; ✓ другие порядки 		
			9.9.2	Оценить знания персонала алгоритмам оказания медицинской помощи на дому, опросить не менее 5 участковых врачей		
			9.9.3	Оценить методом наблюдения организацию помощи на дому участковыми врачами (при возможности не менее 10 случаев)		

Количественные показатели	Норматив
Выдача документов о проведенном лечении, рекомендаций, выписок из истории болезни на руки пациентам (или законным представителям) в день выписки из дневного стационара	100%

2.10 ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ (ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (ИСМП))

Основными документами, определяющими меры по обеспечению эпидемиологической безопасности при осуществлении медицинской деятельности в РФ, являются:

- СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» (утв. постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 8 мая 2010 г. № 58);
- Национальная Концепция профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 6 ноября 2011 г.);
- Федеральные клинические рекомендации по вопросам обеспечения эпидемиологической безопасности, утвержденные Национальной ассоциацией специалистов по контролю инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (НП «НАСКИ») и согласованные с Профильной комиссией Министерства здравоохранения Российской Федерации по эпидемиологии.

Эпидемиологическая безопасность медицинской помощи - «состояние, характеризующееся совокупностью условий, при которых отсутствует недопустимый риск возникновения у пациентов и медицинского персонала заболевания инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи (ИСМП), состояние носительства, интоксикации, сенсибилизации организма, травм, вызванных микро- и макроорганизмами и продуктами их жизнедеятельности, а также культурами клеток и тканей».⁴

Термин «инфекция, связанная с оказанием медицинской помощи (ИСМП)», являясь более точным в сравнении с ранее существовавшим – внутрибольничные инфекции (ВБИ), в настоящее время используется как в научной литературе, так и в публикациях ВОЗ и документах большинства стран мира.⁵

Общим критерием для отнесения случаев инфекций к ИСМП является непосредственная связь их возникновения с оказанием медицинской помощи (лечением, диагностическими исследованиями, иммунизацией и т.д.). Именно поэтому к ИСМП относят случаи инфекции, не только присоединяющиеся к основному заболеванию у госпитализированных пациентов, но и связанные с оказанием любой медицинской помощи (в амбулаторно-поликлинических, образовательных, санаторно-оздоровительных учреждениях, учреждениях социальной защиты населения, при оказании скорой медицинской помощи, помощи на дому и др.), а также случаи инфицирования медицинских работников в результате их профессиональной деятельности.

Наиболее уязвимые группы пациентов: новорожденные дети, пожилые люди, пациенты с тяжелым течением основной патологии и множественными сопутствующими заболеваниями, пациенты, подвергающиеся агрессивным и инвазивным медицинским манипуляциям, трансплантации органов и т.п.

⁴Эпидемиологическая безопасность - важнейшая составляющая обеспечения качества и безопасности медицинской помощи// Брико Н.И., Брусина Е.Б., Зуева Л.П., Ефимов Г.Е., Ковалишена О.В., Стасенко В.Л., Фельдблюм И.В., Шкарин В.В. - Вестник Росздравнадзора. - 2014. - № 3. - С. 27-32

⁵<http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70000121/>

В Национальной концепции профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, разработанной в 2011 г., рекомендуется к внедрению эпидемиологический надзор, который определяется как система непрерывного слежения за эпидемическим процессом и его детерминантами для осуществления эпидемиологической диагностики с целью принятия обоснованных управленческих решений по предупреждению возникновения и распространения ИСМП⁶.

Эпидемиологический надзор осуществляется на федеральном, региональном, муниципальном уровнях и в МО. Проведение эпидемиологического надзора предусматривает:

- обеспечение активного выявления, учета и регистрации ИСМП;
- выявление факторов риска возникновения ИСМП у отдельных категорий пациентов;
- эпидемиологический анализ заболеваемости пациентов с выявлением ведущих причин и факторов, способствующих возникновению и распространению ИСМП;
- эпидемиологический анализ заболеваемости ИСМП медицинского персонала с выявлением ведущих причин и факторов, способствующих возникновению и распространению ИСМП;
- осуществление микробиологического мониторинга за возбудителями ИСМП;
- определение спектра устойчивости микроорганизмов к антимикробным средствам (антибиотикам, антисептикам, дезинфектантам и др.) для разработки тактики их применения;
- эпидемиологическую оценку лечебно-диагностического процесса;
- эпидемиологическую и гигиеническую оценку больничной среды, условий пребывания в учреждении здравоохранения пациентов и медицинских работников;
- оценку эффективности проведенных профилактических и противоэпидемических мероприятий;
- прогнозирование эпидемической ситуации.

⁶<http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70000121/>

№	Группы показателей	Показатели	№	Порядок оценки	Да	Нет
10.1	Организация обеспечения эпидемиологической безопасности	Наличие приказов главного врача по вопросам эпидемиологической безопасности (профилактики ИСМП)		Проверить наличие приказов главного врача по вопросам эпидбезопасности (профилактики ИСМП)		
			10.1.1	Программа обеспечения эпидемиологической безопасности в МО		
			10.1.2	Деятельность комиссии по эпидемиологической безопасности (профилактике ИСМП), включая поименный состав, наличие врача-эпидемиолога, помощника эпидемиолога, ответственного		
			10.1.3	Деятельность рабочих групп по разработке СОПов инвазивных процедур		
			10.1.4	Выявление, учет и регистрация ИСМП		
			10.1.5	Микробиологический мониторинг в дневном стационаре		
			10.1.6	Использование антибиотиков в МО. Антибиотикопрофилактика и антибиотикотерапия		
			10.1.7	Дезинфекция и стерилизация		
			10.1.8	Гигиена рук		
			10.1.9	Профилактика инфицирования возбудителями гемоконтактных инфекций		
		10.1.10	Документы по обеспечению противоэпидемических мер при отдельных эпидемических ситуациях (инфекций дыхательных путей, особо опасных инфекций, ИСМП др.)			
10.2	Активное выявление, учет и регистрация, анализ ИСМП среди пациентов и персонала	Наличие перечня стандартных определений случаев (СОС) ИСМП для целей эпидемиологического надзора	10.2.1	Проверить наличие утвержденного комиссией по эпидемиологической безопасности перечня СОС ИСМП, используемых в МО для целей эпидемиологического надзора		
			10.2.2	Оценить знания персонала, опросить не менее 5 сотрудников из разных подразделений МО на предмет знания основных СОС		
		Наличие журналов регистрации случаев ИСМП (ф.60)	10.2.3	Проверить наличие журналов регистрации ИСМП, аккуратность заполнения		

№	Группы показателей	Показатели	№	Порядок оценки	Да	Нет
		Проведение регулярных совещаний комиссии МО по вопросам выявления ИСМП, разработка планов по устранению дефектов / ответственные/ сроки, информирование персонала	10.2.4	Проверить регулярность проведения совещаний комиссии по эпидемиологической безопасности по вопросам ИСМП Оценить разрабатываемые планы по устранению дефектов с наличием ответственных и сроков исполнения		
			10.2.5	Опросить не менее 5 сотрудников из разных подразделений на предмет знаний основных показателей эпидемиологической безопасности в МО, включая частоту ИСМП		
		Сбор и анализ стратифицированных показателей заболеваемости ИСМП Порядок анализа заболеваемости ИСМП на основе анализа показателей	10.2.6	Оценить порядок анализа заболеваемости ИСМП в МО, проверить регулярность сбора и анализа стратифицированных показателей заболеваемости ИСМП в МО		
		Полнота выявления случаев ИСМП	10.2.7	Проверить не менее 20 АК пациентов, находящихся на лечении в отделениях высокого риска возникновения ИСМП (хирургическое, урологическое), 10 ИБ в дневном стационаре, а также 10 АК, пациентов, которым проводился курс парентерального введения ЛП		
10.3	Проведение микробиологических исследований (включая случаи подозрения на ИСМП)	Наличие микробиологической лаборатории в МО	10.3.1	Проверить наличие микробиологической лаборатории в МО		
		Наличие договора со сторонней микробиологической лабораторией, при отсутствии собственной	10.3.2	При отсутствии собственной микробиологической лаборатории проверить наличие договора со сторонними организациями		
		Доступность микробиологических исследований в часы работы МО		Оценить доступность микробиологических исследований в часы работы МО, включая:		
			10.3.3	Проверить наличие исправного стационарного термостата		
			10.3.4	Проверить наличие исправных переносных термостатов		
		10.3.5	Проверить наличие расходных материалов для забора материала в расчетных количествах			
Наличие алгоритмов МО,	10.3.6	Проверить наличие алгоритмов в подразделениях МО				

№	Группы показателей	Показатели	№	Порядок оценки	Да	Нет
		описывающих показания и процедуру забора материала для микробиологического исследования	10.3.7	Оценить знания алгоритмов персоналом, опросить не менее 5 сотрудников в различных подразделениях МО		
		Забор материала в соответствии с алгоритмами	10.3.8	Оценить выполнение алгоритма проведения микробиологического обследования, проверить не менее 10 АК пациентов, которым было показано проведение микробиологического исследования в соответствии с алгоритмами МО		
		Своевременное получение результатов исследований	10.3.9	Оценить порядок получения результатов исследований, в том числе сроки (норматив – 72-96 часов, в зависимости от вида возбудителя и исследуемого материала), проверить не менее 10 АК пациентов со сменой антибиотиков		
10.4	Микробиологический мониторинг	Проведение микробиологического мониторинга, включая: <ul style="list-style-type: none"> Мониторинг устойчивости к антимикробным препаратам (антибиотикам, дезинфектантам, антисептикам и др.) Мониторинг циркулирующих в МО штаммов микроорганизмов 		Оценить микробиологический мониторинг, включая:		
			10.4.1	Мониторинг устойчивости к антимикробным препаратам: проверить наличие возможности/ответственные/программа/результаты		
			10.4.2	Мониторинг циркулирующих в МО штаммов микроорганизмов: проверить наличие возможности/ответственные/результаты/план действий		
			10.4.3	Наличие направленного мониторинга эпидемически значимых микроорганизмов (метициллинрезистентные <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA), полирезистентные <i>P.aureginosa</i> , мультирезистентные <i>Acinetobacter baumannii</i> (MRAB) Ванкомицин-резистентный <i>Enterococcus</i> (VRE) и др.)		
		10.4.4	Проверить наличие программного обеспечения микробиологического мониторинга и ведение базы данных (результатов)			
		Наличие внутривидового типирования	10.4.5	Проверить наличие проведения внутривидового типирования микроорганизмов по фило- и генотипическим		

№	Группы показателей	Показатели	№	Порядок оценки	Да	Нет
		микроорганизмов		характеристикам		
10.5	Организация стерилизации МИ в МО	Наличие условий для стерилизации эндоскопического оборудования и ее организация в соответствии с СанПиНом П 8.1.3263-5	10.5.1	Проверить наличие техники для стерилизации эндоскопического оборудования Проверить организацию обработки эндоскопического оборудования в соответствии с СанПиНом П 3.1.3263-15 (если применимо) ⁷		
		Наличие порядка обеспечения организации стерильными материалами в случае отсутствия ЦСО	10.5.2	Проверить порядок обеспечения организации стерильными материалами в случае отсутствия ЦСО		
		Контроль качества стерилизации Регулярный аудит стерилизации МИ	10.5.3	Оценить наличие контроля качества стерилизации и его результаты в соответствии нормативными документами в соответствии с СанПиНом П 3.1.3263-15		
			10.5.4	Оценить порядок контроля стерилизации МИ: Наличие отчетов о результатах аудитов/регулярность Наличие планов по устранению дефектов /ответственные/сроки		
		Упаковка, хранение и использование стерильных материалов	10.5.5	Проверить соответствие упаковки, условий и сроков хранения, соблюдение асептики при работе со стерильными материалами, наличие индивидуальных стерильных упаковок.		
10.6	Обеспечение эпидемиологической безопасности среды	Наличие и исправность специального оборудования, включая <ul style="list-style-type: none"> • Моечно-дезинфекционные машины 	10.6.1	Проверить наличие и соответствие расчетным потребностям моечно-дезинфекционных машин/исправность		

⁷ <http://base.garant.ru/71045062/>

№	Группы показателей	Показатели	№	Порядок оценки	Да	Нет
		• Дезинфекционные камеры				
		Проведение камерной дезинфекции постельных принадлежностей	10.6.2	Проверить журнал камерной дезинфекции постельных принадлежностей, сравнить количество выписанных пациентов и комплектов постельных принадлежностей, подвергнутых камерной дезинфекции за определенный срок (последнюю полную неделю)		
		Регулярный аудит дезинфекционных мероприятий	10.6.3	Оценить контроль дезинфекции Наличие отчетов о результатах аудитов/регулярность Наличие планов по устранению дефектов /ответственные/сроки		
		Наличие алгоритма выбора дезинфицирующих средств и тактики дезинфекции (или системы дезинфекции)	10.6.4	Проверить наличие алгоритма выбора, проверить обоснованность выбора дезинфицирующих средств и тактики (системы) дезинфекции		
		Наличие методики расчета потребности МО в дезинфицирующих и антисептических средствах	10.6.5	Проверить наличие и использование методики расчета потребности МО в дезинфицирующих и антисептических средствах, опросить не менее 2 ответственных сотрудников		
		Наличие дезинфицирующих и антисептических средств в соответствии с расчетными показателями	10.6.6	Проверить наличие дезинфицирующих и антисептических средств в соответствии с расчетными показателями во всех подразделениях МО		
		Наличие оборудования для дезинфекции в соответствии с нормативными документами	10.6.7	Проверить наличие и соответствие количества оборудования для дезинфекции		
		Наличие клининга	10.6.8	Проверить наличие клининга (работающих на принципах аут- и инсорсинга), включая наличие СОПов уборки помещений различных видов		
			10.6.9	Оценить качество уборки помещений методом наблюдения во всех подразделениях МО в соответствии с СОПами		

№	Группы показателей	Показатели	№	Порядок оценки	Да	Нет
		Обращение с отходами в соответствии с нормативными документами	10.6.10	Проверить наличие порядка обращения с отходами и соответствие нормативным документам		
10.7	Обеспечение эпидемиологической безопасности медицинских технологий (при инвазивных вмешательствах)	Наличие и регулярное обновление СОПов (инвазивных процедур)		Проверить наличие СОПов:		
			10.7.1	Катетеризация мочевого пузыря		
			10.7.2	Бесконтактные перевязки		
			10.7.3	Внутримышечные и внутривенные инъекции		
			10.7.4	Инфузии		
			10.7.5	Оценить соответствие СОПов федеральным клиническим рекомендациям (протоколам) / стандартам, регулярность обновления		
		Наличие и исполнение алгоритма профилактики инфекции при катетеризации мочевого пузыря	10.7.6	Оценить знания (опросить не менее 10 ответственных сотрудников в разных подразделениях МО) алгоритма профилактики инфекции при катетеризации мочевого пузыря, включая этапы: <ul style="list-style-type: none"> • Постановка катетера • Использование закрытой дренажной системы (или прерывистой катетеризации) • Уход за катетером • Смена и удаление катетера 		
		Наличие и исполнение алгоритма профилактики инфекций при оперативных вмешательствах	10.7.7	Оценить знания (опросить не менее 10 ответственных сотрудников в разных подразделениях МО) алгоритма профилактики инфекций при оперативных вмешательствах, включая этапы: <ul style="list-style-type: none"> • Подготовка операционного поля • Обработка операционного поля • Обработка рук персонала • Ограничение передвижений персонала в операционных • Снижение длительности операций 		
	10.7.8	Оценить навыки персонала методом наблюдения 5 (при возможности) случаев оперативных вмешательств				

№	Группы показателей	Показатели	№	Порядок оценки	Да	Нет
		Наличие исполнения эпидемиологически безопасного алгоритма ухода за послеоперационной раной	10.7.9	Оценить знания (опросить не менее 5 ответственных сотрудников в разных подразделениях МО) алгоритмов ухода за послеоперационной раной, методики бесконтактных перевязок		
			10.7.10	Оценить навыки персонала методом наблюдения 5 (при возможности) перевязок		
10.8	Наличие полностью оборудованных мест для мытья и обработки рук	Наличие полностью оборудованных мест для мытья рук: <ul style="list-style-type: none"> • Отдельная раковина • Кран с кистевым смесителем • Горячая вода • Схема мытья рук • Жидкое мыло • Антисептик • Одноразовые полотенца • Ведро с крышкой с ножным механизмом открывания 		Проверить наличие стандартно оборудованных мест для мытья рук во всех подразделениях МО, местах общего пользования и т.д. Включая:		
			10.8.1	В помещениях, требующих особого режима (процедурные кабинеты, перевязочные, урологические кабинеты, эндоскопическое отделение)		
			10.8.2	В дневном стационаре		
			10.8.3	В кабинетах врачей		
			10.8.4	Туалетах для персонала		
			10.8.5	Туалетах для пациентов (кроме наличия антисептика)		
			10.8.6	Лаборатории		
			10.8.7	Проверить наличие дополнительных дозаторов с антисептиком в подразделениях МО: <ul style="list-style-type: none"> ✓ при входах в палаты дневного стационара; ✓ в процедурных кабинетах; ✓ кабинетах инвазивных вмешательств (эндоскопические кабинеты) 		
	Порядок контроля исправности оборудования для мытья рук, наличия расходных материалов и их соответствия расчетному количеству	10.8.8	Оценить порядок контроля исправности оборудования для мытья рук, наличия расходных материалов и их соответствия расчетному количеству, опросить ответственных во всех подразделениях			

№	Группы показателей	Показатели	№	Порядок оценки	Да	Нет
10.9	Соблюдение правил гигиены рук персоналом.	Регулярный контроль качества гигиены рук (плановые и внеплановые проверки)	10.9.1	Проверить наличие журналов с результатами плановых и внеплановых проверок, оценить регулярность, объем проводимых проверок		
		Соблюдение персоналом правил гигиены рук во всех случаях: 1. Перед контактом с пациентов 2. Перед процедурой 3. После процедуры 4. После контакта с пациентом 5. После контакта с предметами окружающей среды	10.9.2	Оценить методом наблюдения соблюдение персоналом правил гигиены рук (не менее 10 случаев в разных подразделениях МО)		
		Исполнение алгоритма мытья и обработки рук в соответствии со стандартами и федеральными клиническими рекомендациями	10.9.3	Оценить методом наблюдения соблюдение алгоритма обработки рук (не менее 10 случаев в разных подразделениях МО, включая: процедурные кабинеты, эндоскопические кабинеты, дневной стационар и другие).		
		Отсутствие предметов украшений на руках у персонала (браслеты, кольца, перстни), накладные ногти, маникюр с длинными ногтями, повреждения кожных покровов и т.д.	10.9.4	Проверить наличие у персонала украшений, накладных ногтей, повреждений кожных покровов и т.д.		
		Регулярное обучение персонала	10.9.5	Оценить обучение персонала, наличие плана, журнала, результатов тестирования, охват персонала (норматив 100%)		

№	Группы показателей	Показатели	№	Порядок оценки	Да	Нет
10.10	Соблюдение персоналом алгоритма использования индивидуальных средств защиты	Наличие и исполнение персоналом алгоритмов использования индивидуальных средств защиты	10.10.1	Проверить наличие алгоритмов по использованию индивидуальных средств защиты, включая: <ul style="list-style-type: none"> • Перчатки (стерильные и нестерильные) • Средства защиты лица и глаз • Маски • Респираторы • Халаты • Униформа и обувь 		
			10.10.2	Оценить методом наблюдения соблюдение алгоритмов по использованию средств индивидуальной защиты персоналом во всех подразделениях МО		
		Наличие средств индивидуальной защиты в достаточном количестве в процедурном кабинете, операционных и т.д	10.10.3	Оценить наличие средств индивидуальной защиты во всех подразделениях МО в количестве, в соответствии с расчетными потребностями		
			10.10.4	Оценить контроль наличия средств индивидуальной защиты в расчетном количестве/ответственные		
10.11	Профилактика ИСМП у медицинского персонала	Наличие алгоритмов действий при аварийной ситуации (случаев контакта с биологическими жидкостями, при повреждении кожных покровов и слизистых оболочек и др.)	10.11.1	Проверить наличие алгоритмов действий при аварийных ситуациях		
			10.11.2	Оценить знания персонала алгоритмов действий при чрезвычайных ситуациях, включая порядок оповещения/регистрации, опросить не менее 5 сотрудников из разных подразделений МО		
		10.11.3	Проверить наличие журналов регистрации аварийных ситуаций, аккуратность заполнения/ответственные			
		Аудит аварийных ситуаций	10.11.4	Проверить наличие отчетов о результатах аудитов/регулярность, наличие планов по устранению дефектов /ответственные/сроки		
			10.11.5	Оценить регулярность информирования персонала по результатам аудитов – опросить не менее 5 сотрудников из		

№	Группы показателей	Показатели	№	Порядок оценки	Да	Нет
				различных подразделений МО (не входящих в комиссию) на предмет знания результатов		
		Программа вакцинации персонала против инфекций в соответствии с национальным календарем прививок	10.11.6	Проверить наличие журнала вакцинации персонала против гепатита В, соответствие числа вакцинированных сотрудников расчетным		
		Наличие и доступность вакцины против гепатита В и иммуноглобулина для проведения экстренной профилактики (если применимо) *	10.11.7	Проверить наличие вакцины и иммуноглобулина против гепатита для проведения экстренной профилактики в расчетном количестве (если применимо) *		
		Регулярное обучение персонала методам профилактики заражения ИСМП	10.11.8	Оценить регулярное обучение персонала, наличие плана обучения, журнала с результатами тестирования, охват персонала (100%)		
10.12	Рациональное использование антибактериальных ЛС для профилактики и лечения	Наличие алгоритмов антибиотикопрофилактики и терапии (в соответствии с профилем отделения)	10.12.1	Проверить наличие алгоритмов АБ-профилактики и терапии в соответствии с профилем отделения, соответствие клиническим рекомендациям Минздрава России		
		Назначение АБ в терапевтических дозировках с лечебной целью обосновано в амбулаторных картах/историях болезни и соответствует алгоритмам	10.12.2	Проверить наличие алгоритмов АБ-профилактики и терапии в соответствии с профилем отделения, соответствие клиническим рекомендациям Минздрава России		
		Назначение АБ в терапевтических дозировках с лечебной целью обосновано в амбулаторных картах/истории болезни и соответствует алгоритмам Регулярный аудит	10.12.3	Проверить не менее 10 ИБ дневного стационара и не менее 10 АК пациентов, которым были назначены АБ в терапевтических дозах на предмет соответствия алгоритмам лечения, включая: <ul style="list-style-type: none"> Первоначальное назначение эмпирической схемы в соответствии с алгоритмами, разработанными в МО Показания к смене препаратов при неэффективности 		

№	Группы показателей	Показатели	№	Порядок оценки	Да	Нет
		использования антибиотиков в МО		<ul style="list-style-type: none"> Перевод на пероральные формы приема АБ Алгоритм отмены АБ 		
		Регулярный аудит использования антибиотиков в МО	10.12.4	Проверить наличие отчетов о результатах аудитов/регулярность, наличие планов по устранению недостатков /ответственные/сроки		
			10.12.5	Оценить регулярность информирования персонала по результатам аудитов – опросить не менее 5 сотрудников из различных подразделений МО на предмет подтверждения проведения информирования		
		Наличие алгоритмов профилактики и терапии другими АМП (антисептиками, бактериофагами и пр.)	10.12.6	Проверить наличие алгоритмов профилактики и терапии другими АМП (антисептиками, бактериофагами и пр.)		
10.13	Информация по вопросам профилактики ИСМП	Наличие постеров, брошюр, памяток для пациентов и персонала		Проверить наличие информационных материалов во всех подразделениях МО (уточнить какие), включая темы:		
			10.13.1	Гигиена рук		
			10.13.2	Профилактика гемоконтактных инфекций		
			10.13.3	Профилактика инфекций, передающихся воздушно-капельным путем		
			10.13.4	Профилактика особо опасных инфекций		
			10.13.5	Другие (указать какие)		
Количественные показатели				Расчет показателя		
Частота катетер-ассоциированных инфекций мочевыводящих путей				1/1000 пациенто/часов		
Частота инфекций послеоперационных ран				1/1000 пациенто/часов		
Частота ИСМП				1/1000 случаев		
Дезинфекция постельных принадлежностей				100%		

№	Группы показателей	Показатели	№	Порядок оценки	Да	Нет
		Обеспечение микробиологическим исследованием клинического материала от пациентов с инфекционными, в том числе гнойными заболеваниями		100%		
		Охват персонала вакцинацией против гепатита В		100%		
		Охват персонала вакцинацией против гриппа и других инфекционных заболеваний		100%		

2.11 ЛЕКАРСТВЕННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ. ФАРМАКОНАДЗОР

Проблема безопасного и эффективного применения лекарств стоит перед всеми странами, так в меморандуме ВОЗ по национальной стратегии в области безопасных лекарственных средств и надлежащего их использования отмечено, что в мире нежелательные лекарственные реакции являются причиной госпитализации до 20% больных, в результате чего на проблемы, связанные с лекарственными средствами, тратится до 15–20% бюджета здравоохранения⁸.

Ошибки, связанные с использованием ЛП, характерны для всех четырех этапов [8], включая:

- Назначение ЛС (39% ошибок) - неправильный выбор препарата/препаратов (критически важная проблема), назначение без учета противопоказаний (связанных с определенным заболеванием или приемом других лекарственных средств), назначение несертифицированных лекарств, повторное назначение лекарства без оценки его эффективности и переносимости пациентом и т.д.
- Передача информации о назначении (12%) - нечетко, неразборчиво сделанные надписи, использование некорректных сокращений в листах назначения и т.д.
- Дозирование, разведение (11%).
- Использование (прием, введение) (38%) - отсутствие доступности лекарств для оказания экстренной медицинской помощи, несвоевременное введение лекарственных средств, неправильный путь введения, недооценка важности информирования пациента о побочных эффектах, отсутствие обучения пациента приему лекарств, отсутствие контроля в эффективности лечения.

Наиболее часто нежелательные реакции связаны с назначением антибиотиков, химиотерапевтических средств, анальгетиков, психотропных средств, сердечных гликозидов, мочегонных, инсулина, препаратов калия. Большинство осложнений при использовании ЛП - предотвратимо.

Основные определения⁹:

- Нежелательная реакция - любая реакция на ЛП, вредная и нежелательная для организма, которая возникает при его использовании для лечения, диагностики и профилактики заболеваний;
- Серьезная нежелательная реакция - нежелательная реакция организма, связанная с применением лекарственного препарата: приведшая к смерти; врожденным аномалиям или порокам развития; представляющая собой угрозу жизни; требующая госпитализации или приведшая к стойкой утрате трудоспособности и (или) инвалидности;
- Непредвиденная нежелательная реакция - нежелательная реакция организма (в том числе связанная с применением лекарственного препарата в соответствии с инструкцией по его применению), сущность и тяжесть которой не соответствует информации о лекарственном препарате, содержащейся в инструкции по его применению;
- Побочный эффект — любое непреднамеренное действие лекарства (выходящее за рамки рассчитанного терапевтического эффекта), обусловленное его

⁸ Обеспечение качества и безопасность лекарственных средств. Основные лекарственные средства и политика в области лекарственных средств национальной стратегии в области безопасных лекарственных средств и их надлежащего использования, Меморандум ВОЗ, Женева, октябрь 2008 г.

⁹ Федеральный закон от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств»

фармакологическими свойствами, наблюдаемое при использовании лекарства в рекомендуемых дозах.

Для снижения частоты нежелательных явлений на уровне МО предлагается:

1. Создание и эффективная работа системы обеспечения лекарственной безопасности в МО;
2. Система контроля качества ведения документации/электронная система;
3. Контроль всех этапов использования ЛП - хранение, назначение, дозирование, оптимальный путь введения и т.д.;
4. Обеспечение преемственности медицинской помощи;
5. Эффективное взаимодействие врача с пациентом.

№	Группа показателей	Показатели		Порядок оценки	Да	Нет
11.1	Обеспечение лекарственной безопасности в МО	Наличие приказов главного врача по вопросам обеспечения лекарственной безопасности		Проверить наличие приказов главного по вопросам лекарственной безопасности		
			11.1.1	Организация работы по обеспечению лекарственной безопасности в МО: основные направления, ответственные за направления и по подразделениям.		
			11.1.2	Информационная система наличия ЛП (вне списка ДЛО) в МО		
			11.1.3	Хранение ЛП в подразделениях МО		
			11.1.4	Система обеспечения ЛП		
			11.1.5	Организация и контроль за безопасным и эффективным применением ЛП		
			11.1.6	Система регистрации и сбора информации о серьезных и непредвиденных нежелательных реакциях в МО и передачи сведений о них в Росздравнадзор/ответственные		
		Регулярный аудит лекарственной безопасности	11.1.7	Проверить наличие отчетов о результатах аудитов/регулярность Проверить наличие планов по устранению недостатков /ответственные/сроки		
Обучение персонала по вопросам оказания экстренной помощи	11.1.8	Оценить обучение персонала по вопросам оказания экстренной помощи, проверить наличие планов обучения, журналов обучения (охват персонала 100%), регулярность проведения тренингов				
Информирование персонала о новых ЛП	11.1.9	Информирование персонала о новых ЛП, проверить наличие протоколов конференций, совещаний, ответственные, опросить не менее 2-х сотрудников на предмет подтверждения информирования (конференции, собрания и т.д.)				
11.2	Регистрация и сбор информации о серьезных и непредвиденных нежелательных реакциях в МО и передачи сведений о	Наличие в МО утвержденного порядка (включая ответственных) сбора и направления в АИС Росздравнадзора и/или территориальные органы Росздравнадзора сведений о	11.2.1	Проверить наличие порядка (включая ответственных: указать ФИО, должность)		

№	Группа показателей	Показатели		Порядок оценки	Да	Нет
	них в Росздравнадзор	выявленных нежелательных реакций				
		Наличие алгоритма взаимодействия МО с территориальным органом Росздравнадзора, включая знание контактных данных ответственных специалистов по фармаконадзору	11.2.2	Проверить наличие алгоритма, включая контактные данные территориального органа Росздравнадзора		
			11.2.3	Оценить знания персонала, опросить ответственных сотрудников МО		
		Наличие стандартных извещений о нежелательной реакции (в электронной форме или на бумажном носителе)	11.2.4	Проверить наличие стандартных извещений		
		Наличие навыков заполнения извещений	11.2.5	Оценить навыки персонала по заполнению извещений, попросить не менее 2-х сотрудников заполнить извещение		
		Использование алгоритмов Нارانжо, Karch или ВОЗ при оценке причинно-следственной связи между применением ЛП и развитием нежелательной реакции	11.2.6	Оценить значения и навыки использования одного из алгоритмов, опросить не менее 2-х ответственных сотрудников		
		Порядок сбора информации/журнал/база данных	11.2.7	Оценить порядок сбора информации, включая наличие журнала, базы данных		
		Регулярное информирование персонала о результатах аудитов, регулярное обсуждение вопросов фармаконадзора	11.2.8	Оценить систему информирования персонала, опросить не менее 5 сотрудников из разных подразделений МО		
11.3	Организация	Осуществление регулярного		Оценить контроль за ЛП, включая:		

№	Группа показателей	Показатели		Порядок оценки	Да	Нет
	внутреннего контроля	контроля срока годности ЛП	11.3.1	Контроль ЛП по показателям: «Описание», «Упаковка», «Маркировка» по НД производителей; скрининг ЛП с использованием актуализированной базы данных о качестве ЛС		
			11.3.2	Оценить контроль срока годности ЛП, включая, регулярность внутренних плановых проверок, проведение внеплановых проверок (количество, основания за полный последний год) Проверить наличие отчетов по результатам проверок, журналов, оценить планы по устранению недостатков/ответственные/сроки		
			11.3.3	Оценить информирование, опросить не менее 5 сотрудников из разных подразделений, на предмет знаний о системе контроля наличия ЛП с истекшим сроком годности		
11.4	Контроль условий хранения ЛП, вакцин, требующих особых условий хранения	Наличие списка ЛП, требующих особых условий хранения (в соответствии с требованиями производителей лекарственных средств)	11.4.1	Проверить наличие списка ЛП, требующих особых условий хранения Оценить знания персонала, опросить не менее 5-ти сотрудников из различных подразделений		
				Проверить наличие исправного оборудования и соблюдение правил расположения (например, измерительная часть прибора на расстоянии не менее 3 м от дверей, окон и отопительных приборов) во всех подразделениях МО:		
		11.4.2	Холодильники с исправными термометрами или термодатчиками			
		11.4.3	Исправное оборудование для измерения показателей условий хранения в помещениях (термометры, психрометры, гигрометры и т.д.)			
	Регулярный контроль условий хранения	11.4.4	Оценить порядок контроля условий хранения, проверить наличие журналов (карт) для фиксации контрольных параметров, регулярность заполнения во всех подразделениях МО			

№	Группа показателей	Показатели		Порядок оценки	Да	Нет
		Регулярная поверка оборудования с записью результатов в журналах	11.4.5	Оценить контроль технического состояния оборудования, проверить наличие договоров с компаниями, осуществляющими техническое обслуживание оборудования, журналов проведения поверок, регулярность		
		Соблюдение правил хранения ЛП, требующих защиты от воздействия света	11.4.6	Проверить соблюдение правил хранения ЛП, требующих защиты от воздействия света во всех подразделениях (если применимо)		
			11.4.7	Проверить методом случайной выборки соблюдение правил хранения по 5 ЛП в каждом подразделении на соответствие условий хранения требованиям производителей		
11.5	Определение мест хранения ЛС	Хранение ЛП по группам (фармакологическим, способам применения)	11.5.1	Проверить исполнение порядка хранения ЛП по группам во всех подразделениях МО		
		Доступность ЛП (в соответствии с профилем отделения) в рабочие часы МО	11.5.2	Оценить доступность ЛП в рабочие часы МО, опросить не менее 5-ти сотрудников в разных подразделениях		
		Хранение ЛП в недоступных для пациентов и посетителей местах	11.5.3	Оценить недоступность хранения ЛП для пациентов и посетителей во всех подразделениях МО		
11.6	Соблюдение требований к упаковке и маркировке ЛП	Хранение ЛП в первичной упаковке	11.6.1	Проверить исполнение правила хранения ЛП в первичной упаковке во всех подразделениях МО		
		Соблюдение условий хранения ЛП после вскрытия упаковки	11.6.2	Проверить наличие условий хранения после вскрытия упаковки ЛП (на упаковке/этикетке указаны условия хранения ЛП после первого вскрытия первичной упаковке и, после приготовления или разбавления раствора (суспензии))		
		Правильная маркировка ЛП, включая емкости с жидкими формами	11.6.3	Проверить наличие маркировки с растворами: маркировка нанесена печатными буквами с указанием дозировок, идентификаторов пациента, которым ЛП предназначено		
		Отсутствие перефасованных ЛП	11.6.4	Проверить наличие перефасованных ЛП во всех подразделениях МО		

№	Группа показателей	Показатели		Порядок оценки	Да	Нет
		Отсутствие не маркированных ЛП	11.6.5	Проверить наличие немаркированных ЛП во всех подразделениях		
		Отсутствие вскрытых флаконов и ампул с ЛП	11.6.6.	Проверить отсутствие вскрытых флаконов и ампул с ЛП во всех подразделениях МО		
11.7	Прогнозирование риска при использовании ЛП: побочные реакции, токсическое действие ЛП, взаимодействие ЛП, учет обстоятельств, сопутствующих заболеваний	При назначении ЛП учитываются (с фиксацией в истории болезни) факторы риска		Проверить не менее 10 ИБ в дневном стационаре, не менее 10 АК в разных подразделениях МО на предмет наличия данных о факторах риска и их учета при назначении препаратов, включая		
11.7.1			Аллергия			
11.7.2			Возраст			
11.7.3			Сопутствующие заболевания/ ЛП, принимаемые в момент поступления			
11.7.4			Масса тела пациента			
11.7.5			Беременность (если применимо)			
11.7.6			Заболевания печени			
11.7.7			Заболевания почек			
11.7.8			Психические заболевания			
			11.7.9	Курение, алкоголь, прием наркотических и других психотропных веществ		
11.8	Процесс назначения и использования ЛП	Соблюдение алгоритма при назначении и использовании ЛП:		Проверить не менее 10 АК, не менее 10 ИБ в дневном стационаре на предмет соответствия назначений клиническим рекомендациям/стандартам		
		Выбор лекарственного препарата («Правильное лекарство»)	11.8.1	Оценить соответствие выбора ЛП клиническим рекомендациям/алгоритмам		
		Выбор дозировки («Правильная доза»)	11.8.2	Оценить соответствие дозировок ЛП клиническим рекомендациям, коррекция дозы с учетом индивидуальных особенностей пациента, наличие калькуляторов расчета		
		Выбор пути введения («Правильный	11.8.3	Оценить соответствие пути введения ЛП		

№	Группа показателей	Показатели		Порядок оценки	Да	Нет
		путь введения»)				
		Выбор времени/ кратности («В правильное время»)	11.8.4	Оценить соответствие кратности назначения ЛП соблюдение сроков дачи, приема/введения ЛП в соответствии с назначением с фиксацией времени введения/дачи ЛП в листах назначений		
			11.8.5	Проверить качество заполнения медицинской документации на предмет фиксации времени введения ЛП в дневном стационаре, в журнал для инъекций в процедурных кабинетах		
		Введение препарата пациенту («Правильному пациенту»)	11.8.6	Оценить методом наблюдения исполнение персоналом алгоритма идентификации пациента		
		Наличие алгоритмов лекарственного взаимодействия	11.8.7	Проверить наличие алгоритмов лекарственного взаимодействия		
		Наличие таблиц высших разовых и суточных доз ЛП, в том числе ядовитых, наркотических и сильнодействующих лекарственных средств	11.8.8	Проверить наличие таблиц		
		Наличие алгоритмов действий при передозировке или отравлении ЛП, включая таблицы противоядий	11.8.9	Проверить наличие алгоритмов действий персонала при передозировке или отравлении ЛП, включая таблицы противоядий во всех подразделениях МО		
			11.8.10	Оценить знания персоналом алгоритмов действий, опросить не менее 5 сотрудников из разных подразделений МО		
11.9	Контроль качества письменных	Использование стандартных листов назначения в дневном стационаре	11.9.1	Проверить наличие стандартных листов назначений, проверить не менее 10 ИБ в дневном стационаре МО		

№	Группа показателей	Показатели		Порядок оценки	Да	Нет
	назначений ЛП	Аккуратное и полное заполнение листов назначений в дневном стационаре, рекомендаций по лечению в амбулаторных картах, направлений в процедурный кабинет	11.9.2	Оценить качество заполнения листов назначений в дневном стационаре, назначений в АК/направлений на инъекции в процедурный кабинет, включая аккуратность заполнения (назначения написаны разборчиво/печатными буквами), использование стандартизированных сокращений, включая наличие наименования ЛП, доза, кратность, путь введения, время		
		Аккуратное и полное заполнение рецептов, в том числе на наркотические препараты	11.9.3	Оценка качества заполнения рецептов, включая включая аккуратность заполнения (разборчиво), использование стандартизированных сокращений, включая наличие наименования ЛП, доза, кратность, путь введения, период приема		
11.10	Контроль эффективности назначения ЛП	Проводится оценка эффективности лечения с фиксацией в медицинской документации по алгоритму	11.10.1	Проверить не менее 10 АК в разных подразделениях МО на предмет наличия данных с оценкой эффективности лечения, включая: <ul style="list-style-type: none"> • Жалобы • Клиника • Лабораторно-диагностические показатели • Приверженность/активный контроль назначений 		
11.11	Информирование персонала о ЛП	Наличие справочников ЛП, в том числе электронных	11.11.1	Проверить наличие справочников (ГРЛС и др.) во всех подразделениях МО		
		Наличие доступа в интернет в МО	11.11.2	Проверить наличие доступа в интернет в МО 7/365		
		Регулярное информирование персонала о новых ЛП и методах лечения, клинических руководствах (протоколах лечения)	11.11.3	Оценить систему информирования персонала о новых ЛП и методах лечения, проверить наличие плана с темами конференций в МО за последний год		
			11.11.4	Опросить не менее 5 сотрудников об их участии в конференциях		
11.12	Обучение и информирование пациентов,	Информирование пациентов о назначенном лечении, ЛП, возможных альтернативах,	11.12.1	Оценить качество информирования пациентов, опросить не менее 10 пациентов в различных подразделениях на предмет информирования их персоналом о назначенном		

№	Группа показателей	Показатели		Порядок оценки	Да	Нет
	сопровождающих	побочных эффектах		лечении		
		Знание и использование методик по формированию приверженности пациентов к лечению	11.12.2	Оценить знания персоналом методик по формированию приверженности пациентов к лечению, опросить не менее 5 сотрудников из различных подразделений		
		Наличие брошюр, памяток, постеров по вопросам лекарственной безопасности	11.12.3	Проверить наличие информационных материалов для пациентов по вопросам лекарственной безопасности во всех подразделениях МО, оценить их качество, в том числе соответствие клиническим рекомендациям, стандартам		
		Обучение пациентов и их родственников методам ухода, лечения и т.д.	11.12.4	Оценить качество обучения пациентов и их родственников методам ухода, лечения и т.д., опросить не менее 10 пациентов в различных подразделениях МО		

2.12 КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ ОБРАЩЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ

К медицинским изделиям относятся: инструменты, аппараты, приборы, оборудование, материалы, прочие изделия, применяемые в медицинских целях отдельно или в сочетании между собой, а также вместе с другими принадлежностями, необходимыми для применения указанных изделий по назначению. Предназначенные для профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации заболеваний, мониторинга состояния организма человека, проведения медицинских исследований, восстановления, замещения, изменения анатомической структуры или физиологических функций организма, предотвращения или прерывания беременности, функциональное назначение не реализуется путем фармакологического, иммунологического, генетического или метаболического воздействия на организм человека.

Основными нормативными документами, определяющими меры по обеспечению безопасности обращения медицинских изделий (МИ) при осуществлении медицинской деятельности в РФ, являются:

- Статья 38, 95, 96 Федерального закона от 21 декабря 2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Федеральный закон "О техническом регулировании» от 27.12.2002 N 184-ФЗ (принят ГД ФС РФ 15.12.2002) (действующая редакция от 29.06.2015);
- Федеральный закон от 26 июня 2008 г. N 102-ФЗ «Об обеспечении единства измерений»;
- Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях (КоАП РФ) от 30.12.2001 N 195-ФЗ;
- Постановление Правительства Российской Федерации от 25.09.2012 № 970 «Об утверждении Положения о государственном контроле за обращением медицинских изделий»;
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 августа 2012 г. N 89н «Об утверждении Порядка проведения испытаний в целях утверждения типа средств измерений, а также перечня медицинских изделий, относящихся к средствам измерений в сфере государственного регулирования обеспечения единства измерений, в отношении которых проводятся испытания в целях утверждения типа средств измерений»;
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 05.04.2013 № 196н «Об утверждении Административного регламента Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по исполнению государственной функции по контролю за обращением медицинских изделий».

На территории РФ допускается обращение зарегистрированных МИ в порядке, установленном законодательством РФ.

Для организации работы по безопасному обращению МИ в МО важно знать основные принципы подразделения МИ на виды http://www.roszdravnadzor.ru/services/mi_reesetr, в соответствии с номенклатурной классификацией.

Все медицинские изделия подразделяют в зависимости от степени потенциального риска их применения в медицинских целях на четыре класса: 1 класс- медицинские изделия с низкой степенью риска; 2а- медицинские изделия со средней степенью риска;

2б- медицинские изделия с повышенной степенью; 3- медицинские изделия с высокой степенью риска. На сайте Росздравнадзора сгруппирована необходимая информация для организации контроля и безопасности обращения МИ: <http://www.roszdravnadzor.ru/medproducts>. Государственный реестр медицинских изделий и организаций (индивидуальных предпринимателей), осуществляющих производство и изготовление медицинских изделий: <http://www.roszdravnadzor.ru/services/misearch>

Реестр уведомлений об осуществлении деятельности в сфере обращения медицинских изделий: <http://www.roszdravnadzor.ru/services/medact>

№	Группа показателей	Показатели	№	Порядок оценки	Да	Нет
12.1	Организация контроля качества и безопасности обращения медицинских изделий в МО	Наличие приказов главного врача по вопросам контроля качества и безопасности обращения МИ		Проверить наличие приказов МО по темам:		
			12.1.1	Организация работы в сфере контроля качества и безопасности обращения МИ: направления деятельности, ответственные лица		
			12.1.2	Обеспечение МИ		
			12.1.3	Хранение МИ		
			12.1.4	Учет МИ		
			12.1.5	Эксплуатация МИ		
			12.1.6	Соблюдение метрологических требований, норм и правил для МИ, требующих периодических проверок		
			12.1.7	Техническое обслуживание медицинской техники		
			12.1.8	Приемка МИ		
			12.1.9	Упаковка и маркировка МИ		
		12.1.10	Сбор информации и регистрация побочных действий, нежелательных реакций при применении МИ			
	Регулярный внутренний аудит контроля качества и безопасности обращения МИ, включая аудит нежелательных реакций/ошибок	12.1.11	Проверить наличие отчетов о результатах аудитов/регулярность проведения Проверить наличие планов по устранению дефектов /ответственные/сроки			
12.1.10		Оценить регулярность информирования персонала по результатам аудитов, опросить не менее 3 сотрудников				
	Наличие программы обучения персонала по вопросам контроля качества и безопасности обращения МИ	12.1.13	Оценить обучение персонала по вопросам безопасности обращения МИ, проверить наличие планов обучения, журналов обучения (охват персонала 100% с учетом профиля), регулярность проведения тренингов			
12.2		Обеспечение контроля качества и безопасности обращения медицинских изделий в МО	Процесс обеспечения/поставки/наладки МИ, включая расходные материалы (регулярный контроль качества поступающих МИ)	12.2.1	Оценить обеспечение/поставку/наладку МИ, включая расходные материалы, проверить наличие регистрационных удостоверений, информации о МИ на русском языке, включая эксплуатационную документацию	

№	Группа показателей	Показатели	№	Порядок оценки	Да	Нет
		Наличие внутренних проверок качества и безопасности МИ	12.2.2	Оценить проверку качества и безопасности МИ, опросить ответственных сотрудников, попросить продемонстрировать порядок проверки РУ на сайте Росздравнадзора, работу с государственными реестрами МИ		
		Контроль наличия МИ с истекшим сроком годности, выявление причин, принятие решений по устранению дефектов	12.2.3	Оценить контроль наличия МИ с истекшим сроком годности (эксплуатации), опросить ответственных сотрудников о порядке контроля, выявленных причинах и принятых мерах		
			12.2.4	Проверить наличие ответственного/ответственных (указать ФИО, должности)		
			12.2.5	Опросить ответственных сотрудников о порядке проверок, проверить наличие списков оборудования для тестирования, наличие журнала, аккуратность заполнения		
			12.2.6	Оценить методом наблюдения исправность оборудования в различных подразделениях, включая оборудование для оказания экстренной помощи (если применимо)		
12.3	Соблюдение правил эксплуатации МИ	Наличие обучения персонала при поступлении нового оборудования	12.3.1	Проверить наличие допусков, оценить качество обучения, опросить не менее 12 сотрудников в различных подразделениях на предмет знаний инструкций по эксплуатации оборудования, поступившего в течение последнего года		
		Наличие инструкций по эксплуатации медицинского оборудования в подразделениях (в местах использования)	12.3.2	Проверить наличие инструкций в различных подразделениях МИ (для имеющегося в подразделении оборудования), попросить продемонстрировать персонал навыки работы с МИ		
12.4	Регистрация и учет побочных действий, нежелательных реакций при применении МИ, особенностей взаимодействия МИ между собой, фактов	Наличие в МО ответственных за сбор и направление извещений в АИС Росздравнадзора и/или территориальные органы Росздравнадзора извещений о выявленных нежелательных реакциях	12.4.1	Проверить наличие ответственных: указать ФИО, должность		

№	Группа показателей	Показатели	№	Порядок оценки	Да	Нет
	и обстоятельств, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении МИ. Взаимодействие между подразделениями и МО по вопросам обеспечения безопасного оборота МИ	Наличие алгоритма взаимодействия МО с территориальными органами Росздравнадзора	12.4.2	Проверить наличие алгоритма, включая контактные данные территориального органа Росздравнадзора, проверить наличие стандартных извещений (форм)		
		Наличие стандартных извещений (в электронной форме или на бумажном носителе)	12.4.3	Оценить знания персоналом алгоритма, опросить не менее 3-х сотрудников МО		
		Наличие навыков заполнения извещений	12.4.4	Оценить навыки персонала по заполнению извещений, попросить не менее 3-х сотрудников заполнить извещение		
		Порядок сбора информации (наличие журнала, электронной базы данных)	12.4.5	Оценить порядок сбора информации, включая наличие журнала, базы данных, проверить аккуратность и полноту заполнения, Оценить порядок взаимодействия подразделений МО		
12.5	Соблюдение требований к упаковке и маркировке МИ	Отсутствие немаркированных МИ в МО	12.5.1	Проверить наличие маркировки на не менее 12-ти МИ, отобранных методом случайной выборки в каждом подразделении МО		
		Наличие информации по безопасному применению МИ на самом изделии и (или) на каждой его упаковке, или на групповой упаковке	12.5.2	Проверить наличие информации по безопасному применению МИ: на самом МИ, и/или на каждой упаковке, или на групповой упаковке (допускается использование листа-вкладыша) выборочно в каждом подразделении		
12.6	Контроль условий хранения МИ в соответствии с рекомендуемыми производителем.	Наличие исправного специального оборудования для хранения	12.6.1	Проверить наличие исправного оборудования для хранения МИ во всех подразделениях МО (например, холодильники, кондиционеры)		
		Наличие исправных приборов фиксации показателей условий хранения	12.6.2	Проверить наличие исправных приборов фиксации показателей условий хранения во всех подразделениях МО (термометры, психрометры, гигрометры и т.д.)		
		Регулярный контроль условий хранения МИ с записью показателей в журнале	12.6.3	Оценить порядок контроля условий хранения МИ в соответствии с рекомендациями производителя, проверить наличие журналов для фиксации контрольных параметров, регулярность заполнения во всех подразделениях МО		

№	Группа показателей	Показатели	№	Порядок оценки	Да	Нет
12.7	Техническое обслуживание МИ	Периодическое профилактическое техническое обслуживание МИ	12.7.1	Проверить наличие плана-графика обслуживания медицинского оборудования/актов выполненных работ Проверить наличие журнала технического обслуживания, оценить соответствие сроков рекомендуемым		
		Регулярная поверка средств измерения	12.7.2	Проверить наличие плана-графика метрологического обслуживания Проверить наличие журнала поверок, оценить соответствие сроков рекомендуемым		
12.8	Информирование и обучение пациентов/сопровождающих правилам безопасности при эксплуатации МИ. Соблюдение прав пациента при применении/назначении медицинских изделий	Информирование пациентов: наличие буклетов, памяток, постеров	12.8.1	Проверить наличие информационных материалов для пациентов по вопросам безопасного использования МИ		
		Обучение пациентов и сопровождающих правилам безопасности при пользовании МИ	12.8.2	Оценить качество обучения пациентов и сопровождающих правилам безопасности при использовании МИ, опросить не менее 12-ти пациентов на предмет знаний основных правил безопасности при пользовании МИ		

2.13 БЕЗОПАСНОСТЬ СРЕДЫ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ. ОРГАНИЗАЦИЯ УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ. ПРОФИЛАКТИКА ПРОЛЕЖНЕЙ. ПРОФИЛАКТИКА ПАДЕНИЙ

Безопасные условия пребывания для пациентов и посетителей и условия работы для медицинского и обслуживающего персонала так же важны для обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности, как и хирургическая, инфекционная или лекарственная безопасность. Важно, чтобы мероприятия по созданию и развитию безопасной среды для пациентов и медицинских работников были объединены.

В окружающей среде МО условно можно выделить две основные части: эмоциональную, поведенческую (например, междисциплинарные контакты персонала, коммуникация врач-пациент, обратная связь с пациентами, включая жалобы, возможные конфликты между медработниками и т.д.) и функциональную, техническую (например, организация рабочего места, чистота, освещенность, обеспеченность индивидуальными средствами защиты и т.д.) т.д.). Первая больше отражает следование общечеловеческим нормам и ценностям и сложнее поддается изменениям. Вторая зависит от работы, руководителей и ее в большинстве случаев проще и быстрее изменить.

Кроме этого, при анализе среды и планировании мероприятий следует учитывать следующие компоненты:

- Кадры - штаты, обеспеченность, профессиональные навыки, наличие опыта в конкретных областях;
- Дизайн рабочего процесса - взаимодействие работников, график дежурств, расписание работы, распределение объемов работ;
- Личные / социальные факторы, включая стресс, чувство удовлетворенности работой;
- Физическая среда – свет, шум, чистота, эстетика, рациональность и т.д.;
- Организация работы учреждения, цели коллектива, убеждения, разделение труда и т.д.

Большое внимание должно уделяться рациональной планировке пространства как внутри МО (например, взаиморасположение операционного блока и реанимационного отделения), так и внутри подразделений (например, взаиморасположение поста дежурной сестры и палаты для тяжелобольных, перевязочной, процедурного кабинета и т.д.).

Профилактика травм как среди пациентов, так и медработников – одна из задач, стоящая перед управлением МО. Частота падений пациентов во многих странах принят как объективный показатель безопасной организации пространства и качества медицинской помощи в целом.

По данным из нескольких источников, чаще всего падения случаются в лечебных отделениях (52-82% всех падений): из них в 37-50% - в палате (чаще, когда пациент идет в туалет), 8-25% в ванной или душевой, 6-74% на лестнице или в коридоре, в 8-16% случаев пациенты падают со стула.¹⁰

Выделяют группы больных с повышенным риском падений. Это пожилые пациенты, дети, больные после операций и т.д.

В международных системах аккредитации МО учет всех случаев падений один из контролируемых стандартных показателей. Падения сопровождаются травмами, тем более

¹⁰ Oliver, D., Daly, F., Martin, F.C., & McMurdo, M. E. (2004). Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital in-patients: A systematic review. *Age Ageing* 33, 122-130.

смертельными исходами. Разбор всех случаев падений позволяет эффективно предотвращать их в будущем.

Для оценки качества ухода за пациентами, прежде всего сестринского ухода, во многих странах в качестве показателя используется частота возникновения пролежней. Старение населения, рост распространенности ожирения, фрагментация ухода – основные причины увеличения частоты возникновения пролежней. Необходимо вести активное информирование родственников, ухаживающих лиц по вопросам профилактики пролежней. К методам профилактики пролежней следует отнести: 1) закупку специальных матрасов, подушек в кресла, 2) обеспечение сбалансированного питания, 3) со стороны медицинского персонала - выполнение протоколов ухода, включая раннюю активизацию пациента, обеспечения сухости и чистоты, регулярное (каждые 2 часа) переворачивание, 4) обучение ухаживающих принципам ухода за лежачими больными.

№	Группа показателей	Показатели	№	Порядок оценки	Да	Нет
13.1	Формирование безопасной среды для пациентов и персонала	Наличие приказов главного врача по вопросам организации безопасной среды		Проверить наличие приказов главного врача по вопросам организации безопасной среды		
			13.1.1	Организация безопасной среды в МО		
			13.1.2	Ответственные/ответственный/инженер		
			13.1.3	Система охраны МО		
			13.1.4	Порядок действий персонала при чрезвычайных ситуациях		
		13.1.5	Порядок действий персонала при стихийных бедствиях			
		13.1.6	Проверить наличие отчетов о результатах аудитов/регулярность проведения			
	Регулярный аудит безопасной среды	13.1.7	Наличие планов по устранению дефектов /ответственные/сроки			
13.2	Оптимальная организация МО, (структура) рациональность, безопасность планировки подразделений	Рациональная, безопасная, эргономичная планировка МО, в том числе для минимизации потерь времени при оказании медицинской помощи, включая: <ul style="list-style-type: none"> • Размещение отделений относительно друг друга • Планировка кабинета дежурного врача • Планировка внутри подразделений • Планировка помещений для пациентов и их сопровождающих: зон ожидания и т.д. 		Оценить планировку внутри МО и внутри подразделений МО, включая:		
			13.2.1	Оценить рациональность структуры МО, включая размещение подразделений относительно друг друга (например, травматологического отделения и рентгеновского кабинета и т.п.)		
			13.2.2	Оценить рациональность планировки приемного отделения в соответствии с распределением потоков пациентов в зависимости от экстренности		
			13.2.3	Оценить рациональность планировки кабинета неотложной помощи/дежурного врача, отделения неотложной помощи		
			13.2.4	Оценить рациональность, эргономичность планировки внутри клинических подразделений (размещение поста сестры относительно палат дневного стационара, процедурной, перевязочной и т.д.)		
			13.2.5	Оценить рациональность планировки зон ожидания для посетителей и т.д.		
13.3	Рациональная и безопасная организация пространства в	Рациональная, эргономичная планировка помещений внутри подразделений МО, как медицинского, так и не		Оценить рациональность, эргономичность планировки помещений на предмет соответствия дверных проемов, коридоров, лестничных проемов размерам каталок, кроватей, кресел, отсутствия препятствия в виде порогов,		

№	Группа показателей	Показатели	№	Порядок оценки	Да	Нет
	помещениях МО	медицинского назначения Обеспечение безопасности при планировке и организации пространства внутри помещений МО		отсутствия излишней мебели, неиспользуемого медицинского оборудования в следующих подразделениях:		
			13.3.1	В перевязочных		
			13.3.3	В палатах дневного стационара для пациентов, в коридорах, холлах, в том числе в санузлах (расстояние между кроватями, расположение кроватей относительно санузла (если есть) и т.д.)		
			13.3.4	Проверить безопасность кроватей, каталок, стульев, кресел, кушеток, включая исправность тормозной системы, наличие колесиков и т.д.		
13.4	Обеспечение безопасных условий пребывания в МО	Безопасность, исправность систем жизнеобеспечения, включая		Проверить безопасность, исправность, рабочее состояние во всех подразделениях МО следующих систем:		
		Электричество	13.4.1	Электричество, включая исправность розеток, настенных выключателей, наличия незакрепленных проводов и т.д.		
			13.4.2	Наличие резервного электроснабжения с лагом 10 сек., проверить исправность		
		Система водоснабжения	13.4.3	Система водоснабжения, включая наличие горячей воды 24/7/365, проверить исправность системы резервного водоснабжения,		
		Система вентиляции	13.4.4	Система вентиляции, включая регулярность замены фильтров, технического обслуживания, наличие журналов технического обслуживания		
		Система освещения	13.4.5	Система освещения, включая наличие исправных индивидуальных источников света у кроватей пациентов		
			13.4.6	Наличие системы аварийного освещения, проверить исправность		
		Половое покрытие, состояние стен, потолков	13.4.7	Проверить состояние полового покрытия, стен, потолков, во всех подразделениях МО		
Организация мест общего пользования	13.4.8	Проверить состояние мест общего пользования, включая наличие кнопок вызова персонала в туалетах, душевых, поручней в туалетах				

№	Группа показателей	Показатели	№	Порядок оценки	Да	Нет
		Доступность и безопасность среды в МО для лиц с ограниченными возможностями	13.4.9	Проверить наличие пандусов, специальных подъемников, лифтов для подъема каталок, специальных туалетов и т.д.		
		Наличие лифта с резервным электроснабжением (для МО с двумя и более этажами)	13.4.10	Проверить наличие минимум 1 лифта с резервным электроснабжением (для зданий в 2 и более этажей)		
13.5	Система охраны и безопасности МО	Наличие системы охраны и безопасности МО		Оценить систему охраны МО, включая		
			13.5.1	Проверить наличие договора с охранной организацией или органами МВД об оказании услуг по охране территории и помещений МО		
			13.5.2	Проверить наличие работников охраны на соответствующих постах ИЛИ наличие «тревожной кнопки»		
			13.5.3	Оценить знания работниками охраны инструкций МО, опросить всех находящихся на момент оценки сотрудников		
		Организация доступа в МО, подразделения МО, включая помещения «только для персонала»	13.5.4	Оценить систему доступа посторонних (как сотрудников, так и пациентов, и сопровождающих) в подразделения МО, проверить наличие списка определенных администрацией помещений с ограниченным доступом и предупреждающих табличек на дверях		
			13.5.5	Проверить наличие и исправность пропускной системы, в том числе электронной		
		Наличие алгоритма действий при опасных ситуациях (нападении на медицинских работников, угрозах со стороны пациентов или посетителей, угрозе суицида и т.п.)	13.5.6	Проверить наличие алгоритма		
			13.5.7	Оценить знания алгоритма персоналом, опросить не менее 5 сотрудников из различных подразделений		
		Соблюдение прав пациентов при организации видеонаблюдения в МО	13.5.8	Проверить наличие предупреждающих табличек при организации видеонаблюдения только в местах общего пользования		
			13.5.9	При организации видеонаблюдения в клинических отделениях - проверить наличие согласия пациентов в 5 ИБ в дневном стационаре и в 5 АК		
Учет и регистрация всех	13.5.10	Оценить систему учета и регистрации всех случаев				

№	Группа показателей	Показатели	№	Порядок оценки	Да	Нет
		случаев нарушений порядка в МО		нарушений порядка в МО, проверить наличие отчетов, планов по предотвращению в дальнейшем/ответственные/сроки		
			13.5.11	Оценить систему информирования персонала о фактах нарушения порядка, принятых мерах, опросить не менее 2-х сотрудников на предмет знания информации		
13.6	Обеспечение безопасности и при возникновении опасных техногенных ситуаций, стихийных бедствий	Наличие алгоритма действий персонала при возникновении опасных техногенных ситуаций, стихийных бедствий, включая пожар, наводнение, землетрясение и т.п. Обучение персонала, включая регулярные практические тренинги	13.6.1	Проверить наличие алгоритма, включая порядок взаимодействия с органами внутренних дел, МЧС, пожарной охраной т.д.		
			13.6.2	Оценить обучение персонала порядку действий при опасных ситуациях, проверить наличие плана проведения тренингов		
			13.6.3	Оценить эффективность обучения, опросить не менее 5-ти сотрудников на предмет знаний действий		
13.7	Обеспечение беспрепятственного подъезда спецтранспорта	Обеспечение свободного подъезда спецтранспорта к приемным отделениям 24/7/365	13.7.1	Проверить наличие свободного доступа спецтранспорта на территорию МО, к приемным отделениям		
		Организация доступа и парковки автомобилей сотрудников, пациентов и посетителей на ИЛИ за территорией МО	13.7.2	Проверить наличие парковки для автомобилей сотрудников, пациентов и посетителей		
13.8	Информационная безопасность. Обеспечение защиты персональных данных пациентов.	Оформление информированного согласия на обработку персональных данных пациентов	13.8.1	Проверить наличие информированного согласия на обработку персональных данных пациентов (или его законного представителя) в не менее чем 10 АК в разных подразделениях МО		
			13.8.2	Опросить не менее 5 пациентов на предмет подтверждения взятия у них информированного согласия на обработку персональных данных		
		Ограничение доступа к информации, наличие списков сотрудников, допущенных круг лиц с доступом к информации,	13.8.3	Проверить наличие списка сотрудников, допущенных к обработке персональных данных		

№	Группа показателей	Показатели	№	Порядок оценки	Да	Нет
		система безопасности при работе с документами)				
		Хранение бумажных документов в недоступном для пациентов месте, ограниченный доступ для медицинских работников	13.8.4	Оценить хранение информации на бумажных носителях, включая архив, включая ограничение доступа, закрытые помещения, шкафы и т.д.		
		Ограничение доступа к электронным базам данных, документам и т.п.	13.8.5	Оценить хранение информации на электронных носителях, включая наличие специальных программ, системы паролей и т.д.		
		Регулярный аудит информационной безопасности	13.8.6	Оценить аудит информационной безопасности: Проверить наличие отчетов о результатах аудитов/регулярность проведения		
			13.8.7	Наличие планов по устранению дефектов /ответственные/сроки		
		Наличие обучения персонала по вопросам информационной безопасности	13.8.8	Оценить обучение персонала по вопросам информационной безопасности, проверить наличие плана, программы, журналов (охват – 100% сотрудников)		
			13.8.9	Оценить качество обучения, опросить не менее 5 сотрудников из разных подразделений МО на предмет знаний в соответствии с программой обучения		

Профилактика падений пациентов в МО

13.9	Наличие в МО мероприятий по профилактике падений	Наличие алгоритма профилактики падений пациента, включая оценку риска падений		Оценить внедрение комплекса мер по профилактике падений пациентов, включая:		
			13.9.1	Проверить наличие алгоритма оценки риска падений пациентов, проверить наличие алгоритма во всех подразделениях МО		
			13.9.2	Проверить наличие идентификации пациентов с высоким риском падений в МО		
			13.9.3	Оценить знания алгоритма персоналом, опросить не менее 5-ти сотрудников на предмет знания алгоритма, включая оценку риска падений		
13.10	Организация помощи пациентам с высоким риском падений	<p>Исполнение алгоритма персоналом, включая:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Правильное определение риска падений • Правильный выбор метода перевода пациента: на кресле, пешком • Сопровождение квалифицированным персоналом • Исправность кроватей, кресел, включая наличие ограничителей 	13.10.1	Оценить исполнение алгоритма персоналом методом наблюдения не менее 5-ти случаев, например, при направлении из одного подразделения в другое		
13.11	Безопасная планировка входа в МО отделений, палат, кабинетов туалетов, с учетом	<p>Безопасная планировка (с учетом риска падений):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Двери в прямой видимости от кровати • Двери, открывающиеся 	13.11.1	Оценить безопасность для пациентов, планировки палат в дневном стационаре, кабинетов в разных подразделениях МО		

	риска падений	<p>наружу</p> <ul style="list-style-type: none"> • Минимально необходимое количество мебели (в исправном состоянии, устойчивая) • Поручни, перила при входе в МО, на лестницах, в туалетах • Наличие пандусов с перилами 				
13.12	Оптимальный выбор напольного покрытия, стен	Выбор полового покрытия, особенно для мест с повышенной влажностью Выбор контрастных цветов для пола и стен	13.12.1	Оценить безопасность полового покрытия, включая места с повышенной влажностью		
		Соблюдение правил безопасности при проведении влажной уборки (отсутствие луж, предупреждающие знаки «мокрый пол»)	13.12.2	Оценить качество влажной уборки с точки зрения отсутствия луж, наличия знаков «скользкий пол»		
13.13	Оптимальная организация освещения	Организация освещения в медицинских помещениях в соответствии с нормами (включая исключение бликов на полу)	13.13.1	Оценить организацию освещения		
13.14	Безопасные кровати	Наличие кроватей с: <ul style="list-style-type: none"> • возможностью изменения высоты • исправной тормозной системой • действующими ограничителями 	13.14.1	Проверить наличие и исправность кроватей в дневном стационаре		
13.15	Информирование пациентов/ухаживающих по вопросам	Наличие информационных материалов для пациентов и персонала по вопросам профилактики падений	13.15.1	Проверить наличие информационных материалов по вопросам профилактики падений, например, постеров, памяток, брошюр		

	профилактики падения					
		Информирование персоналом пациентов/ухаживающих по вопросам профилактики падения, включая обучение методам профилактики	13.15.2	Оценить качество информирования пациентов/ухаживающих по вопросам профилактики падений, обучения методам профилактики, опросить не менее 5-ти пациентов с высоким риском падений на предмет знания методов профилактики падений		
13.16	Регистрация и сбор информации о случаях падений пациентов в МО	Наличие регистрации и сбора информации в МО о случаях падения пациентов, с последующим анализом случаев, разработкой решений по профилактике падений	13.16.1	Проверить наличие регистрации и сбора информации о случаях падений, проверить наличие журнала, отчетов по результатам разбора случаев, принятых решениях		

Организация ухода за лежачими больными. Профилактика пролежней

13.17	Организация ухода за лежачими больными	Наличие и исполнение алгоритма оценки риска, профилактики и лечения пролежней	13.17.1	Проверить наличие алгоритма оценки риска пролежней, профилактики и лечения		
			13.17.2	Оценить знания алгоритма персоналом, опросить не менее 5 сотрудников из разных подразделений на предмет знания алгоритма, включая систему оценки риска пролежней		
			13.17.3	Проверить не менее 10 АК на предмет наличия рекомендаций по профилактике и лечению пролежней пациентов, наблюдающихся на дому		
13.18	Информирование пациентов/ухаживающих по вопросам профилактики, лечения пролежней	Наличие информационных материалов для пациентов и персонала по вопросам профилактики и лечения пролежней Информирование персоналом пациентов/ухаживающих по вопросам профилактики и лечения пролежней, включая обучение методам профилактики и лечения	13.18.1	Проверить наличие информационных материалов по вопросам профилактики пролежней, например, постеров, памяток, брошюр		
			13.18.2	Оценить качество информирования пациентов/ухаживающих по вопросам профилактики пролежней, обучения методам профилактики и лечения, опросить не менее 5-ти пациентов с высоким риском пролежней (или с пролежнями) на предмет знания методов профилактики и лечения		

Количественные показатели	Расчет
Количество пролежней	/1000 пациенто-дней
Количество случаев-падений в МО	Количество/год

2.14 ХИРУРГИЧЕСКАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ. ПРОФИЛАКТИКА РИСКОВ, СВЯЗАННЫХ С ОПЕРАТИВНЫМИ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМИ

Проблемы, связанные с хирургической помощью, являются распространенными, смертельно опасными и при этом предотвратимыми во всех странах и во всех медицинских организациях.

В 2009 году специалисты ВОЗ разработали и рекомендовали к широкому внедрению хирургический чек-лист («Контрольный перечень мер по обеспечению хирургической безопасности»)¹¹. Подобные чек-листы рекомендованы и другими ассоциациями хирургов и используются во многих странах мира. В исследованиях доказана эффективность использования подобных чек-листов по снижению общего числа периоперационных осложнений, смертности и случаев инфекции послеоперационных ран.^{12 13}

Для достижения результата важно строгое соблюдение алгоритмов на всех этапах хирургического лечения: от подготовки (обследования) до выписки из стационара и реабилитации, прежде всего с точки зрения преемственности помощи.

Эффективное обезбоживание в послеоперационном периоде способствует ранней реабилитации пациента, снижает частоту возникновения осложнений и хронических болевых синдромов. Выбор препарата и режима применения зависит от многих факторов: от объема операции до индивидуальных особенностей пациента. Для своевременной корректировки терапии рекомендуют проводить оценку эффективности обезбоживания, используя единую для МО методику, например, визуальную аналоговую шкалу (ВАШ).¹⁴ Для повышения удовлетворенности пациентов важны соблюдение принципов конфиденциальности при размещении пациентов, проведении осмотров, манипуляций, во время консультирования пациентов и родственников. Кроме этого следует максимально широко привлекать к уходу родственников и других доверенных лиц пациентов, это имеет значение не только как фактор психологической, но и физической поддержки, оказывая помощь персоналу, особенно при нехватке сотрудников. Одновременно пациент и его родственники должны обучиться методам ухода, реабилитации, которые будут необходимы после выписки из стационара.

¹¹ <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ru/>

¹² Bergs J, Hellings J, Cleemput I, et al. Systematic review and meta-analysis of the effect of the World Health Organization surgical safety checklist on postoperative complications. Br J Surg. 2014 Feb; 101(3):150-8.

¹³ Jammer I, Ahmad T et al. Point prevalence of surgical checklist use in Europe: relationship with hospital mortality. Br J Anaesth. 2015 May; 114(5):801-7. Epub 2015 Jan 13.

¹⁴ Котаев А.Ю., Бабаянц А.В Принципы обезбоживания в послеоперационном периоде//. - http://www.rmj.ru/articles_384.htm

№	Группа показателей	Показатели	№	Порядок оценки	Да	Нет
14.1	Организация хирургической безопасности в МО	Наличие приказов главного врача по обеспечению профилактики рисков, связанных с оперативными вмешательствами		Проверить наличие приказов главного врача/темы:		
			14.1.1	Организация хирургической безопасности, включая положение об ответственных и комиссии		
			14.1.2	Порядок разработки и обновления клинических алгоритмов МО, СОПов, включая положение о мультидисциплинарной рабочей группе/группах		
		14.1.3	Порядок учета и регистрации послеоперационных осложнений			
		14.1.4	Проверить наличие отчетов о результатах аудитов/регулярность проведения Проверить наличие планов по устранению недостатков /ответственные/сроки			
	Проведение регулярного аудита хирургической безопасности в МО	14.1.5	Оценить обучение персонала по вопросам обеспечения хирургической безопасности, проверить наличие планов обучения, журналов обучения (охват персонала 100%), регулярность проведения тренингов			
14.2	Процесс подготовки к плановому оперативному вмешательству	Наличие и исполнение алгоритма подготовки к оперативному вмешательству, включая: полноту объем обследования		Проверить не менее 10 АК в каждом хирургическом отделении, где производятся плановые оперативные вмешательства, на предмет наличия:		
			14.2.1	Осмотр хирурга с заключением		
			14.2.3	Оценка рисков (аллергии, кровопотери, анестезиологического, тромбоэмболии, инфекционного и т.д.)		
				Оформление информированных согласий на:		
			14.2.4	оперативное вмешательство		
			14.2.5	анестезию		
				другие (указать какие)		
14.2.6	Опросить не менее 5 пациентов в каждом хирургическом отделении, где производятся плановые оперативные вмешательства, на предмет подтверждения оформления информированного согласия (предоставление в полном объеме информации о вмешательстве, включая возможные осложнения, альтернативы, последствия при отказе и т.д.)					

№	Группа показателей	Показатели	№	Порядок оценки	Да	Нет
14.3	Внедрение хирургического чек-листа	Наличие и использование хирургического чек-листа	14.3.1	Проверить наличие хирургического чек-листа		
			14.3.2	Оценить использование чек-листа во время операций методом прямого наблюдения не менее 2 операций (при возможности)		
14.4	Обеспечение безопасности во время операции и непосредственно после операции	Наличие и исполнение алгоритма оценки операции сразу после ее окончания		Оценить исполнение алгоритма оценки операции методом наблюдения не менее 2-х операций:		
			14.4.1	Подсчет инструментов, тампонов и т.д.		
			14.4.2	Оценка проведенной операции (технических особенностей)		
			14.4.3	Оценка интраоперационной кровопотери		
			14.4.4	Оценка рисков послеоперационного периода		
14.5	Обеспечение безопасности в послеоперационном периоде, в послеоперационном отделении	Наличие и исполнение алгоритма ведения пациентов в послеоперационном периоде	14.5.1	Проверить наличие алгоритма ведения пациентов в послеоперационном периоде		
		Обеспечение адекватного обезболивания в послеоперационном периоде	14.5.2	Оценить методику оценки боли, принятой в МО, алгоритма обезболивания, включая наличие стандартных чек-листов, проверить не менее 5 АК на предмет наличия заполненных чек-листов		
			14.5.3	Опросить не менее 5 сотрудников из разных подразделений на предмет знания алгоритма оценки боли		
			14.5.4	Проверить наличие алгоритмов обезболивания, в том числе для разных категорий пациентов		
			14.5.5	Опросить не менее 5 пациентов, которым проводилось обезболивание на предмет подтверждения проведения оценки эффективности обезболивания		
14.5.6	Оценить качество обратной связи с пациентами, регулярность проведения анкетирования пациентов по качеству обезболивания, проверить наличие протоколов заседаний рабочей группы, анализ результатов анкетирования					

№	Группа показателей	Показатели	№	Порядок оценки	Да	Нет
14.6	Соблюдение прав пациентов, включая обеспечение конфиденциальности при оказании помощи	Соблюдение принципов конфиденциальности при оказании медицинской помощи	14.6.1	Соблюдение конфиденциальности при приеме, осмотре и т.д.		
			14.6.2	Оценить организацию посещения пациентов родственниками/ухаживающими, проверить наличие гардероба, возможности посещения палат, опросить не менее 5-ти пациентов или посетителей на предмет оценки организации посещений		
			14.6.3	Проверить наличие мест для ожидания/встреч родственников, посетителей		
			14.6.4	Опросить не менее 5 пациентов и ухаживающих на предмет оценки организации их пребывания в МО		

Количественные показатели	Расчет
Частота инородных тел	/1000 операций
Частота периоперативных кровотечений и гематом	/1000 операций
Частота нарушений дыхания в послеоперационном периоде	/1000 операций
Послеоперационный сепсис	/1000 операций
Частота расхождений послеоперационных швов	/1000 операций
	Норматив
Доля пациентов с госпитализациями с послеоперационными осложнениями	0%

2.15 ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ОСНОВАНИИ ДАННЫХ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ. СООТВЕТСТВИЕ КЛИНИЧЕСКИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ (ПРОТОКОЛАМ ЛЕЧЕНИЯ)

Для обеспечения качества и безопасности медицинской помощи важно наличие единых подходов к организации лечебно-диагностического процесса. Устранению имеющихся разногласий способствовало утверждение на федеральном уровне порядков и стандартов оказания медицинской помощи, что оказалось недостаточным. Лечение пациентов должно осуществляться в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами лечения), которые разрабатываются и принимаются с самым широким привлечением профессионального сообщества, на основании данных доказательной медицины.

Клинические рекомендации — систематически разработанные документы, описывающие действия врача по диагностике, лечению и профилактике заболеваний и помогающие ему принимать правильные клинические решения. Использование клинических рекомендаций позволяет внедрять во врачебную практику наиболее эффективные и безопасные медицинские технологии (в том числе лекарственные средства), отказываться от необоснованных медицинских вмешательств и повышать качество медицинской помощи.

Клинические рекомендации разрабатывают и утверждают профессиональные медицинские сообщества на основании клинических исследований, проведённого по их результатам систематизированного обзора и мета-анализа.

Национальные клинические рекомендации при подготовке учитывают международные требования, включая использование инструмента по оценке качества клинических рекомендаций (он же AGREE), методологию разработки клинических рекомендаций и другие. При наличии международных рекомендаций по конкретной проблеме, национальные рекомендации могут основываться на них (или совокупности рекомендаций различных международных профессиональных сообществ) с учетом специфики России и с точки зрения актуальности проблемы, региональных особенностей заболеваний и выполнимости рекомендаций.

В соответствии с решением Минздрава России, национальные клинические рекомендации размещаются в Федеральной электронной медицинской библиотеке (www.femb.ru).

Для проведения аудита исполнения клинических рекомендаций (протоколов лечения) разрабатываются чек-листы по группам заболеваний, в соответствии с профилями оказываемой помощи в МО.

Во многих странах перечень критериев (индикаторов), в дальнейшем используемых для оценки качества помощи по определенной нозологии, разрабатывается уже в процессе согласования национальных клинических рекомендаций (например, в Соединенном Королевстве¹⁵).

Количество используемых критериев качества в каждом чек-листе должно быть сокращено до минимально эффективного и включать важнейшие (реперные) показатели.

Критерии качества медицинской помощи можно разделить на три группы:

- событийные (смысловые) – критерии оценки качества, отражающие выполнение или невыполнение медицинских услуг, назначение или неназначение лекарственных

¹⁵ Электронный ресурс: <http://www.nice.org.uk/standards-and-indicators>

средств (в первую очередь оцениваются те методики, которые в наибольшей степени влияют на качество лечебно-диагностического процесса);

- временные – критерии оценки качества, отражающие своевременность и рациональность выполнения лечебно-диагностических мероприятий (оценивается соблюдение сроков оказания медицинской услуги, назначения лекарственного средства, преждевременное завершение лечения, слишком длительное лечение по сравнению с установленным);
- результативные - критерии оценки качества, отражающие эффективность и результативность проведенного лечения при конкретном заболевании (оценивается достижение целевых значений исходов лечения, наличие или отсутствие осложнений).

№	Группа показателей	Показатели	№	Порядок оценки	Да	Нет
15.1	Наличие в МО клинических рекомендаций (в соответствии с профилем)	Наличие клинических рекомендаций (протоколов лечения) во всех подразделениях МО в соответствии с профилем подразделений)	15.1.1	Проверить наличие клинических рекомендаций (протоколов лечения) в МО в полном объеме (все опубликованные, включая за последний полный месяц, предшествующий аудиту) в соответствии со всеми профилями оказываемой медицинской помощи в МО		
			15.1.2	Проверить наличие клинических рекомендаций (протоколов лечения) в каждом подразделении МО в полном объеме (все опубликованные, включая за последний полный месяц, предшествующий аудиту) в соответствии с профилем подразделения		
		Наличие у персонала доступа 7/365 ко всем клиническим рекомендациям в соответствии с профилем оказываемой медицинской помощи	15.1.3	Оценить доступность клинических рекомендаций для персонала, проверить наличие их в печатном виде, или электронной базы данных, или круглосуточного доступа в интернет. Попросить не менее 3-х сотрудников (врача и среднего медицинского работника) в каждом подразделении продемонстрировать клинические рекомендации		
15.2	Регулярное информирование персонала об изменениях (опубликовании новых или внесении изменений в старые) в клинических рекомендациях	Наличие системы обновления информации о клинических рекомендациях (протоколов лечения), в соответствии с профилем оказываемой помощи Наличие системы регулярного информирования персонала об изменениях в клинических рекомендациях	15.2.1	Наличие ответственного/ответственных за обновление информации, указать ФИО, должность, опросить ответственных на предмет оценки эффективности работы (знаний последних изменений, опубликованных в течение последнего полного месяца, предшествовавшего аудиту)		
			15.2.2	Оценить информирование персонала, проверить наличие протоколов конференций, совещаний, опросить не менее 5 сотрудников на предмет подтверждения информирования (конференции, собрания и т.д.)		
			15.2.3	Оценить знания персоналом клинических рекомендаций, опросить не менее 3 сотрудников (врача и среднего медицинского работника) в каждом подразделении на предмет знаний рекомендаций отобранным случайным способом в соответствии с профилем подразделения		
15.3	Исполнение клинических	Соответствие лечебно-диагностического процесса	15.3.1	Оценить соответствие ведения пациентов клиническим рекомендациям, проверить не менее 10 АК, в каждом		

№	Группа показателей	Показатели	№	Порядок оценки	Да	Нет
	рекомендаций (проколов лечения)	клиническим рекомендациям		подразделении МО, отобранных методом случайной выборки, включая пролеченных пациентов в течение последнего месяца, предшествующего аудиту		
		Соответствие алгоритмов МО клиническим рекомендациям	15.3.2	Оценить соответствие алгоритмов МО клиническим рекомендациям, проверить не менее 5 алгоритмов, отобранных методом случайной выборки		

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Предлагаемая система внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности поликлиник может быть внедрена при соблюдении нескольких условий:

1. Непрерывное образование персонала- основополагающий элемент процесса непрерывного улучшения качества.
2. Планирование работы с определением ответственных и сроков, а также контроль выполнения задач.
3. Постоянная оценка как основная методика функционирования системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Наибольшая отдача будет достигнута при завершенности каждого из этапов, участии всего персонала, использование критериев, основанных на данных доказательной медицины.

Внедрение Предложений может быть осуществлено двумя способами:

1. Самостоятельное внедрение силами МО с использованием потенциала собственных специалистов;
2. Внедрение при внешней поддержке привлеченных специалистов. Второй способ короче по времени, но интенсивнее и затратнее.

Вне зависимости от выбранного способа внедрения, рекомендуется разделить программу по внедрению на следующие этапы:

1. Формирование мультидисциплинарной рабочей группы по внедрению Предложений во главе с представителем руководства МО. Общее руководство должен осуществлять главный врач МО.
2. Проведение самооценки (внутреннего аудита) по всем разделам медицинской деятельности для определения состояния «как есть».
3. Анализ полученных данных, определение проблем, разработка детального плана с описанием мероприятий, с ответственными и сроками. Формирование понимания «как должно стать».
4. Проведение цикла обучающих мероприятий (тренингов и семинаров для персонала): самооценка, как разработать СОПы и алгоритмы МО и т.д.
5. Формирование постоянных и временных (для решения конкретных задач) рабочих групп.
6. Регулярные мероприятия по анализу результатов работы (не реже одного раза в месяц). Проведение заключительной оценки МО.

В дальнейшем в медицинской организации требуется постоянная работа по поддержанию качества и безопасности медицинской деятельности с использованием внутреннего контроля.