

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ
«ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 4»**

ПРИКАЗ
г.Благовещенск

От 17.12.2018 № 374/1

О внедрении системы менеджмента
качества и мероприятий по повышению
качества и безопасности предоставления
первичной медико-санитарной помощи в
ГАУЗ АО «Городская поликлиника №4»

Во исполнение целей и задач, указанных в проекте приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об утверждении требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности», подготовленного Министерством здравоохранения России 21.09.2018 г., требований приказа министерства здравоохранения Амурской области от 11.09.2018г. № 750 «О реализации мероприятий по повышению качества и безопасности медицинской деятельности в государственных медицинских организация Амурской области», а также с целью стабильного качества, предоставляемой ГАУЗ АО «Городская поликлиника №4» первичной медико-санитарной помощи, удовлетворения прав, требований и ожиданий пациентов при обращении в диспансер, выстраивания работы в полном соответствии с действующими нормативно-правовыми актами и требованиями контрольно-надзорных органов

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Приступить к разработке и внедрению интегрированной системы менеджмента качества (сокращенно СМК).

2. Утвердить Положение о рабочей группе по реализации проекта повышения качества и безопасности медицинской деятельности в ГАУЗ АО «Городская поликлиника №4» (приложение № 1).
3. Утвердить план реализации проекта повышения качества и безопасности медицинской деятельности в ГАУЗ АО «Городская поликлиника №4» на 2019 год (приложение №2).
4. Назначить руководителем проекта заместителя главного врача по ЭВН Е.В. Девяткину и заместителя главного врача по медицинской части Т.В. Кобылкину. Возложить на нее обязанности по управлению проектом, реализации рекомендаций консультантов и организации работы по разработке, внедрению и поддержания в рабочем состоянии интегрированной системы менеджмента качества, в соответствии с техническим заданием и планом проекта.
5. Заместителю главного врача по ЭВН Е.В. Девяткиной и заместителю главного врача по мед. части Т.В. Кобылкиной:
 - 5.1. Определить рабочие группы для работы всех участников проекта в соответствии детальным планом работ по внедрению СМК в ГАУЗ АО «Городская поликлиника №4» (приложение № 3).
 - 5.2. Утвердить показатели реализации проекта СМК на 2019 год по основным направлениям деятельности ГАУЗ АО «Городская поликлиника №4» (приложение № 4).
 - 5.3. Осуществлять контроль за ходом работы по реализации проекта внедрения СМК в соответствии детальным планом.
6. Программистам Соболеву А.А. и Агеенко Д.Ф. обеспечить рабочую группу помещением со всем необходимым офисным оборудованием (орг.техника: компьютер с подключением к интернет, принтер, телефон и т.д.) для выполнения работ по реализации проекта.
7. Секретарю Семеренко С.В. ознакомить с приказом всех заинтересованных лиц под роспись.
8. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Главный врач



Н.Г. Дубоделова

Положение
о рабочей группе по реализации проекта
повышения качества и безопасности медицинской деятельности в
ГАУЗ АО «Городская поликлиника №4»

I. Общие положения

1. Рабочая группа по реализации проекта повышения качества и безопасности медицинской деятельности сформирована в целях разработки и внедрения интегрированной системы управления качеством и безопасностью деятельности в ГАУЗ АО «ГП№4».

2. Рабочую группу возглавляет ее руководитель, назначаемый приказом главного врача.

3. Деятельность рабочей группы регламентируется:

- планом проекта;
- требованиями нормативных документов и международных стандартов, перечисленных в техническом задании проекта;
- приказами и распоряжениями главного врача;
- распоряжениями руководителя проекта;
- инструкциями привлеченных консультантов;
- настоящим Положением.

4. Рабочая группа решает возложенные на нее задачи во взаимодействии со всеми сотрудниками организации, в первую очередь с руководством структурных подразделений.

2. Задачи рабочей группы

1. Организация разработки и внедрения интегрированной системы управления качеством в соответствии с требованиями нормативных документов и международных стандартов, перечисленных в техническом задании проекта.

2. Координация деятельности структурных подразделений диспансера по внедрению этой системы.

3. Функции рабочей группы

1. Изучение нормативных документов по вопросам создания интегрированной системы управления качеством и безопасностью деятельности медицинских, опыта других медицинских организаций в создании систем менеджмента качества и разработка плана своей работы.

2. Разработка документированных алгоритмов и процедур, требуемых глобальным планом проекта, их обсуждение, корректировка, внедрение и актуализация.

3. Организация работы по соблюдению разработанных документов на уровне всех структурных подразделений.

4. Проведение внутреннего аудита и самооценки.

5. Методическая и консультационная поддержка исполнителям при внедрении разработанных документов.

6. Подготовка анализов и рекомендаций по проблемам управления качеством для обсуждения и принятия решений руководством организации.

7. Разработка предложений по мотивации персонала, занятого разработкой документации системы менеджмента качества.

4. Состав рабочей группы

1. Рабочая группа включает в свой состав представителей структурных подразделений, имеющих определенный уровень компетентности по направлениям, которым группа занимается и высокую ответственность за качественное выполнение поручения на условиях совмещения с основной профессиональной деятельностью.

2. Численность рабочей группы устанавливается главным врачом с учетом возложенных на нее задач.

5. Ресурсы рабочей группы

1. Для обеспечения работы коллектива рабочей группы предоставляется помещение, компьютер, принтер.

2. С целью оказания методической помощи рабочей группе привлекаются внешние консультанты. Рабочая группа вправе в любой момент требовать помощи консультантов.

3. Деятельность Рабочей группы финансируется за счет собственных средств организации.

4. Участники Рабочей группы премируются в установленном порядке.

6. Права рабочей группы

1. Запрашивать и получать информацию у всех подразделений, необходимую для реализации задач рабочей группы.

2. Привлекать к работе рабочей группы всех необходимых сотрудников, независимо от их места работы.

3. Обеспечивать повышение квалификации членов рабочей группы по проблемам управления качеством и безопасностью деятельности медицинских организациях.

4. Требовать у руководителей структурных подразделений выполнения решений рабочей группы в связи с реализацией проекта.

7. Обязанности рабочей группы

1. Руководитель рабочей группы обязан:

- получать информацию о состоянии дел от членов рабочей группы;
- участвовать в разработке плана графика;
- определять приоритеты работ;
- принимать результаты проекта;
- назначать ответственных за выполнение пунктов плана графика;
- обеспечить взаимодействие со всеми подразделениями организации;
- обеспечить членов рабочей группы достоверной и полной информацией, необходимой для проведения работ в соответствии с пунктами плана графика;
- организовать соблюдение выполнения пунктов плана-графика членами Рабочей группы;
- отвечать за своевременность реализаций принятых решений.

2. Участники рабочей группы обязаны:

- соблюдать план-график работ по проекту;
- участвовать в совещаниях рабочей группы;
- надлежащим образом заполнять отчетные документы;
- соблюдать регламент взаимоотношений рабочей группы;
- сообщать обо всех потенциальных конфликтах и ограничивающих факторах руководителю рабочей группы.

8. Планирование деятельности рабочей группы СМК

1. Долгосрочное планирование осуществляется на основе плана-графика проекта.
2. Оперативное планирование осуществляется на совещании рабочей группы. При необходимости формируется уточненный план-график работ.
3. Совещание рабочей группы проводится в соответствии с поступлением вопросов, требующих обсуждения или консультации, но не реже, чем один раз в месяц.
4. О причине отсутствия на очередном совещании член рабочей группы должен не позднее, чем за день до совещания предупредить руководителя рабочей группы.
5. Каждое совещание рабочей группы оформляется в протоколе с указанием присутствующих, тематики совещания и планируемых мероприятий, краткой информации о выполнении заданий и принятых решений совещания.

9. Контроль деятельности и отчетность

1. Оперативный контроль деятельности членов рабочей группы ведет руководитель этой группы в виде отчета в формах, определяемых на предыдущем совещании.

10. Формы документов

1. Все документы в рамках регламента оформляются в формате Microsoft Office. В электронных и печатных версиях документации в обязательном порядке указываются дата составления документа, фамилия, имя, отчество исполнителя и при необходимости - должность.

13. Взаимоотношения и связи рабочей группы

1. В ходе выполнения основных задач и реализации своих функций рабочая группа поддерживает отношения со структурными подразделениями по вопросам управления процессами и разработки документированных процедур.

2. Рабочая группа поддерживает постоянную связь с консультантами, используя все возможности для эффективной коммуникации. Связь с консультантами члены рабочей группы реализуют или через руководителя Рабочей группы, или самостоятельно.

ПЛАН РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА

№	Фаза и план проекта	Продолжи-тельность (дней)	начало	окончание	Комм-ентари-й
	Фаза 1: Подготовка к реализации проекта	140	17.12.2018	23.04.2019	
1.	Создание начальной команды проекта	1	17.12.2018	17.12.2018	
2.	Обучение команды проекта	5	24.12.2018	28.12.2018	
3.	Создание сайта проекта	16	11.01.2019	26.01.2019	
4.	Определение показателей успешности проекта	19	16.02.2019	01.03.2019	
5.	Проведение диагностического аудита на всех местах, где осуществляется медицинская деятельность	35	01.03.2019	01.04.2019	
6.	Создание архива проекта	41	28.01.2019	09.03.2019	
	Фаза 2: Детальное планирование работы и обучение участников проекта	67	11.01.2019	22.03.2019	
7.	Разработка модели системы менеджмента - определение процессов и способов их регламентации	41	01.02.2019	13.03.2019	
8.	Разработка детального плана проекта	13	14.01.2019	27.01.2018	
9.	Обучение руководителей всех уровней	10	25.01.2019	03.02.2019	
10.	Создание структуры для управления качеством и безопасностью медицинских услуг	26	04.02.2019	01.03.2019	
	Фаза 3: Внедрение процессного подхода	378	17.12.2018	29.12.2019	
11.	Анализ и регламентация процессов в организации	101	04.02.2019	15.05.2019	
12.	Разработка показателей результативности и эффективности процессов	76	25.02.2019	11.05.2019	
13.	Разработка методов предупреждения нежелательных событий и уменьшения их последствий	109	03.04.2019	20.06.2019	
14.	Разработка методов снижения	109	03.04.2019	20.06.2019	

	рисков				
15.	Мониторинг проекта со стороны руководителя проекта и главврача	378	17.12.2018	29.12.2019	
	Фаза 4: Внедрение регламентов в повседневную работу организации и тестирование на практике	146	01.06.2019	19.10.2019	
16.	Обучение персонала для применения разработанных регламентов	48	27.05.2019	13.07.2019	
17.	Оперативное применение разработанных регламентов	136	03.07.2019	16.10.2019	
18.	Обучение руководителей всех уровней	45	08.07.2019	30.07.2019	
19.	Обучение команды проекта внутреннему аудиту	22	15.07.2019	09.08.2019	
20.	Проведение окончательного внутреннего аудита и оценка результатов применения регламентов	25	05.09.2019	30.09.2019	
	Фаза 5: Улучшения	84	25.09.2019	29.12.2019	
21.	Улучшение разработанных регламентов	76	25.09.2019	09.12.2019	
22.	Разработка планов улучшения на основе мониторинга показателей	50	31.10.2019	09.12.2019	
23.	Оценка результатов проекта	26	14.11.2019	09.12.2019	
24.	Окончание проекта (итоговое совещание)	10	20.12.2019	29.12.2019	
	Всего	389	03.12.2018	29.12.2019	

Приложение 2
к Приказу № 374/1

Состав рабочих групп для реализации проекта

№	Название рабочей группы	Представитель структурного подразделения	ФИО
1.	Управление рисками, охрана труда и техника безопасности. Экология - охрана окружающей среды	Начальник отдела кадров	Коврижко И.И.
		Заведующий хозяйством	Диканев А.Д.
		Заведующие структурными подразделениями	Шевченко Г.Б., Темник Н.Ф., Филатова Т.В., Демура М.А., Борисова Т.В., Протасова Я.С., Камынина И.А., Рыбакова И.В.
		Специалист по ЧС и ГО	Глотова Л.Н.
		Главная медицинская сестра и ее резерв	Недоступ Н.С., Чуприна А.А.
		Врач-эпидемиолог	Натыкан Ю.А.
		Юрист	Анегова И.В.
2.	Готовность к реагированию на внештатные ситуации - немедицинский аспект	Специалист по ЧС и ГО	Глотова Л.Н.
		Заведующий хозяйством	Диканев А.Д.
3.	Готовность к реагированию на внештатные и экстренные ситуации - медицинский аспект	Зам. главного врача по медицинской части	Кобылкина Т.В.
		Главная медицинская сестра и ее резерв	Недоступ Н.С., Чуприна А.А.
4.	Общий менеджмент	Зам. главного врача по медицинской части	Кобылкина Т.В.
		Зам. главного врача по ЭВН	Девяткина Е.В.

		Зам. главного врача по экономическим вопросам	Тимощенко Т.К.
		Юрист	Анегова И.В.
		Заведующие подразделениями	Шевченко Г.Б., Темник Н.Ф., Филатова Т.В., Демура М.А., Борисова Т.В., Протасова Я.С., Камынина И.А., Рыбакова И.В.
5.	Управление персоналом	Зам. главного врача по медицинской части	Кобылкина Т.В.
		Зам. главного врача по экономическим вопросам	Тимощенко Т.К.
		Заведующий хозяйством	Диканев А.Д.
		Начальник отдела кадров	Коврижко И.И.
		Главная медицинская сестра и ее резерв	Недоступ Н.С., Чуприна А.А.
6.	Управление качеством	Зам. главного врача по медицинской части	Кобылкина Т.В.
		Заведующие подразделениями	Шевченко Г.Б., Темник Н.Ф., Филатова Т.В., Демура М.А., Борисова Т.В., Протасова Я.С., Камынина И.А., Рыбакова И.В.
		Главная медицинская сестра и ее резерв	Недоступ Н.С., Чуприна А.А.
7.	Лабораторная диагностика	Зав. КДЛ	Рыбакова И.В.
		Зам. главного врача по медицинской части (по мере необходимости)	Кобылкина Т.В.
		Главная медицинская сестра и ее резерв	Недоступ Н.С., Чуприна А.А.

		(по мере необходимости)	
8.	Управление ресурсами и энергосбережение	Заведующий хозяйством	Диканев А.Д.
		Главный бухгалтер	Резикова Л.А.
		Главная медицинская сестра и ее резерв (по мере необходимости)	Недоступ Н.С., Чуприна А.А.
9.	Безопасность медицинских процессов	Зам. главного врача по медицинской части	Кобылкина Т.В.
		Зам. главного врача по ЭВН	Девяткина Е.В.
		Главная медицинская сестра и ее резерв	Недоступ Н.С., Чуприна А.А.
		Руководители медицинских подразделений (будут привлекаться для обсуждения отдельных тем, согласно профилю подразделения)	Шевченко Г.Б., Темник Н.Ф., Филатова Т.В., Демура М.А., Борисова Т.В., Протасова Я.С., Камынина И.А., Рыбакова И.В.

**Показатели реализации проекта СМК на 2019 год
по основным направлениям деятельности**

ГАУЗ АО «Городская поликлиника №4»

№ п/п	Наименование показателя	Ответственные лица	Срок исполнения	Примечание
1. Управление персоналом. Медицинские кадры.				
1.1.	Организация труда, управление деловыми коммуникациями, использование системы мотивации (включая использование материальных и нематериальных стимулов)	Начальник отдела кадров, зам. главного врача по медицинской части, зам. главного врача по ЭВН, зам. главного врача по экономическим вопросам, заведующие отделениями	До ноября 2019г (разработка необходимых алгоритмов и инструкций в соответствии с оценочным листом проекта приказа Минздрава РФ)	Своевременная разработка регламентирующей документации
1.2.	Стратегическая работа с персоналом (включая подготовку резерва руководителей)			
1.3.	Подбор и адаптация персонала			
1.4.	Оперативная работа с персоналом (включая обучение и развитие)			
2. Организация профилактической работы. Формирование здорового образа жизни среди населения.				
2.1.	Организация работы профилактического отделения, мероприятий по формированию здорового образа жизни	Зам. главного врача по медицинской части, зав. отделением профилактики, заведующие терапевтическими отделениями, старшие сестры отделений, главная сестра и ее резерв	До ноября 2019г (разработка необходимых алгоритмов и инструкций в соответствии с оценочным листом проекта приказа Минздрава РФ)	Своевременная разработка регламентирующей документации
2.2.	Организация проведения вакцинации, включая: наличие национального календаря,			

	положение о маршрутизации вакцинации, наличие плана мероприятий МО вовлечения прикрепленного населения к проведению вакцинации на текущий год			
2.3.	Организация мероприятий по профилактике хронических неинфекционных заболеваний			
2.4.	Организация работы «школы пациентов»			
3. Организация работы регистратуры				
3.1.	Организация работы регистратуры	Зам. главного врача по медицинской части, заведующие отделениями, старшие сестры отделений, главная сестра и ее резерв, старшая сестра регистратуры, регистраторы, программисты	До ноября 2019г (разработка необходимых алгоритмов и инструкций в соответствии с оценочным листом проекта приказа Минздрава РФ)	Своевременное внесение изменений на информационные стенды, сайт поликлиники, контроль за рациональным использованием рабочего времени, минимизация жалоб от пациентов
3.2.	Управление потоками пациентов			
3.3.	Медицинская информационная система			
3.4.	Информирование пациентов с целью получения информации работе МО, медицинских услугах, оказываемых в данной МО и других МО региона			
3.5.	Учет, хранение, оформление медицинской документации			
3.6.	Оформление медицинской документации, включая листки временной нетрудоспособности, справки и др.			
3.7.	Эффективная коммуникация медицинского персонала регистратуры с пациентами			
4. Организация экстренной и неотложной помощи в поликлинике				
4.1.	Организация работы при оказании экстренной помощи в поликлинике и разработка алгоритмов оказания	Зам. главного врача по медицинской части, заведующие отделениями, старшие сестры	До ноября 2019г (разработка необходимых	Своевременная разработка регламентирующей документации

	экстренной помощи	отделений, главная сестра и ее резерв, медицинский персонал	алгоритмов и инструкций в соответствии с оценочным листом проекта приказа Минздрава РФ)	
4.2.	Организация неотложной медицинской помощи на дому и разработка алгоритмов/инструкций по приему вызовов, оказанию неотложной помощи			
5. Диспансеризация прикрепленного населения				
5.1.	Организация проведения диспансеризации	Зам. главного врача по медицинской части, зав. отделением профилактики, заведующие отделениями, старшие сестры отделений, главная сестра и ее резерв	До ноября 2019г (разработка необходимых алгоритмов и инструкций в соответствии с оценочным листом проекта приказа Минздрава РФ)	Своевременная разработка регламентирующей документации
5.2.	Организация работы кабинета медицинской профилактики в рамках диспансеризации			
5.3.	Организация диспансеризации инвалидов ВОВ, участников ВОВ, узников концлагерей, «Жителей блокадного Ленинграда»			
5.4.	Организация профилактических/периодических осмотров			
5.5.	Организация системы информирования пациентов по вопросам диспансеризации			
6. Диспансерное наблюдение за хроническими больными				
6.1.	Организация динамического наблюдения за пациентами, страдающими хроническими заболеваниями	Зам. главного врача по медицинской части, заведующие отделениями, старшие сестры отделений, главная сестра и ее резерв, медицинский персонал	До ноября 2019г (разработка необходимых алгоритмов и инструкций в соответствии с оценочным листом проекта приказа Минздрава РФ)	Своевременная разработка регламентирующей документации
6.2.	Информирование пациентов по вопросам динамического наблюдения			
6.3.	Динамическое наблюдение за маломобильными хроническими больными			

7. Стационарозамещающие технологии (организация работы дневного стационара)				
7.1.	Организация работы дневного стационара	Зам. главного врача по медицинской части, зав. отделением дневного стационара, заведующие отделениями, старшие сестры отделений, главная сестра и ее резерв,	До ноября 2019г (разработка необходимых алгоритмов и инструкций в соответствии с оценочным листом проекта приказа Минздрава РФ)	Своевременная разработка регламентирующей документации
7.2.	Организация выписки пациентов из дневного стационара			
7.3.	Информирование/ консультирование пациентов при выписке, включая обсуждение плана дальнейшего лечения			
8. Преемственность оказания медицинской помощи. Передача ответственности за пациента.				
8.1.	Организация преемственности оказания медицинской помощи при госпитализации (экстренной и плановой) пациентов	Зам. главного врача по медицинской части, заведующие отделениями, главная сестра и ее резерв, старшие сестры отделений, медицинский персонал	До ноября 2019г (разработка необходимых алгоритмов и инструкций в соответствии с оценочным листом проекта приказа Минздрава РФ)	Своевременная разработка регламентирующей документации
8.2.	Организация преемственности лечения, профилактических мероприятий после выписки пациентов из стационаров			
8.3.	Организация преемственности оказания медицинской помощи пациентам на дому			
9. Эпидемиологическая безопасность (профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи)				
9.1.	Организация обеспечения эпидемиологической безопасности	Зам. главного врача по медицинской части, врач-эпидемиолог, заведующие отделениями, старшие сестры отделений, главная сестра и ее резерв, медицинский персонал	До ноября 2019г (разработка необходимых алгоритмов, инструкций, СОП-ов в соответствии с оценочным листом)	Своевременная разработка регламентирующей документации, при необходимости внесение коррективов, минимизация обращений пациентов на состояние
9.2.	Мероприятия по активному выявлению, учету и регистрации, анализу инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи среди пациентов и персонала			

9.3.	Проведение микробиологических исследований (включая случаи подозрения на инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи)		проекта приказа Минздрава РФ)	санэпидрежима структурных подразделениях поликлиники	в			
9.4.	Организация стерилизации МИ в МО							
9.5.	Обеспечение эпидемиологической безопасности среды							
9.6.	Наличие полностью оборудованных мест для мытья и обработки рук							
9.7.	Соблюдение правил гигиены рук персоналом, пациентами и посетителями							
9.8.	Соблюдение персоналом алгоритма использования индивидуальных средств защиты							
9.9.	Система профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, у медицинского персонала							
9.10.	Рациональное использование антибактериальных лекарственных средств для профилактики и лечения							
9.11.	Наличие информации по вопросам профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи							
10. Лекарственная безопасность								
10.1.	Обеспечение лекарственной безопасности в медицинской организации	Зам. главного врача по медицинской части, врач-эпидемиолог, заведующие отделениями, старшие сестры отделений, главная сестра и ее резерв, медицинский персонал				До октября 2019г (разработка необходимых алгоритмов, инструкций, СОП-ов в соответствии с оценочным листом проекта приказа Минздрава РФ)	Своевременная разработка регламентирующей документации, при необходимости внесение коррективов, минимизация обращений пациентов на организацию и состояние лекарственной	
10.2.	Регистрация и сбор информации о серьезных и непредвиденных нежелательных реакциях в медицинской организаций и передачи сведений о них в Росздравнадзор							
10.3.	Организация внутреннего							

	производственного контроля (обеспечение качества лекарственных препаратов)			безопасности структурных подразделениях поликлиники	В
10.4.	Контроль условий хранения лекарственных препаратов, требующих особых условий хранения				
10.5.	Определение мест хранения ЛС				
10.6.	Соблюдение требований к упаковке и маркировке лекарственных препаратов				
10.7.	Прогнозирование риска при использовании лекарственных препаратов: побочные реакции, токсическое действие лекарственных препаратов, взаимодействие лекарственных препаратов, учет обстоятельств, сопутствующих заболеваний				
10.8.	Процесс назначения и использования лекарственных препаратов				
10.9.	Контроль качества письменных назначений лекарственных препаратов				
10.10.	Контроль эффективности назначения лекарственных препаратов				
10.11.	Информирование персонала о лекарственных препаратах				
10.12.	Обучение и информирование пациентов, сопровождающих, ухаживающих				
11. Контроль качества и безопасности обращения медицинских изделий					
11.1.	Организация контроля качества и безопасности обращения медицинских изделий в МО	Зам. главного врача по медицинской части, заведующий хозяйством, заведующие отделениями, старшие сестры	До октября 2019г (разработка необходимых алгоритмов,	Своевременная разработка регламентирующей документации, при необходимости внесение	
11.2.	Соблюдение правил				

	эксплуатации медицинских изделий	отделений, главная сестра и ее резерв, медицинский персонал	инструкций, СОП-ов в соответствии с оценочным листом проекта приказа Минздрава РФ)	корректиров, минимизация обращений пациентов на организацию контроля качества и безопасности обращения медицинских изделий в структурных подразделениях поликлиники
11.3.	Регистрация и учет побочных действий, нежелательных реакций при применении медицинских изделий, особенностей взаимодействия медицинских изделий			
11.4.	Контроль условий хранения медицинских изделий в соответствии с рекомендуемыми производителем			
11.5.	Регулярная поверка средств измерения			
12. Безопасность среды в медицинской организации				
12.1.	Формирование безопасной среды для пациентов и персонала	Зам. главного врача по медицинской части, заведующий хозяйством, специалист по ГО и ЧС, заведующие отделениями, старшие сестры отделений, главная сестра и ее резерв, медицинский персонал	До декабря 2019г (разработка необходимых алгоритмов, инструкций, СОП-ов, других регламентирующих документов в соответствии с оценочным листом проекта приказа Минздрава РФ)	Своевременная разработка регламентирующей документации, при необходимости внесение корректиров, минимизация обращений пациентов в части организации безопасной среды пребывания в поликлинике
12.2.	Оптимальная организация (структура), рациональность, безопасность планировки подразделений			
12.3.	Рациональная и безопасная организация пространства в помещениях			
12.4.	Обеспечение безопасных условий пребывания			
12.5.	Система охраны и безопасности			
12.6.	Обеспечение безопасности и при возникновении опасных техногенных ситуаций, стихийных бедствий			
12.7.	Обеспечение беспрепятственного подъезда спецтранспорта			
12.8.	Система информационной безопасности. Обеспечение защиты персональных данных пациентов			

13. Хирургическая безопасность. Профилактика рисков, связанных с оперативными вмешательствами				
13.1.	Организация хирургической безопасности в МО	Зам. главного врача по медицинской части, заведующая ТО № 3, заведующая дневным стационаром, старшие сестры отделений, главная сестра и ее резерв, медицинский персонал	До октября 2019г (разработка необходимых алгоритмов, инструкций, СОП-ов в соответствии с оценочным листом проекта приказа Минздрава РФ)	Своевременная разработка регламентирующей документации, при необходимости внесение коррективов, минимизация обращений пациентов на организацию и состояние хирургической помощи в структурных подразделениях поликлиники
13.2.	Порядок учета и регистрации послеоперационных осложнений			
13.3.	Обучение персонала по вопросам хирургической безопасности			
13.4.	Процесс подготовки к плановому оперативному вмешательству			
14. Организация оказания медицинской помощи на основании данных доказательной медицины. Соответствие клиническим рекомендациям (протоколам лечения)				
14.1.	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	Зам. главного врача по медицинской части, зам. главного врача по ЭВН, заведующие отделениями, старшие сестры отделений, главная сестра и ее резерв, медицинский персонал	До октября 2019г (разработка необходимых алгоритмов, инструкций, СОП-ов в соответствии с оценочным листом проекта приказа Минздрава РФ)	Своевременная разработка регламентирующей документации, при необходимости внесение коррективов, минимизация обращений пациентов на организацию медицинской помощи в структурных подразделениях поликлиники
14.2.	Исполнение клинических рекомендаций (проколов лечения). Соответствие лечебно-диагностического процесса клиническим рекомендациям			