

С.В. Евстигнеев, А.В. Дылдин, В.Г. Шимохин

**Внедрение системы менеджмента
качества в многопрофильной
больнице**

Пенза
2016 год

УДК 61:33
ББК 65.495 (2Рос–4Пен)

С.В. Евстигнеев, А.В. Дылдин, В.Г. Шимохин

Внедрение системы менеджмента качества в многопрофильной больнице – Пенза: ИП Соколов А.Ю., 2016. – 364 с.

В работе представлены основные положения системы менеджмента качества (СМК), определяемые стандартом ИСО – 9001:2008, реализованные в локальных нормативных актах, принятых в процессе разработки и внедрения системы менеджмента качества в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко».

Книга рассчитана на организаторов здравоохранения (руководителей медицинских организаций, заместителей руководителей медицинских организаций, уполномоченных по качеству в медицинских организациях).

ISBN 978-5-906631-18-3

© С.В. Евстигнеев, А.В. Дылдин, В.Г. Шимохин, 2016
© ГБУЗ «Пензенская областная клиническая
больница имени Н.Н. Бурденко»

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	4
Общие понятия системы менеджмента качества	5
Базисные принципы системы менеджмента качества	11
Техническое задание на разработку и внедрение СМК	21
Диагностический аудит системы менеджмента качества	27
Приказ о разработке и внедрению СМК	42
Приказ о назначении ответственных за разработку СМК	47
Политика в области качества	51
Процессная модель системы менеджмента качества	54
Приказ о врачебной комиссии	133
Приказ о Медицинском Совете	164
Правила оформления медицинской документации	182
Положение о внутреннем контроле КМП	209
Внутренний аудит СМК	240
Инструкция по делопроизводству ГБУЗ ПОКБ	267
Инструкция по разработке должностной инструкции и положения о подразделении	336
Приказ об утверждении Положения о СМК	360
Список литературы	362

ПРЕДИСЛОВИЕ

Уважаемые коллеги!

Предлагаем вашему вниманию книгу «Внедрение системы менеджмента качества (СМК) в условиях областной многопрофильной больницы».

В работе представлены основные положения системы менеджмента качества (СМК), определяемые стандартом ИСО – 9001:2008, локальные нормативные акты, принятые в процессе разработки и внедрения системы менеджмента качества в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко».

Книга содержит незначительное количество пояснений, так как основное внимание уделено именно локальным нормативным актам, которые являются основополагающими для организации работы по разработке и внедрению системы менеджмента качества согласно стандарту ИСО – 9001:2008 в медицинской организации независимо от формы собственности и уровня оказания медицинской помощи.

Представленные в книге локальные нормативные акты помогут ускорить внедрение системы менеджмента качества в медицинской организации и пройти соответствующую сертификацию.

Книга рассчитана на организаторов здравоохранения (руководителей медицинских организаций, заместителей руководителей медицинских организаций, уполномоченных по качеству в медицинских организациях).

Авторский коллектив

ОБЩИЕ ПОНЯТИЯ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА (СМК)

«Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь...» (ст. 41 Конституции Российской Федерации).[1]

Качество медицинской помощи - совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата (п.21 ст.2 федерального Закона от 21.11.2011 года № 323 – ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).[2]

Проблемы повышения качества медицинской помощи крайне актуальны для современного российского здравоохранения. В качестве выхода из сложившейся ситуации предлагается использовать накопленный зарубежный опыт менеджмента качества, адаптируя его к нуждам отечественного здравоохранения. Основой этой работы является внедрение в практику здравоохранения международных стандартов серии ISO 9001 и их российских аналогов.[3]

К характеристикам качества медицинской помощи относятся ее своевременность, результативность, профессиональная компетентность медицинских работников, эффективность, непрерывность, безопасность, удобство удовлетворения медицинских потребностей пациента. Компонентами качества медицинской помощи, которые можно использовать в виде критериев и показателей его состояния, эксперты ВОЗ считают:

- правильность выполнения медицинских технологий;
- отсутствие риска для пациентов;
- оптимальность использования ресурсов;
- удовлетворенность потребителей медицинской помощи. [4]

В настоящее время имеется несколько концептуальных подходов к обеспечению качества медицинской помощи, что в первую очередь связано с определением понятия "качество" в медицине. Наиболее полно подходит к определению качества медицинской помощи A.Donabedian (1988), предложивший характеризовать качество тремя аспектами:

- качество структуры (организационно-техническое качество ресурсов: здания, сооружения, оборудование, материалы, кадры);

- качество процесса (технологии, профилактика, диагностика, лечение, соблюдение принципа стандартов);
- качество результата (достижение принятых клинических показателей и соотнесение их с экономическими показателями).

В процессе оказания медицинской помощи качество отражает весь спектр взаимодействий медицинского работника и пациента. Следовательно, все составляющие этого взаимодействия будут характеризовать качество медицинской помощи. К настоящему времени общепринятыми являются следующие характеристики качества:

- профилактическая направленность;
- доступность;
- результативность;
- межличностные отношения;
- эффективность;
- непрерывность;
- безопасность;
- удобство;
- удовлетворенность пациента.

Данные характеристики относятся как к клиническому аспекту, так и к деятельности всех субъектов, обеспечивающих отрасль ресурсами.[5]

По отношению ко всей системе здравоохранения ВОЗ рекомендует определять понятие качества медицинской помощи в виде комплекса нескольких показателей:

- эффективность - отношение затратных ресурсов к полученным клиническим результатам;
- экономичность - отношение ресурсных затрат к нормативной стоимости;
- адекватность - соотношение между оказанной медицинской помощью и потребной (стандартной): использование доказательных технологий, время оказания помощи, доступность в получении помощи, достаточность количества медицинских услуг.

Таким образом, качество - результат деятельности, направленной на создание таких условий оказания медицинской помощи населению, которые позволяют выполнить заявленные государством (медицинским учреждением) гарантии в соответствии с установленными критериями и показателями качества с учётом удовлетворенности населения полученной помощью. [6]

Управление процессом обеспечения качества медицинской помощи является прикладной дисциплиной общей теории управления здравоохранением. С учетом специфики здравоохранения существуют три модели управления качеством: профессиональная, бюрократическая и индустриальная.

Профессиональная модель исторически сложилась как форма управления качеством в стационаре, где критерием качества являлся индивидуальный профессиональный уровень. Основанная только на интуитивном мышлении врача, данная модель управления качеством оказалась малоэффективной в условиях оказания высокотехнологичных видов медицинской помощи, требующих скоординированного участия большого числа специалистов и повышения интеллектуальности врачебной работы. В данной модели не учитывается экономическая составляющая качества, а оценка результатов проводится самим лечащим врачом.

Бюрократическая модель управления основана на стандартизации объемов и результатов медицинской помощи. Вместе с тем ей присуща вся атрибутика профессиональной модели управления. Данная модель управления используется в настоящее время во многих учреждениях страны. Несомненно, что внедрение бюрократической модели является прогрессивным шагом в работе по улучшению качества. Однако в ее использовании не участвуют вспомогательные и хозяйственные службы медицинских учреждений, органы управления здравоохранением, рядовые медицинские работники. Управление качеством медицинской помощи занимаются администрация и руководители лечебно-диагностических подразделений, от правильного взаимодействия которых главным образом зависит качество. Часто администрация в основном контролирует процессы обеспечения ресурсами, не вникая глубоко в действующие технологии лечебно-диагностического процесса. Анализ и оценку результатов медицинской помощи дают сами руководители структурных подразделений, или они не проводятся совсем. Отклонения в лечебно-диагностическом процессе систематически не измеряются, не оптимизируются и не корректируются. В связи с этим информация о результатах оказания медицинской помощи поступает в администрацию зачастую в искаженном виде и практически не влияет на принятие решений по управлению качеством. Таким образом, администрация больницы не имеет действенных инструментов для управления качеством медицинской помощи. Все это вместе

взятое приводит к появлению неконтролируемых дефектов оказания медицинской помощи, существенному увеличению финансовых расходов. В такой ситуации, как правило, выпадает важнейшая характеристика качества – доступность медицинской помощи. В условиях стихийности и несовершенства лечебно-диагностического процесса никакое финансирование не способно удовлетворить потребности организаций здравоохранения в ресурсах.

Для решения вышеперечисленных проблем требуется обеспечение полного взаимодействия администрации, медперсонала, работников вспомогательных и хозяйственных служб медицинских учреждений, органов управления здравоохранением в работе по непрерывному улучшению лечебно-диагностического процесса и деятельности всей системы здравоохранения.

Основой современной индустриальной модели управления качеством является модель W.E.Deming (1982), которая основана на трех основных принципах: процессном подходе, непрерывном повышении качества, участии в управлении качеством всего персонала и самоконтроле ключевых этапов процесса.

Принцип непрерывного повышения качества стал очень важной составляющей современной теории управления, утверждающей, что качество создается при использовании качественных процессов, материалов и инструментов. Для достижения наилучшего результата необходимо сосредоточить усилия не на проверке индивидуального выполнения, а на управлении процессами, выявлении отклонений и анализе их причин. Это позволяет управлять достижением клинических результатов, не увеличивать стоимость медицинской помощи, повышать степень удовлетворенности медперсонала своей работой и пациентов полученной медицинской помощью. [10]

Среди множества подходов и их комбинаций к исследованию качества медицинской помощи (по результатам, структуре медицинской помощи, данным опросов и др.) для улучшения его состояния наиболее перспективным и одновременно труднореализуемым является оценка по процессу медицинской помощи. Приоритет оценки качества медицинской помощи по процессу его оказания позволяет:

- определять реальные возможности исполнителей в обеспечении пациентов квалифицированной медицинской помощью;
- устанавливать влияние руководителей здравоохранения на устранение системных и частных причин ненадлежащего качества меди-

цинской помощи. Ожидаемый успех от внимания к данному направлению теоретиков и практиков обосновывается тем, что оптимальный процесс лежит в основе оптимальной структуры, необходимых результатов и в конечном итоге оптимальной цены медицинской помощи. Данное положение согласуется с одним из правил управления, суть которого состоит в том, что для управления сложной системой нужно выделить для оценки и воздействия базовый технологический процесс. В медицине таким процессом, независимо от места и причин оказания помощи, является процесс взаимодействия определенного врача с конкретным пациентом. По отношению к нему все другие, включая процессы управления, материально – технического обеспечения, информационные процессы, подготовка специалистов, являются вспомогательными.

В современных условиях международным стандартам ИСО серии 9001 принадлежит особая роль. Они стали признанными эталонами организации деятельности, средством достижения определенных результатов и укрепления доверия со стороны партнеров и потребителей услуг. Подходы систем менеджмента качества, приведенные в семействе стандартов ИСО серии 9001 основаны на принципах, которые:

- дают возможность организации выявить свои сильные и слабые стороны;
- содержат положения по оцениванию в сравнении с общими моделями;
- обеспечивают основу для постоянного улучшения;
- включают способы внешнего признания.[7]

Внедрение в учреждениях здравоохранения систем менеджмента качества на базе требований стандартов ИСО серии 9001 является мощным средством и инструментом, позволяющим обеспечить реализацию стратегии развития отечественного здравоохранения.

Создание эффективных систем менеджмента качества (СМК), ориентированных на внедрение современных технологий и методов менеджмента качества, является залогом устойчивого функционирования системы здравоохранения. При этом внедрение СМК не является разрушением существующих систем управления, а представляет собой их модернизацию за счет использования мирового опыта и современных методов управления в соответствии с требованиями международных стандартов ИСО серии 9001.

Системы менеджмента качества являются частью общих систем управления и представляют собой совокупность взаимосвязанных и взаимодействующих производственно – хозяйственных и управленческих процессов.[8]

БАЗИСНЫЕ ПРИНЦИПЫ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА (СМК)

1. Ориентация на потребителя.

Медицинская организация зависит от потребителей ее услуг (пациентов) и, поэтому, необходимо понимать их текущие и будущие потребности, выполнять их требования и стремиться превзойти их ожидания. Поэтому необходимо организовать деятельность, ориентированную на потребителя медицинских услуг, посредством:

а) определения систем и процессов, которые могут быть понятны, подвергнуты менеджменту и улучшены с точки зрения результативности и эффективности;

б) обеспечения результативности и эффективного выполнения и управления процессами, а также показателями и данными для определения удовлетворительной деятельности организации.

Потребителям необходимы услуги, характеристики которых удовлетворяли бы их потребности и ожидания. Эти потребности и ожидания, как правило, отражаются в стандартах медицинской помощи и обычно считаются требованиями потребителей. Требования также могут быть оговорены потребителем в контракте или определяются самой организацией.

Поскольку потребности и ожидания потребителей меняются, организация должна постоянно совершенствовать свою деятельность с целью достижения лучшего качества предоставляемых услуг.[9]

2. Лидерство руководителя.

Обязательными условиями эффективности и результативности внедрения СМК является личное руководство процессами внедрения руководителем медицинской организации и руководителями структурных подразделений. Руководитель обеспечивает единство цели и направления деятельности организации, соответственно для этого и принимается стратегическое решение о создании системы менеджмента качества, создается и поддерживается внутренняя среда, в которой работники могут быть полностью вовлечены в решение задач организации.

Высшее руководство должно обеспечить свидетельства своего обязательства по разработке и внедрению СМК, а также по постоянному улучшению ее эффективности, посредством:

а) разработки политики в области качества, основанной на понимании важности выполнения законодательных и регламентирующих требований, а также требований потребителей;

б) обеспечения разработки целей в области качества, которые должны быть измеряемыми и согласуемыми с политикой в области качества;

в) организации разработки положений о системе управления качеством и организации процесса их внедрения под собственным контролем;

г) назначения своего представителя, на которого независимо от других обязанностей должны быть возложены:

- ответственность и полномочия, распространяющиеся на обеспечение разработки, внедрения и поддержания в рабочем состоянии СМК;

- проведение анализа и представление отчетов высшему руководству о функционировании системы менеджмента качества в организации и необходимых действиях для ее улучшения;

- обеспечение распространения понимания требований и положений системы качества по всей организации;

- поддержание связи с внешними сторонами по вопросам, касающимся системы менеджмента качества;

д) обеспечения ресурсами, необходимыми для внедрения и поддержания в рабочем состоянии СМК, а также постоянного улучшения ее эффективности, направленной на повышение удовлетворенности потребителей услуг;

е) организации регулярного анализа результативности и эффективности СМК со стороны руководства.

Руководство должно интегрировать систему управления качеством в общую модель управления организацией и осуществлять свои управленческие воздействия в виде конкретных управленческих решений, однозначно и выразительно передающих позицию руководства в процессах, обеспечивающих управление качеством.[3]

3. Вовлечение работников.

В систему менеджмента качества вовлекаются все работники медицинской организации. Общее руководство качеством – это те аспекты общей функции управления, которые определяют политику в области качества, цели и ответственность, а также осуществляют их с помощью таких средств, как планирование качества, управление качеством, обеспечение качества и улучшение качества, в рамках системы качества.

Вовлечь работников в СМК – это означает привить персоналу «СМК – мышление» и «СМК – действие» по всей вертикали.

Руководство должно, безусловно, обеспечить включение обучения персонала медицинской организации основам менеджмента качества в систему внутрипроизводственного обучения, осуществляемого по данной теме под руководством и с участием ответственных за внедрение СМК. [3]

4. Процессный подход.

Представляет собой мощный методологический инструмент изучения и совершенствования деятельности любой организации. Необходимо рассматривать процессный подход как своеобразную технологию моделирования. Желаемый результат достигается быстрее и эффективнее, когда деятельностью и соответствующими ресурсами управляют как процессом. Преимущество процессного подхода состоит в наличии непрерывного управления, которое он обеспечивает на стыке между отдельными процессами в рамках их системы, а также при их комбинации и взаимодействии.

Лучшие системы управления всегда основаны на системном анализе и оптимизации процессов. Их природа универсальна, поэтому целесообразно использовать единые терминологию, принципы и методы управления процессами, изложенные в стандартах СМК. Все они применимы к лечебно-диагностическому процессу, включая его планирование, организацию, контроль, повышение трудовой активности и мотивации медработников, совершенствование нормативно - правового и информационного обеспечения их деятельности. Управляемые процессы в здравоохранении распространены достаточно широко. Уже само название одного из них — “лечебно-диагностический процесс” — подразумевает применение процессорного подхода в практике оказания медицинской помощи.

Эффективные руководители здравоохранения постоянно стремятся к совершенствованию всех аспектов деятельности организации, не забывая концентрировать свое внимание, силы и ресурсы на решении, прежде всего, приоритетных задач. Они четко представляют себе работу своих учреждений как систему взаимосвязанных и взаимодействующих динамических процессов. Их системный подход к управлению направлен на координацию всех аспектов деятельности организации. Таким образом, любая деятельность, в которой используются ресурсы для

преобразования входов в выходы, может рассматриваться как процесс. Систематическая идентификация и менеджмент процессов и, прежде всего, обеспечение их взаимодействия могут считаться “процессным подходом”. Преимущество процессного подхода состоит в непрерывности управления, которое он обеспечивает на стыке отдельных процессов в рамках их системы, а также при их комбинации и взаимодействии.

Процессный подход при построении системы качества предполагает непрерывное улучшение всех сфер деятельности медицинской организации и непрерывное совершенствование всех процессов, так как выходные данные одного из них являются входными данными другого. Поэтому высшее руководство должно регулярно анализировать все процессы СМК и, при необходимости, в оперативном порядке вносить коррективы, расставлять приоритеты, перераспределять ресурсы, тем самым создавая условия для динамичного развития медицинской организации и ее структурных подразделений.

Чрезвычайно сложной и решающей для эффективности будущей системы качества задачей является инвентаризация и идентификация процессов, их иерархия и взаимосвязь. Сложность заключается в том, что процессы обычно связывают разные подразделения и участвуют в них разные «сечения» организационной структуры. Реально почти всегда возникает конфликт между конкретным должностным лицом, несущим ответственность за ход и результаты процесса, и руководителями функциональных подразделений, обусловленный недостаточной культурой менеджмента, нечетким распределением ресурсов и ответственности.

Работа по созданию документированной системы управления процессами должна осуществляться в следующей последовательности:

- создание команды проекта и ее обучение принципам построения системы;
- организация обеспечения системы необходимыми ресурсами;
- организация обучения сотрудников подразделений;
- назначение ответственных для разработки первых версий документов;
- разработка календарных планов реализации проекта и критериев оценки качества его реализации на каждом этапе;
- создание системы мониторинга за ходом реализации проекта.

При разработке документированных процедур процессов управления необходимо рассматривать любую работу как процесс со своим «входом» и «выходом». Границы процессов следует точно устанавли-

вать, то есть определять, какая информация служит сигналом к его началу, какой информацией заканчивается процесс и кому, куда именно и в какой форме передается соответствующая информация (результат). Только в этом случае можно точно определить производственные процессы, установить и описать переходы от одного процесса к другому и правильно организовать информационные потоки.

Важное значение имеет согласованность действий и отсутствие проблем на стыках процессов. Одним из удобных средств документального регламентирования взаимодействия на стыках процессов служат «Положения о подразделениях» с разделом, описывающим порядок взаимодействия подразделений в рамках процессов, а также это достигается через документы, входящие в обязательный состав документации системы менеджмента качества, определенный ГОСТ Р ИСО 9001, в том числе:

- руководство по качеству;
- управление документацией;
- управление записями;
- система внутренних аудитов;
- управление несоответствующей продукцией;
- управление корректирующими действиями;
- управление предупреждающими действиями. [5]

5. Системный подход к менеджменту.

Системный подход к управлению – это управление организацией как единой системой взаимосвязанных процессов, где любое управленческое воздействие на одну часть системы сказывается и на других ее частях. Идентификация, понимание и управление системой взаимосвязанных процессов для заданных целей, способствующих результативности и эффективности организации, требуют координации всех аспектов деятельности организации, то есть системного подхода. Прежде всего, это связано с решением задач, связанных с вопросами соблюдения требований системы менеджмента качества, с миссией организации и стратегическими целями ее развития.

Нормативно – правовой и организационной структурой системы управления качеством должны служить документированные процедуры управления (ДПУ) работой учреждения здравоохранения, его подразделений и отдельных исполнителей. При документировании системы качества надо уделять особое внимание именно ДПУ в связи с тем, что в них на всех уровнях управления:

- распределяются ответственность и полномочия;
- устанавливается порядок выполнения производственных процессов в соответствии с требованиями норм элементов системы качества;
- устанавливаются четкие взаимодействия персонала и информационные потоки при выполнении работ и осуществлении любого вида деятельности.

Документированная система качества – это модель, которая описывает деятельность организации в соответствии с требованиями международных и российских стандартов менеджмента качества. Основное требование к документам по качеству – обеспечить постоянную их актуализацию.

Документы по качеству включают:

- документы по управлению качеством, в которых сформулированы требования к процессам управления качеством («Политика в области качества», «Руководство по качеству» и документированные процедуры управления);
- документы по обеспечению качества, регламентирующие требования к оборудованию, процессам его изготовления, монтажа, эксплуатации, технического обслуживания и ремонта, испытаний и контроля (внутренние и внешние нормативные документы);
- документы по подтверждению качества, которые содержат оперативные отчетные данные о качестве, которые должны обеспечивать архивирование данных и доступ к ним с целью реализации возможностей анализа и статистической обработки.

Важнейшей частью в системном менеджменте является управление оперативными отчетными данными о качестве. Для этого должны разрабатываться, устанавливаться и контролироваться показатели качества. Именно оперативные отчетные данные служат объективным подтверждением качества деятельности медицинской организации:

- при проведении анализа системы качества со стороны руководства;
- при внутренних и внешних аудитах системы качества;
- при рассмотрении претензий (жалоб) потребителей медицинских услуг;
- при решении спорных вопросов с потребителями в судах.

Таким образом, в целях обеспечения реализации принципа «Системный подход к менеджменту» учреждение здравоохранения должно разработать, задокументировать, внедрить и поддерживать в рабочем состоянии систему менеджмента качества и постоянно улучшать ее результативность в соответствии с требованиями стандартов серии ИСО.

При системном подходе процесс оказания медицинской помощи рассматривается как открытая динамическая система, состоящая из взаимосвязанных частей (подсистем), оказывающих влияние на вышестоящую систему, и сами подверженные ее влиянию. Если часть системы функционирует неэффективно, то это оказывает негативное влияние не только на деятельность системы в целом, но и на составляющие (Разделение систем на отдельные составляющие части носит во многом искусственный характер. Все-таки главное в теории систем не разделение, а взаимосвязь систем, подсистем и их различных образований.) ее части, что может еще больше усугубить ситуацию. Значимость отдельных частей системы различна. Улучшение работы ее критических составляющих (узких мест), часто не требующее значительных ресурсов, может значительно повысить ее эффективность в целом. Процесс оказания медицинской помощи состоит из взаимодействия внешних систем и внутренних подсистем. Следовательно, ее результат определяется множеством внешних и внутренних взаимосвязанных процессов. Именно поэтому эффективное управление КМП возможно только на основе системного подхода. Система не является простой суммой свойств входящих в нее частей, а обладает новыми системными качествами. При системном подходе вначале определяется вышестоящая система, изучаются ее свойства и закономерности развития, и только потом переходят к анализу нижестоящей системы (подсистемы) с учетом влияния вышестоящей. [10]

6. Постоянное улучшение.

В соответствии с требованиями стандартов ИСО серии 9000 «постоянное улучшение качества – это мероприятия, предпринимаемые повсюду в организации с целью повышения эффективности и результативности деятельности и процессов для получения выгоды, как для организации, так и для ее потребителей и других заинтересованных сторон». Действия по улучшению качества включают:

- а) анализ и оценку существующего положения для определения областей для улучшения;
- б) установление целей улучшения;
- в) поиск возможных решений по улучшению целей;
- г) оценивание и выбор решений;
- д) выполнение выбранных решений;
- е) измерение, проверку, анализ и оценку результатов выполнения для определения достигнуты ли цели.

Эффективное и результативное функционирование системы менеджмента качества может быть достигнуто при эффективной системе внутреннего аудита и внутреннего контроля за результатами деятельности. Результаты анализируют с целью установления дальнейших возможностей для улучшения. Таким образом, улучшение является постоянным действием. При этом под результативностью понимается степень реализации запланированной деятельности и достижения запланированных результатов, а под эффективностью – связь между достигнутыми результатами и использованными ресурсами.

Согласно требованиям стандартов серии ИСО объектами рассмотрения при внутреннем аудите системы менеджмента качества являются:

- а) результативное и эффективное внедрение процессов;
- б) возможности постоянного улучшения;
- в) результативное и эффективное применение статистических методов;
- г) использование информационных технологий;
- д) анализ данных о затратах на качество;
- е) результативное и эффективное использование ресурсов;
- ж) ожидания и результаты функционирования процессов и продукции (услуг);
- з) адекватность и точность измерения деятельности;
- и) деятельность по улучшению;
- к) отношения с заинтересованными сторонами.

Если выявляется, что запланированные результаты не достигнуты, то должны предприниматься корректирующие действия, улучшающие процессы и их результаты. [11]

7. Принятие решений, основанных на фактах.

Эффективные решения основываются на объективном анализе данных и правильной их интерпретации. Абстрагируясь от психологических особенностей восприятия и обработки информации, можно утверждать, что формализация многих управленческих процессов в здравоохранении все-таки возможна. Особенно это касается управления технологическими процессами оказания медицинской помощи. Для этого требуется системный анализ и измерение количественных данных для принятия решений, основанных на фактах. Руководителям ЛПУ следует обеспечить эффективное измерение, сбор и валидацию

данных, чтобы убедиться в результативной работе организации и удовлетворенности потребителей медицинских услуг и других заинтересованных сторон. Эта процедура включает анализ целей и адекватности их количественного и качественного измерения, а также использование этих данных для повышения эффективности оказания медицинской помощи. Организационно-методической основой сбора, обработки и анализа объективной информации о состоянии КМП являются методы статистического контроля.

В системе менеджмента качества статистика и статистические методы играют существенную роль, так как позволяют получить всестороннюю характеристику управляемого объекта. В медицинской организации должны использоваться также статистические методы контроля качества медицинской помощи (КМП). [12]

8. Взаимовыгодные отношения с поставщиками.

Организация и ее поставщики взаимосвязаны и отношения взаимной выгоды повышают способности обеих сторон создавать ценности. Под поставщиками понимаются организации и лица, предоставляющие продукцию: оборудование, материалы, работы и услуги и т.п.

Стандарты серии ИСО рекомендуют руководству организации установить взаимодействие с поставщиками партнерами для поддержки и облегчения обмена информацией с целью взаимного улучшения результативности и эффективности процессов, создающих ценность. У организации имеются различные возможности увеличить ценность посредством работы со своими поставщиками и партнерами:

- а) оптимизация количества поставщиков и партнеров;
- б) установление двухсторонней связи на соответствующих уровнях обеих организаций для содействия быстрому решению проблем и устранения дорогостоящих отсрочек и споров;
- в) сотрудничество с поставщиками при валидации возможностей их процессов;
- г) мониторинг способности поставщика поставлять соответствующую продукцию с целью устранения излишних верификаций;
- д) стимулирование поставщиков к выполнению программ постоянного улучшения деятельности и к принятию участия в других совместных инициативах по улучшению;
- е) вовлечение поставщиков в деятельность организации с целью обмена знаниями, результативного и эффективного улучшения процессов жизненного цикла и поставки соответствующей продукции;

ж) вовлечение партнеров в определение потребностей в закупках и совместную разработку стратегии.

Важной частью взаимоотношений с поставщиком является совместный анализ контракта, что позволит одинаково понимать трактовку требований в области качества, срока и цены представления товара, работы или услуги и избавиться от двусмысленности.

Организация должна оценивать и выбирать поставщиков на основе их способности поставлять продукцию (работы, услуги) в соответствии с разработанными требованиями организации. Должны быть разработаны критерии отбора, оценки и повторной оценки. Документирование результатов оценивания и любых необходимых действий, вытекающих из оценки, должно производиться в соответствии с утвержденными правилами. Оценка внешних поставщиков для учреждений здравоохранения включает анализ и постоянный контроль качества и ассортимента приобретаемых товаров (услуг), удобства и соблюдения сроков поставок, надежности поставщика, соблюдения финансовой дисциплины и т.д. Непосредственным потребителям и в их лице обществу в целом необходимы медицинские и иные услуги, характеристики которой удовлетворяли бы их потребности и ожидания. Эти потребности и ожидания, как правило, отражаются в технических условиях на продукцию (услуги). В здравоохранении в качестве технических условий могут выступать медицинские стандарты, клинические протоколы и руководства. Требования могут быть установлены потребителем в контракте на оказание услуг, представителем потребителей (например, страховой медицинской организацией), органами исполнительной и законодательной власти или определены самим учреждением, предоставляющим услуги.

Система менеджмента качества может быть основой постоянного улучшения с целью повышения удовлетворенности потребителей и других заинтересованных сторон. Она дает уверенность самой организации и потребителям в ее способности представлять медицинские и иные услуги, полностью соответствующие требованиям. [13]

ТЕХНИЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ

Необходимость внедрения системы менеджмента качества в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» обусловлена рядом объективных причин:

1. Наличие конкурентной среды, необходимость повышения конкурентоспособности медицинской организации.
2. Рост требований потребителей услуг (пациентов) к качеству медицинской помощи.
3. Увеличение объемов и наименований предоставляемых медицинских услуг.
4. Ужесточение требований к качеству медицинской помощи со стороны контролирующих органов, страховых медицинских организаций, территориального фонда обязательного медицинского страхования.

На основе всестороннего и детального анализа перспектив деятельности ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко в условиях наличия вышеперечисленных причин, главным врачом было принято стратегическое решение о внедрении системы менеджмента качества в медицинской организации.

Основными задачами, решение которых должна была обеспечить система менеджмента качества, являются следующие:

1. Повышение качества оказываемой медицинской помощи.
2. Повышение безопасности оказания медицинской помощи, управление рисками.
3. Повышение эффективности финансово – хозяйственной деятельности организации.
4. Подтверждение статуса ведущей медицинской организации региона и повышение престижа больницы.
5. Постоянное улучшение деятельности медицинской организации путем применения современных методов управления.

После принятия решения о начале работ по разработке и внедрению системы менеджмента качества в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко было подготовлено «Техническое задание на разработку, внедрение и подготовку к сертификации системы менеджмента качества (СМК) ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко».

ТЕХНИЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ

на оказание консультационных услуг по разработке, внедрению и подготовке к сертификации системы менеджмента качества (СМК) ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко (ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко)

1. Цель работы: Разработка и внедрение системы менеджмента качества (СМК) ПОКБ им. Н.Н. Бурденко в соответствии с требованиями международного стандарта (МС) ISO 9001:2008 в отношении оказания медицинских услуг с целью повышения удовлетворенности заинтересованных сторон. Сертификация внедренной СМК ПОКБ им. Н.Н. Бурденко в аккредитованном органе по сертификации.

2. Объем услуг

ЭТАП № 1: Диагностический аудит существующей системы управления. Разработка Плана мероприятий.

1. Диагностический аудит существующей системы управления, анализ существующей внутренней нормативной документации.

2. Подготовка Плана мероприятий по реализации Проекта «Разработка, внедрение и подготовка к сертификации СМК ПОКБ им. Н.Н. Бурденко на уровне требований ISO 9001:2008».

3. Проведение информационно-консультационного семинара «Современный менеджмент на основе ISO 9001:2008. Роль высшего руководства» (продолжительность 8 часов) - для высшего руководства ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.

Результаты 1 этапа:

- Определение степени соответствия существующей системы управления в области качества требованиям ISO 9001:2008, уточнение области распространения СМК;

- подготовка совместно с рабочей группой ПОКБ им. Н.Н. Бурденко Плана мероприятий по реализации Проекта «Разработка, внедрение и подготовка к сертификации СМК ПОКБ им. Н.Н. Бурденко на уровне требований ISO 9001:2008»;

- знакомство высшего руководства с ключевыми концепциями и понятиями СМК, требованиями ISO 9001:2008, роли руководства в системе менеджмента качества.

Отчетные документы:

- Отчет о результатах диагностического аудита существующей системы управления в области качества, содержащий в себе следующую информацию:

- степень соответствия деятельности ПОКБ им. Н.Н. Бурденко требованиям ISO 9001:2008;

- уточненную область распространения СМК в соответствии с ISO 9001:2008;

- рекомендации по доработке существующей системы управления ПОКБ им. Н.Н. Бурденко в области качества до уровня требований ISO 9001:2008.

- Утвержденный План мероприятий по реализации Проекта «Разработка, внедрение и подготовка к сертификации СМК ПОКБ им. Н.Н. Бурденко на уровне требований ISO 9001:2008».

- Программа семинара «Современный менеджмент на основе ISO 9001:2008. Роль высшего руководства». Свидетельства участников семинара.

ЭТАП 2: Разработка и документирование СМК.

1. Проведение информационно-консультационного семинара для специалистов ПОКБ им. Н.Н. Бурденко по курсу «Разработка и внедрение системы менеджмента качества» (продолжительность 32 часа);

2. Формирование совместно с рабочей группой ПОКБ им. Н.Н. Бурденко процессной модели СМК (перечень процессов СМК, схема взаимодействия процессов).

3. Определение перечня процессов и видов деятельности, требующих документирования, и составление Плана-графика разработки (доработки) внутренних нормативных документов СМК;

4. Оказание методической помощи и консультирование персонала ПОКБ им. Н.Н. Бурденко при разработке Политики в области качества и установлению Целей в области качества.

5. Оказание методической помощи и консультирование персонала ПОКБ им. Н.Н. Бурденко при разработке документации системы менеджмента качества: документация, требуемая ISO 9001:2008, описание процессов;

Примечание: При разработке документации СМК консультант предоставляет членам рабочей группы ПОКБ им. Н.Н. Бурденко проекты документов, разработанные с учетом специфики ПОКБ им.

Н.Н. Бурденко, требования к которым определены ISO 9001:2008 (Руководство по качеству, процедуры по управлению документацией, управлению записями, управлению несоответствующей продукцией, проведению внутреннего аудита, управлению корректирующими и предупреждающими действиями) Наименование и количество процедур может быть изменено по результатам диагностического аудита и утверждено в плане-графике разработки (доработки) внутренних нормативных документов СМК.;

Результаты 2 этапа:

- Подготовленный персонал, имеющий знания принципов менеджмента качества и требований ISO 9001:2008, навыки по идентификации и описанию процессов, их мониторингу и измерению;
- Разработана Политика в области качества;
- Определены процессы СМК и их взаимосвязь. Определены критерии и показатели результативности процессов;
- Установлены Цели в области качества;
- Совместно с рабочей группой ПОКБ им. Н.Н. Бурденко разработана и утверждена документация системы менеджмента качества;

Отчетные документы:

- Утвержденный План-график разработки (доработки) внутренних нормативных документов СМК.
- Политика в области качества ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.
- Цели в области качества ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.
- Утвержденная процессная модель СМК ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.
- Проекты документов, разработанные с учетом специфики ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, требования к которым определены ISO 9001:2008 (Руководство по качеству, процедуры по управлению документацией, управлению записями, управлению несоответствующей продукцией, проведению внутреннего аудита, управлению корректирующими и предупреждающими действиями)
- Программа семинара «Разработка и внедрение системы менеджмента качества». Свидетельства участников семинара.

ЭТАП 3. Анализ и оценка разработанной системы менеджмента качества и выработка рекомендаций к сертификации.

1. Консультирование персонала ПОКБ им. Н.Н. Бурденко по выполнению требований разработанных процедур.
2. Проведение информационно-консультационного семинара для специалистов ПОКБ им. Н.Н. Бурденко по курсу «Внутренний аудит СМК» (продолжительность 24 часа);
3. Стажировка внутренних аудиторов при проведении внутреннего аудита в подразделениях ПОКБ им. Н.Н. Бурденко в течение 5 (пяти) аудито-дней.
4. Методическая помощь при проведении внутреннего аудита СМК во всех подразделениях, включенных в область распространения СМК силами предварительно подготовленных внутренних аудиторов, а также разработке корректирующих действий по его результатам.
5. Методическая помощь при анализе СМК со стороны руководства.
6. Методическая помощь во время предварительного и сертификационного аудита и выработке корректирующих действий по его результатам.

Результаты 3 этапа:

- Подготовленные внутренние аудиторы СМК;
- Разработанная и утвержденная документация внедрена в деятельность ПОКБ им. Н.Н. Бурденко;
- Проведен внутренний аудит действующей СМК ПОКБ им. Н.Н. Бурденко;
- Разработаны корректирующие действия и планы устранения несоответствий по результатам внутреннего аудита;
- Проведен анализ СМК со стороны руководства;
- СМК ПОКБ им. Н.Н. Бурденко сертифицирована аккредитованным органом по сертификации.

Отчетные документы:

- Программа семинара «Внутренний аудит СМК». Свидетельства участников семинара.
- Листы стажировки внутренних аудиторов.
- Отчетные документы по проведенному внутреннему аудиту в соответствии с процедурой «Внутренний аудит СМК».

- Планы устранения несоответствий и причин их вызывающих по результатам внутреннего аудита.
- Отчет по анализу СМК со стороны руководства

3. Требования к Исполнителю

3.1. Наличие у Исполнителя сертифицированной системы менеджмента качества по ГОСТ ISO 9001-2008 или международному стандарту ISO 9001:2008;

3.2. Опыт работ на рынке услуг по разработке и внедрению систем менеджмента не менее 10 лет;

3.3. Наличие в штате организации не менее 5 специалистов, имеющих опыт консультирования по внедрению систем менеджмента качества и проведению семинаров не менее 5 лет;

3.4. Наличие не менее 5 положительных отзывов о внедрении системы менеджмента качества, подписанных руководителями (заместителями руководителей) предприятий-заказчиков;

3.5. Наличие курсов для внутренних аудиторов, одобренных органом по сертификации персонала - членом IPC или IRCA (Международный регистр сертифицированных аудиторов, Великобритания).

ВХОДНЫЕ ДАННЫЕ ДЛЯ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО АУДИТА СУЩЕСТВУЮЩЕЙ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ

*Пензенской областной клинической больницы имени Н.Н. Бурденко
(ПОКБ им. Н.Н. Бурденко)*

**на соответствие требованиям международного стандарта
ISO 9001:2008 «Системы менеджмента качества – Требования»**

1. Краткая информация о медицинском учреждении:

- полное наименование, местонахождение, история;

- сферы медицинской деятельности (виды и формы оказания медицинских услуг, специализации);

- входящие в состав медицинского учреждения филиалы;

- позиционирование на рынке предоставления медицинских услуг: регионы, основные источники финансирования, основные партнеры (другие медицинские учреждения, профильные предприятия, государственные учреждения и т.д.), достижения;

- штатный состав и квалификация персонала (медицинский персонал, административный персонал).

Виды деятельности, которые будут входить в область применения системы менеджмента качества (указаны в сертификате на СМК):

№	НАИМЕНОВАНИЕ ВИДА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
1	
2	
3	

2. Разработанные и внедренные документированные процедуры, организационно-распорядительные и другие документы

№	НАИМЕНОВАНИЕ ДОКУМЕНТА
1.	Утвержденная организационная структура, включающая все подразделения, на которые будет распространяться система менеджмента качества
2.	Политика в области качества или другой документ, содержащий намерения и стратегические цели медицинского учреждения в области обеспечения качества оказываемых медицинских услуг
3.	Перечень имеющихся лицензий, сертификатов, аккредитаций (со сроками действия)

4.	Если выделены и документированы процессы СМК – документация на процессы оказания медицинских услуг (паспорта/карты/регламенты процессов, блок-схемы и т.д.)
5.	Руководство по качеству (если разработано)
6.	Планы работ на 2015 год
7.	Перечень стандартов, положений, регламентов, инструкций и других внутренних нормативных документов, регламентирующих деятельность медицинского учреждения по оказанию и обеспечению качества медицинских услуг
8.	Перечень документированных процедур по управлению документацией (инструкция по делопроизводству, управление внешними нормативными документами, управление положениями о подразделениях и должностными инструкциями и т.д.)
9.	Перечень приказов о назначении ролей, ответственности, полномочий персонала в области оказания медицинских услуг, охраны труда и окружающей среды в соответствии с требованиями внутренних и внешних нормативных документов
10.	Перечень приказов о разработке и внедрении системы менеджмента качества, назначении представителя высшего руководства по качеству и т.д.
11.	Должностные инструкции на следующие должности: - Главный врач (если есть) или выписка из устава по обязанностям; - Заместитель главного врача по медицинской части; - Заместитель главного врача по хирургической помощи; - Заведующий региональным сосудистым центром; - Заведующий лечебным (клиническим) отделением (любым); - Заведующий диагностическим (параклиническим) отделением (любым) - Заведующий организационно-методическим отделом; - заведующий отделением контроля качества, безопасности медицинской деятельности и статистики организационно-методического отдела; - Заведующая поликлиникой; - врач; - Главная медицинская сестра; - медицинская сестра; - Директор (если есть) или выписка из устава по обязанностям; - Главный инженер.
12.	Положение о подразделении: - приемное отделение; - лечебное (клиническое) отделение (любое); - диагностическое (параклиническое) отделение (любое); - организационно-методический отдел
13.	Перечень имеющихся инструкций по охране труда и охране окружающей среды
14.	Перечень внешних нормативных документов, используемых медицинским учреждением в процессе оказания медицинских услуг, в том числе федеральных стандартов оказания медицинской помощи
15.	Перечень используемых компьютерных справочных правовых систем и нормативных баз
16.	Перечень программного обеспечения, используемого в системе внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности

3. Вопросы по планированию и осуществлению деятельности в области обеспечения качества медицинских услуг

№	ТИП ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
17.	Каким образом осуществляется <i>планирование</i> деятельности (принимаемые программы, бизнес-планы и т.д.)? Изложены ли в каком-либо документе стратегические цели медицинского учреждения (долгосрочное планирование)?
18.	Как организован процесс <i>подготовки и обучения (повышения квалификации) персонала</i> (существующие программы обучения, привлекаемые сторонние организации)? Каким образом определяется результативность проведенного обучения (аттестация, опросные листы, оценка работы подчиненных руководителями и т.д.)?
19.	Как проходит процесс <i>анализа результатов работы</i> за квартал/полугодие/год и текущего состояния дел (совещание у главврача, других ответственных должностных лиц, заседания медицинских/научных советов, рабочих групп, других координирующих органов и т.д.)? Кто принимает участие в анализе, какие сведения анализируются, в каких документах фиксируются результаты?
20.	Отслеживается и анализируется ли каким-то образом <i>удовлетворенность потребителей</i> качеством оказанной медицинской услуги? Как используются результаты анализа?
21.	Как осуществляются <i>выбор поставщиков</i> и закупка продукции (оборудование для оказания медицинских услуг, лекарственные препараты, расходные материалы, программное обеспечение, и др.) и различных услуг (консультативные, типографские, медицинские, услуги связи, Интернет-услуги и т.п.), подрядчиков (привлекаемый сторонний медицинский персонал), оказывающих влияние на качество медицинской услуги (в результате тендеров, предварительной оценки поставщиков, аудита у поставщика и т.д.)? Ведется ли база данных по поставщикам? Как осуществляется управление подрядчиками?
22.	Как осуществляется обеспечение медицинского учреждения <i>внешними нормативными документами</i> (по договору с научно-техническими библиотеками, использование электронных баз данных (Консультант +, Гарант + и т.д.), прямые договоры с разработчиками документов)? Кто является ответственным за нормативное обеспечение внутри медицинского учреждения?

ОТЧЕТ
по результатам оценочного (диагностического) аудита *системы менеджмента качества*
Пензенской областной клинической больницы
им. Н.Н. Бурденко
на соответствие требованиям
международного стандарта
ISO 9001:2008

1. Краткая характеристика организации

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Пензенская областная клиническая больница имени Н.Н. Бурденко (далее – ПОКБ) - это лечебное учреждение с более чем 160-летней историей и славными традициями. Началом истории больницы стало 8 июня (21 июня по новому стилю) 1846 г.

На основании предложения Министерства здравоохранения и социального развития Пензенской области больница включена в Национальный Реестр «Ведущие учреждения здравоохранения России» за 2012 год. Включение ПОКБ в Реестр означает признание ее лидирующей роли в развитии сферы здравоохранения региона. Признание лидирующей роли больницы связано с её деятельностью по оказанию медицинской помощи жителям Пензенской области, с тем, что она вносит позитивный вклад в общее социально-экономическое развитие своего региона.

ПОКБ оказывает медицинские услуги на основании Лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО-58-01-001479 от 10.12.2014, выданной Министерством здравоохранения Пензенской области (бессрочно).

Медицинская помощь жителям оказывается в 22 клинических отделениях по следующим специальностям:

- Акушерство и гинекология
- Анестезиология и реаниматология
- Неврология
- Отоларингология
- Гастроэнтерология
- Кардиология
- Нефрология
- Пульмонология
- Травматология и ортопедия

- Хирургия
- Колопроктология
- Нейрохирургия
- Сердечно-сосудистая хирургия
- Торакальная хирургия
- Урология
- Челюстно-лицевая хирургия
- Ревматология

Некоторые виды оказываемой медицинской помощи являются уникальными в плане предоставления услуг, отсутствующих в других лечебных учреждениях города и области. Такая медицинская помощь оказывается в отделениях:

- колопроктологии
- челюстно-лицевой хирургии
- гемодиализа
- центре «Мужское здоровье».

Больница имеет лицензию на осуществление высокотехнологичной медицинской помощи по:

- анестезиологии и реаниматологии
- нейрохирургии
- урологии
- травматологии и ортопедии (выполнение операций по протезированию крупных суставов).

В консультативной поликлинике оказывается амбулаторно-поликлиническая помощь по следующим специальностям:

- Акушерство и гинекология
- Аллергология и иммунология
- Гастроэнтерология
- Дерматовенерология
- Кардиология
- Неврология
- Отоларингология
- Сурдология-оториноларингология
- Офтальмология
- Профпатология
- Психотерапия
- Нефрология
- Терапия

- Пульмонология
- Ревматология
- Травматология и ортопедия
- Хирургия
- Колопроктология
- Нейрохирургия
- Сердечно-сосудистая хирургия
- Торакальная хирургия
- Эндокринология
- Урология
- Стоматология: хирургическая, терапевтическая, ортопедическая.

Точность, быстрота, постановка диагноза обеспечивается работой врачей диагностических отделений больницы, которая оснащена современным медицинским оборудованием, что позволяет проводить широкий спектр диагностических исследований.

Лабораторная диагностика осуществляется в клиничко-диагностических лабораториях по следующим видам:

- общеклиническим
- гематологическим
- биохимическим
- цитологическим
- иммунохимическим, включая ИФА диагностику гормонального статуса (определение уровня гормонов щитовидной железы, половых гормонов), инфекций, передающихся половым путем (ИПП), аллергических и паразитарных заболеваний, TORCH- инфекций, онкомаркеров, а так же ПЦР (полимеразная цепная реакция) диагностика гепатитов В и С, ИПП. В лабораториях выполняется свыше 200 наименований исследований. Спектр их постоянно расширяется.

Все виды лучевой диагностики:

- рентгенологические;
- ультразвуковые: исследование органов брюшной полости, почек, забрюшинного пространства, сердца, сосудов, глазного яблока, суставов, молочной железы, трансвагинальное и трансректальное УЗИ, нейросонография детям до 1 года). Имеются системы цветного доплеровского картирования;
- компьютерная томография;
- магнитнорезонансная томография;
- ангиография;

- остеоденситометрия;
- эндоскопические;
- функциональные.

Успешно работает система телемедицинского консультирования.

Телемедицинские конференции позволяют использовать возможности федеральных центров для высококвалифицированных консультаций больных, находящихся на лечении в больнице.

Одним из видов деятельности больницы является проведение различных видов экспертиз:

- временной нетрудоспособности;
- профпригодности;
- связи заболевания с профессией;
- на право владения оружием, а также проведение предварительных и периодических осмотров, предрейсовые медицинские осмотры водителей транспортных средств.

Областная больница осуществляет свою деятельность в системе обязательного медицинского страхования (ОМС) в соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Пензенской области, а также в соответствии с договорами добровольного медицинского страхования (ДМС) платных услуг.

Доверие и уважение своих пациентов больница заслуживает благодаря высокому профессионализму медицинских кадров, опыту и интеллектуальному потенциалу врачей. Общая численность персонала больницы 1,5 тысяч человек, в т.ч. 334 врача, из которых 12 имеют звание «Заслуженный врач», 2 доктора и 8 кандидатов медицинских наук.

Работе с персоналом уделяется особое внимание. Основные принципы:

- поощрение деловой активности сотрудников;
- своевременное и адекватное признание их заслуг и личных достижений;
- постоянное внимание к социальной защите и охране здоровья сотрудников.

Структура управления ПОКБ:

Заместитель главного врача по медицинской части

Приемное отделение

Эндокринологическое отделение

Неврологическое отделение

Ревматологическое отделение
Кардиологическое отделение
Кардиологическое отделение с палатой реанимации и интенсивной
терапии
Пульманологическое отделение
Гастроэнтерологическое отделение
Нефрологическое отделение
Отделение лучевой диагностики
Физиотерапевтическое отделение
Отделение функциональной диагностики
Отделение диализа
Отделение неврологическое для лечения больных с НМК
Аптека
Эпидемиологический отдел
Заведующая поликлиникой
Центр медицинский эндокринологический
Кардиологический диспансер
Центр здоровья
Дневной стационар №1
Дневной стационар №2
Заместитель главного врача по хирургической помощи
Отделение анестезиологии-реанимации № 1
Отделение анестезиологии-реанимации № 2
Операционный блок
Отделение гравитационной хирургии крови
Клинико-диагностическая лаборатория
Отделение экстренной консультативной скорой медицинской помощи
Бактериологическая лаборатория
Отделение гипербарической оксигенации
Эндоскопическое отделение
Хирургическое отделение №1
Хирургическое отделение №2
Урологическое отделение №1
Урологическое отделение №2
Оториноларингологическое отделение
Гинекологическое отделение
Отделение хирургическое торакальное
Отделение сосудистой хирургии

Отделение челюстно-лицевой хирургии

Колопроктологическое отделение

Отделение травматологии и ортопедии

Отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения

Нейрохирургическое отделение

Трансфузиологический кабинет

Заведующий региональным сосудистым центром

Отдел организации круглосуточной консультативно-диагностической помощи больным с ОКС и ОНМК, эпидемиологического мониторинга и профилактики

Кардиологическое отделение с палатой интенсивной терапии

Отделения неврологии для лечения больных с НМК

Нейрохирургическое отделение

Отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения

Главная медицинская сестра

Директор

Главный инженер

2. Основание и цель проведения оценочного аудита

Руководством ПОКБ принято решение о проведении оценочного аудита для определения степени соответствия существующей системы обеспечения качества предоставляемых медицинских услуг требованиям международного стандарта ISO 9001:2008.

Информация, полученная в результате оценочного аудита, будет использована в качестве отправной точки для планирования и реализации мероприятий по доработке и внедрению системы менеджмента качества по ISO 9001:2008.

Основными задачами проведения оценочного аудита являются:

- оценка результативности организации и развития осуществляемой деятельности в области качества оказываемых медицинских услуг;
- установление объемов работ и разработка рекомендаций по доработке, внедрению и подготовке к сертификации системы менеджмента качества ПОКБ в соответствии с требованиями международного стандарта ISO 9001:2008;
- определение потребности выделения необходимых ресурсов для выполнения всех работ в установленные сроки;
- повышение информированности, руководства и специалистов ПОКБ в области менеджмента качества.

3. Методические основы проведения оценочного аудита

Основной документ, использованный в работе:

- **международный стандарт ISO 9001:2008** Quality Management Systems – Requirements/Системы менеджмента качества – Требования (оригинальный текст стандарта и русский перевод Бюро Веритас Сертификейшн, версия 17.02.2009).

Также использовались нормативно-правовая и нормативно-техническая документация, относящаяся к деятельности ПОКБ.

4. Методы проведения оценочного аудита

- Проведение интервью с руководством высшего, среднего звена, линейными руководителями и персоналом ПОКБ;
- анализ существующей документации ПОКБ;
- анкетирование персонала;
- наблюдения в ходе осуществления деятельности

с целью выяснения существующих подходов по реализации требований ISO 9001:2008 и предоставления рекомендаций по оптимизации и доработке существующей системы управления ПОКБ в области качества для наиболее полной реализации всех требований ISO 9001:2008.

5. Сокращения

ВМП – высокотехнологичная медицинская помощь;

ДИ – должностная инструкция;

КД - корректирующие действия;

КДЛ – клиничко-диагностическая лаборатория;

КМП – качество медицинской помощи;

ЛКК – лечебно-контрольная комиссия;

ЛНА – локальный нормативный акт;

ЛПУ – лечебно-профилактическое учреждение;

МЗ ПО - Министерство здравоохранения Пензенской области;

МЗ РФ – Министерство здравоохранения Российской Федерации;

НД – нормативная документация;

ОДО – отдел документационного обеспечения;

ОМО – организационно-методический отдел;

ПД - предупреждающие действия;

ПОКБ – Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко;

СМК – система менеджмента качества;

СМП – стандарт медицинской помощи;

ТМЦ – товарно-материальные ценности;

ТФОМС – территориальный фонд обязательного медицинского страхования;

ФТМИС - Федеральная типовая медицинская информационная система;

ISO – международная организация по стандартизации.

6. Подразделения ПОКБ, принимавшие участие в оценочном аудите

Главный врач

Заместитель главного врача по медицинской части

Приемное отделение, старшая медицинская сестра

Отделение эндокринологии, заведующая

Физиотерапевтическое отделение, заведующая

Поликлиника, заведующая

Аптека, заведующая

Заместитель главного врача по хирургической помощи

Региональный сосудистый центр, заведующий

Нейрохирургическое отделение, заведующий

Отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения, заведующий

Клинико-диагностическая лаборатория, заведующая

Отделение платных услуг, заведующий

Планово-экономический отдел, заместитель начальника

Главная медицинская сестра

Организационно-методический отдел (ОМО), начальник

Организационно-методический кабинет ОМО, заведующая

Отделение контроля качества, безопасности медицинской деятельности и статистики ОМО

Отдел документационного обеспечения (ОДО), начальник

Делопроизводитель ОДО

Оператор ЭВМ ОДО

Секретарь главврача ОДО

Отдел кадров, начальник

Юридический отдел, юрисконсульт отделения платных услуг

Директор

Главный инженер

Технический отдел, начальник

Служба питания, начальник

Центральный материальный склад, заведующая

Отдел автоматизированной системы управления, начальник
Контрактная служба, начальник

7. Отчетность по результатам оценочного аудита

Отчетность по результатам проведенного оценочного аудита представляется ПОКБ в следующем виде:

- **Отчет по результатам оценочного (диагностического) аудита**, оформленный на бумажном и электронном носителях. Любое несоответствие требованиям стандарта, выявленное консультантами, в Отчете оформлено как потенциальное несоответствие. Кроме того, в Отчете приводятся предложения по устранению выявленных несоответствий, оформленные в качестве рекомендаций. ПОКБ предлагается рассматривать и потенциальные несоответствия и рекомендации в качестве отправной точки для разработки и внедрения системы менеджмента качества.

8. Результаты оценочного диагностического аудита СМПК ПОКБ.

9. Основные итоги работы

9.1 На сегодняшний момент система управления ПОКБ им. Бурденко в области обеспечения качества медицинской помощи не полностью соответствует требованиям ISO 9001:2008, однако отдельные ее элементы близки к требованиям указанного стандарта.

9.2 Руководство ПОКБ им. Бурденко осознает как выгоды и преимущества, которые дает функционирование системы менеджмента качества, так и затраты, связанные с ее внедрением.

9.3 Внедрение системы менеджмента качества в качестве основы системы управления медицинским учреждением позволяет выделить ряд преимуществ для различных групп потребителей:

Для пациентов:

- повышается качество оказания медицинских услуг в результате систематизации, сбора, распространения, анализа и хранения всей необходимой информации (медицинская документация, статистика и т.д.);
- снижается и сводится на нет число несоответствий в ходе оказания медицинской помощи благодаря четкой системе управления;
- не остаются без внимания вопросы, предложения и жалобы пациентов, благодаря отлаженным механизмам взаимодействия.

Для государства в лице МЗ РФ и МЗ ПО:

- появляется гарантия того, что оказываемые медицинские услуги отвечают всем установленным требованиям и учитывают все происходящие изменения;

- обеспечивается более высокая эффективность затраченных на здравоохранение средств;
- облегчаются процедуры проведения лицензирования и аккредитации.

Для руководства и сотрудников больницы:

- улучшается контроль над всеми сферами деятельности организации, благодаря полной прозрачности деятельности;
- снижаются затраты за счет оптимизации основных и поддерживающих процессов;
- уменьшается объем нецелесообразной бумажной работы;
- повышается прозрачность выполнения принимаемых решений;
- совершенствуются внутренние потоки информации;
- повышается инвестиционная привлекательность медицинского учреждения;
- руководство получает достоверную информацию об истинном состоянии дел медицинского учреждения;
- каждый сотрудник четко осознает свою роль и вклад в деятельность больницы;
- облегчаются процедуры подготовки и прохождения лицензирования и аккредитации.

9.4. Вместе с тем, как внедрение, так и само функционирование системы менеджмента качества потребует от медицинского учреждения определенных **затрат** на:

- консультации внешних экспертов;
- дополнительное образование специалистов;
- введение нового функционала для должностных лиц (например, представитель руководства по качеству, ответственные за процессы, внутренние аудиторы) и совмещение этого функционала с должностными обязанностями;
- дополнительное рабочее время специалистов, необходимое в связи с расширением их полномочий и ответственности;
- разработку и ведение дополнительной внутренней документации;
- разработку, демонстрацию и распространение разнообразных информационных материалов о системе менеджмента качества и достигнутых результатах деятельности.

9.5. Необходимо отметить, что именно **эффективная организация управления** является ключевым фактором при внедрении и функционировании систем менеджмента.

9.6. В ПОКБ им. Бурденко созданы необходимые структуры и постоянно планируется и ведется деятельность по обеспечению качества оказываемой медицинской услуги. Однако внедрение СМК потребует более эффективного взаимодействия соответствующих служб в рамках этой системы, перехода к единому планированию, осуществлению, контролю и совершенствованию внутрибольничной деятельности.

Таким образом, ПОКБ им. Бурденко может использовать опыт, накопленный в ходе предыдущей своей деятельности, приспособивая существующую структуру управления к требованиям ISO 9001:2008, а также создавать новые функциональные структуры, выполняющие задачи развития и поддержания в рабочем состоянии СМК.

9.7. Подводя итоги оценочного (диагностического) аудита можно утверждать, что ПОКБ им. Бурденко имеет все необходимые предпосылки и возможности для полного внедрения и результативного применения системы менеджмента качества, соответствующей требованиям международного стандарта ISO 9001:2008.

9.8. Для успешной реализации проекта разработки, внедрения и сертификации СМК ПОКБ им. Бурденко предлагается учесть все рекомендации, содержащиеся в данном Отчете, и провести следующие мероприятия:

- провести **обучение** ключевых специалистов (разработчиков документации СМК, внутренних аудиторов) **требованиям международного стандарта ISO 9001:2008;**

- **составить и выполнить план-график разработки документации по СМК** с учетом выявленных потенциальных несоответствий и рекомендаций, приведенных в настоящем Отчете, с указанием ответственных за разработку проекта документа, согласование и утверждение, а также конкретных сроков;

- **провести обучение персонала** требованиями внутренней документации СМК и обеспечить исполнение требований документации (внедрить процессы и процедуры);

- **обеспечить внедрение процессного подхода** (разработать перечень процессов СМК, документацию на процессы, схему их взаимодействия), проводить мониторинг и измерение процессов, разрабатывать и проводить по их результатам корректирующие действия или действия по улучшению;

- разработать **процедуру по внутреннему аудиту**. Определить группу внутренних аудиторов (назначить приказом), провести **обуче-**

ние внутренних аудиторов методике проведения аудитов в соответствии с ISO 19011. Осуществлять планирование и проведение цикла внутренних аудитов в строгом соответствии с разработанной процедурой. Разрабатывать необходимые корректирующие действия по результатам внутренних аудитов, проверять их выполнение и оценивать их результативность;

- определить объем анализируемых данных по функционированию СМК, ответственных за их представление и сроки, с установленной периодичностью **проводить Анализ СМК со сторон высшего руководства**;

- все вышеизложенные рекомендации оформить в виде *Плана мероприятий по разработке и внедрению СМК* как приложение к соответствующему распорядительному документу.



**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
(ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко)**

П Р И К А З

13.07.2015

№ 79

г. Пенза

**О разработке, внедрении и подготовке к сертификации системы
менеджмента качества ПOKБ в соответствии с требованиями
ISO 9001:2008**

В целях дальнейшего совершенствования системы управления ГБУЗ ПOKБ им. Н.Н. Бурденко, повышения качества оказываемой медицинской помощи, конкурентоспособности и стабильности работы ГБУЗ ПOKБ им. Н.Н. Бурденко, **п р и к а з ы в а ю:**

1. Утвердить План мероприятий по разработке, внедрению и подготовке к сертификации системы менеджмента качества (далее – СМК) ГБУЗ ПOKБ им. Н.Н. Бурденко, отвечающей требованиям стандарта ISO 9001:2008 (Приложение № 1).
2. Возложить персональную ответственность за разработку, внедрение и подготовку к сертификации СМК (в рамках подразделений) на руководителей подразделений (Приложение № 2).
3. Разиной Н.Ю. – заместителю главного врача по экономическим вопросам - обеспечить выделение необходимых ресурсов и финансирование работ по разработке, внедрению и сертификации СМК.
4. Разиной Н.В. – начальнику ОДО ознакомить с настоящим приказом всех заинтересованных лиц.
5. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Главный врач

С.В. Евстигнеев

Начальник юридического отдела

Н.В. Флеонова

Начальник

отдела документационного обеспечения

Н.В. Разина

Приложение 1

План мероприятий по разработке, внедрению и подготовке к сертификации СМК ПОКБ им. Бурденко, отвечающей требованиям стандарта ISO 9001:2008

№ п/п	Наименование мероприятия	Ответственный	Срок исполнения, 2015 г.
1	2	3	4
1.	Издание приказа о назначении ответственных по СМК	Заведующий организационно – методическим отделом	май - июль
2.	Разработка, документальное оформление и утверждение Политики в области качества ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко	Заместитель главного врача по медицинской части	май - июль
3.	Разработка, документальное оформление и утверждение Целей в области качества на 2015 год, основанных на Политике в области качества ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко	Заместитель главного врача по медицинской части	май - июль
4.	Организация и проведение информационно - консультационного семинара для специалистов ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко по теме «Разработка и внедрение СМК»	Заведующий организационно – методическим отделом	21 – 24 апреля
5.	Разработка процессной модели СМК ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко (определение перечня процессов, критериев и показателей результативности и схемы взаимодействия процессов)	Заведующий организационно – методическим отделом	май - июль
6.	Издание приказа о назначении ответственных за процессы СМК	Заместитель главного врача по медицинской части	май - июль
7.	Разработка и утверждение Плана-графика разработки документации СМК	Заведующий организационно – методическим отделом	май - август
8.	Разработка и утверждение Плана мероприятий по устранению несоответствий, выявленных в ходе оценочного (диагностического) аудита системы управления ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко на соответствие требованиям стандарта ISO 9001:2008	Заведующий организационно – методическим отделом	май - август

№ п/п	Наименование мероприятия	Ответственный	Срок исполнения, 2015 г.
1	2	3	4
9.	Разработка документации СМК в соответствии с утвержденным Планом-графиком	Заведующий организационно – методическим отделом	май-сентябрь
10.	Организация подготовки работников структурных подразделений по требованиям и документации СМК	Руководители структурных подразделений	август-сентябрь
11.	Запрос коммерческих предложений от международных органов по сертификации на проведение сертификационного аудита СМК ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко	Заведующий организационно – методическим отделом	июль-август
12.	Проведение закупочных процедур и заключение договора на сертификацию СМК	Начальник контрактной службы	сентябрь-ноябрь
13.	Издание приказа о назначении группы внутренних аудиторов СМК ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко	Заместитель главного врача по медицинской части	сентябрь-октябрь
14.	Организация и проведение информационно - консультационного семинара для специалистов ПОКБ по теме «Внутренний аудит СМК»	Заведующий организационно – методическим отделом	сентябрь-октябрь
15.	Планирование и проведение внутренних аудитов СМК ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко	Руководитель группы внутренних аудиторов	октябрь-ноябрь
16.	Сбор данных и оформление Отчета по анализу СМК со стороны руководства	Заведующий организационно – методическим отделом	декабрь
17.	Проведение анализа функционирования СМК ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко за 2015 год	Заместитель главного врача по медицинской части	декабрь
18.	Проведение организационно-технических мероприятий по подготовке к сертификационному аудиту	Заведующий организационно – методическим отделом	декабрь
19.	Проведение предварительного сертификационного аудита	Орган по сертификации	декабрь

Приложение 2

Список руководителей подразделений, ответственных за разработку, внедрение и подготовку к сертификации СМК, в рамках подразделений

№ п/п	Ф.И.О.	Должность
1.		Заместитель главного врача по медицинской части
2.		Заместитель главного врача по хирургической помощи
3.		Заведующая поликлиникой
4.		Заведующая аптекой
5.		Заведующий организационно-методическим отделом
6.		Главная медицинская сестра
7.		Заведующая приемным отделением
8.		Заведующий отделением сосудистой хирургии
9.		Заведующий хирургическим отделением №2
10.		Заведующий отделением оториноларингологическим
11.		Заведующий урологическим отделением №2
12.		Заведующий кардиологическим отделением с палатой реанимации и интенсивной терапии
13.		Заведующий отделением кардиологическим
14.		Заведующая отделением неврологическим для лечения больных с нарушением мозгового кровообращения
15.		Заведующая отделением неврологическим с реабилитационными койками для больных с заболеваниями центральной нервной системы и органов чувств
16.		Заведующая отделением эндокринологомическим
17.		Заведующий отделением нейрохирургическим
18.		Заведующий хирургическим отделением №1
19.		Заведующий отделением травматологии и ортопедии
20.		Заведующая отделением колопроктологическим
21.		Заведующая отделением челюстно-лицевой хирургии
22.		Заведующий урологическим отделением №1
23.		Заведующий отделением гинекологическим
24.		Заведующий отделением анестезиологии – реанимации №1
25.		Заведующий отделением анестезиологии - реанимации №2
26.		Заведующий отделением ревматологическим
27.		Заведующий отделением хирургическим торакальным
28.		Заведующая отделением нефрологическим
29.		Заведующая отделением гастроэнтерологическим

30.		Заведующая отделением диализа
31.		Заведующая пульмонологическим отделением
32.		Заведующая эпидемиологическим отделом
33.		Заместитель главного врача по экономическим вопросам
34.		Начальник отдела кадров
35.		Начальник юридического отдела
36.		Заведующий отделением платных услуг
37.		Заведующий отделением лучевой диагностики
38.		Заведующая физиотерапевтическим отделением
39.		Заведующая отделением функциональной диагностики
40.		Заведующая поликлиникой
41.		Заведующая центром здоровья
42.		Заведующая центром медицинским эндокринологическим
43.		Заведующая кардиологическим диспансером
44.		Заведующая дневным стационаром №1
45.		Заведующий региональным сосудистым центром
46.		Зав. отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения
47.		Заведующая клинко-диагностической лабораторией
48.		Заведующий эндоскопическим отделением
49.		Заведующий отделением гипербарической оксигенации
50.		Заведующая бактериологической лабораторией
51.		Директор
52.		Главный инженер
53.		Начальник хозяйственного отдела
54.		Начальник отдела АСУ
55.		Начальник технического отдела
56.		Начальник отдела по ГО и МР
57.		Начальник контрактной службы



Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
(ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко)

П Р И К А З

13.07.2015

№ 80

г. Пенза

О назначении сотрудников, ответственных за разработку, внедрение и функционирование системы менеджмента качества ПОКБ в соответствии с требованиями ISO 9001:2008

В целях обеспечения результативного функционирования в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко системы менеджмента качества в соответствии с требованиями международного стандарта ISO 9001:2008, **п р и к а з ы в а ю:**

1. Фролову Ирину Владимировну - заместителя главного врача по медицинской части - назначить представителем высшего руководства по качеству с возложением на нее соответствующих обязанностей (Приложение 1).

2. Дылдина Алексея Валерьевича - заведующего организационно-методическим отделом - назначить ответственным за координацию работ по обеспечению результативного функционирования СМК с возложением на него соответствующих обязанностей (Приложение 2).

3. Моисееву Любовь Николаевну - заведующую отделением контроля качества и безопасности медицинской деятельности - назначить уполномоченным по качеству с возложением на нее соответствующих обязанностей (Приложение 3)

4. Разиной Н.В. - начальнику ОДО ознакомить с настоящим приказом всех заинтересованных лиц.

5. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Главный врач

С.В. Евстигнеев

Начальник юридического отдела

Н.В. Флеонова

Начальник

отдела документационного обеспечения

Н.В. Разина

Обязанности представителя руководства по качеству

1. Обеспечивать разработку, внедрение и результативное функционирование системы менеджмента качества СМК в соответствии с требованиями ISO 9001:2008.
2. Обеспечивать доведение до работников структурных подразделений ПОКБ Политики ПОКБ в области качества.
3. Обеспечивать доведение до работников структурных подразделений ПОКБ, законодательно-нормативных требований и требований потребителей в области обеспечения качества медицинской помощи.
4. Формировать систему общего руководства в области качества в ПОКБ.
5. Определять проблемы в области функционирования СМК.
6. Поручать руководителям структурных подразделений ПОКБ разработку и выполнение мероприятий по разработке, внедрению и результативному функционированию СМК и обеспечивать контроль их выполнения.
7. Обеспечивать представление отчетов о функционировании СМК главному врачу и членам медицинского совета для анализа и как основу для улучшения системы.
8. Обеспечивать проведение внутренних аудитов СМК и доведение их результатов до главного врача и членов медицинского совета.
9. Обеспечивать взаимодействие со сторонними организациями по вопросам разработки, внедрения, функционирования и сертификации СМК.

**Обязанности ответственного за координацию работ по
обеспечению результативного функционирования системы
менеджмента качества**

1. Планировать и обеспечивать реализацию мероприятий по разработке, внедрению и функционированию СМК и отчитываться о ходе их выполнения перед представителем руководства по качеству.
2. Обеспечивать контроль за сроками и качеством выполнения работ по обеспечению результативного функционирования СМК.
3. Организовывать проведение внутренних аудитов СМК.
4. Обеспечивать оперативную связь с работниками ПОКБ и методическое руководство по вопросам разработки и введения в действие документов СМК и вопросам, связанным с функционированием СМК.
5. Организовывать проведение обучения работников ПОКБ требованиям документации СМК и требованиям СМК.
6. Организовывать работы по сбору данных для составления отчета о функционировании СМК и подготовке проекта отчета.
7. Организовывать разработку и контроль исполнения целей и задач, мероприятий подразделений ПОКБ в области качества.
8. Доводить до структурных подразделений ПОКБ Политику, цели, текущие задачи в области качества, законодательно-нормативные требования и требования потребителей в области обеспечения качества медицинской помощи.
9. Планировать и обеспечивать своевременную разработку и актуализацию документов СМК.
10. Информировать работников ПОКБ о введении новых документов СМК и о внесении изменений в документы СМК.
11. Организовывать проведение инструктажа по СМК в подразделениях ПОКБ.
12. Организовывать сбор и представление на рассмотрение руководству ПОКБ предложений от структурных подразделений по улучшению деятельности в области качества.

Обязанности уполномоченного по качеству

1. Осуществлять координацию проведения внутренних аудитов СМК в ПОКБ;
2. Информировать внутренних аудиторов и руководителей объектов аудита о сроках проведения внутренних аудитов в соответствии с Графиком проведения внутренних аудитов;
3. Контролировать сроки формирования, согласования и утверждения документации по планированию и проведению внутренних аудитов СМК;
4. Осуществлять текущий контроль сроков проведения внутренних аудитов;
5. Формировать проект итогового отчета по результатам внутренних аудитов за год;
6. Осуществлять сбор и периодическое представление на Медицинский совет результатов текущего контроля выполнения Целей в области качества и текущего мониторинга и измерений процессов СМК в соответствии с установленной процедурой;
7. Осуществлять сбор данных о функционировании СМК за год и готовить проект Отчета о функционировании в соответствии с установленной процедурой.



**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
(ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко)**

П Р И К А З

13.07.2015

№ 84

г. Пенза

**О введении в действие Политики в области качества ГБУЗ
«Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»**

В целях постоянного повышения качества оказываемой медицинской помощи ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» (далее – ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко), **п р и к а з ы в а ю:**

1. Утвердить и ввести в действие «Политику ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко в области качества» (далее – Политика) (Приложение № 1).

2. Руководителям подразделений обеспечить доведение Политики в области качества до каждого работника с целью обеспечения понимания ими целей и обязательств, содержащихся в Политике.

3. Дылдину А.В. – заведующему ОМО обеспечить изготовление необходимого количества учтенных бумажных экземпляров Политики для подразделений ПОКБ.

4. Сараскину В.М. – начальнику отдела АСУ обеспечить размещение Политики в области качества на Интернет-сайте ПОКБ.

5. Разиной Н.В. – начальнику ОДО ознакомить с настоящим приказом всех заинтересованных лиц.

6. Контроль за исполнением данного приказа возлагаю на заместителя главного врача по медицинской части Фролову И.В.

Главный врач

С.В. Евстигнеев

Начальник юридического отдела

Н.В. Флеопова

Начальник

отдела документационного обеспечения

Н.В. Разина

**Политика в области качества
ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница
им. Н.Н. Бурденко»**

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» (ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко) является ведущим лечебным учреждением города Пензы и играет лидирующую роль в деле развития сферы здравоохранения в Пензенском регионе.

Организация оказывает специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, как в условиях стационара, так и амбулаторно, в системах обязательного и добровольного медицинского страхования. Некоторые виды оказываемой медицинской помощи являются уникальными в плане предоставления услуг и не представлены в других учреждениях города и области.

Уважение к профессии, к пациентам и коллегам, ответственность перед обществом – вот тот фундамент, на котором строится Стратегия развития ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, определяемая следующими стратегическими целями:

- оказание необходимого объема медицинской помощи населению Пензенской области, в полной мере соответствующей порядкам и стандартам оказания медицинской помощи, а также максимальный учет требований и пожеланий пациентов и предвосхищение их ожиданий;
- расширение доступности, объема и постоянное повышение качества оказываемых услуг в сфере здравоохранения на основании анализа имеющихся потребностей в них в регионе и за его пределами;
- повышение эффективности лечебно-диагностического процесса;
- развитие региональной системы здравоохранения, включая оказание методической и консультативной помощи городским и районным учреждениям здравоохранения.

Реализацию данных стратегических целей призваны обеспечить:

- внедрение, результативное функционирование и постоянное совершенствование системы менеджмента качества, соответствующей требованиям международного стандарта ISO 9001:2008, как основного инструмента по достижению заявленных целей;

- совершенствование системы управления больницей путем внедрения и развития процессного подхода и четкой регламентацией полномочий и ответственности персонала;
- оптимизация системы сбора и анализа данных для принятия обоснованных управленческих решений в минимально возможные сроки;
- непрерывное развитие системы управления качеством медицинской помощи;
- поддержание инфраструктуры больницы в состоянии, отвечающем требованиям нормативных документов и обеспечивающем комфортное и безопасное пребывание пациентов и возможность оказания им услуг в необходимом объеме;
- применение современных медицинских и управленческих технологий, включая ИТ-технологии;
- совершенствование внутреннего бумажного и электронного документооборота;
- постоянное повышение уровня квалификации персонала на основании имеющихся нормативных требований, а также анализа внутренних потребностей;
- развитие системы мотивации персонала, обеспечивающей его максимальную вовлеченность и нацеленность на получение запланированных результатов;
- постоянное совершенствование закупочных процедур и взаимодействия с поставщиками материально - технических ресурсов и подрядчиками для обеспечения необходимого качества и сроков поставки продукции и услуг;
- оптимальное использование кадровых и материально - технических ресурсов.

Руководство ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко заявляет о своей приверженности данной Политике в области качества и принимает на себя обязательства по ее реализации, доведению и обеспечению понимания Политики всеми работниками больницы, а также гарантирует необходимую ресурсную поддержку деятельности, направленной на выполнение заявленных целей и постоянное повышение качества оказываемых услуг.



**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
(ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко)**

П Р И К А З

25.09.2015

№ 121

г. Пенза

О внедрении процессной модели системы менеджмента качества

В связи с необходимостью внедрения процессного подхода при разработке, внедрении и совершенствовании системы менеджмента качества (далее - СМК) ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко в соответствии с требованиями международного стандарта ISO 9001:2008, **п р и к а з ы в а ю:**

1. Утвердить схему взаимодействия процессов СМК (Приложение 1).
2. Назначить ответственными за процессы СМК должностных лиц в соответствии с Приложением 2.
3. Утвердить Положение об ответственных за процессы СМК (Приложение 3).
4. Утвердить Положение о процессах СМК ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко (Приложение 4).
5. Заведующего организационно – методическим отделом Дылдина А.В. назначить ответственным за актуализацию настоящего приказа.
6. Начальнику отдела документационного обеспечения Разиной Н.В. ознакомить с настоящим приказом всех заинтересованных лиц.
7. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на представителя руководства по качеству – заместителя главного врача по медицинской части И.В. Фролову.

Главный врач

С.В. Евстигнеев

Начальник юридического отдела

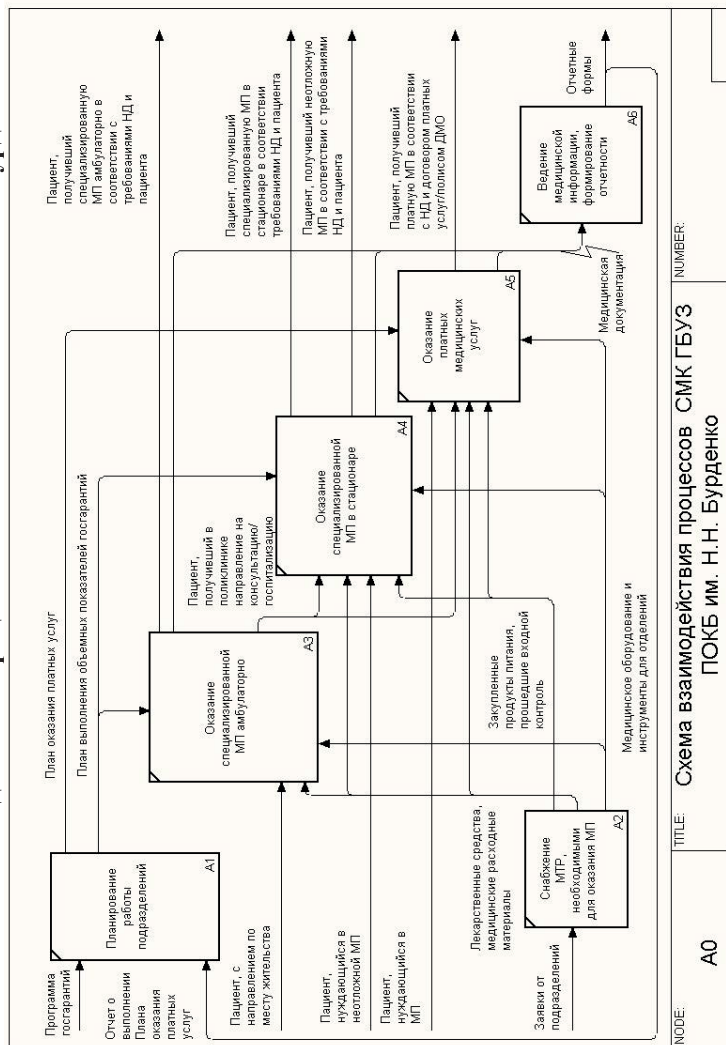
Н.В. Флегонова «23» 09 2015

Начальник

отдела документационного обеспечения

Н.В. Разина «23» 09 2015

Схема взаимодействия процессов СМК ГБУЗ ПокБ им. Н.Н. Бурденко



Приложение № 2
к приказу № 121 от 25.09.2015 г.

Наименование процесса	Ответственный за процесс	
	должность	ФИО
A1 «Планирование работ подразделений»	Заместитель главного врача по экономическим вопросам	
A2 «Снабжение материально – техническими ресурсами, необходимым для оказания медицинской помощи»	Заместитель главного врача по экономическим вопросам	
A3 «Оказание специализированной медицинской помощи амбулаторно»	Заведующий поликлиникой	
A4 «Оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи в стационаре»	Заместитель главного врача по медицинской части	
A5 «Оказание платных медицинских услуг»	Заведующий отделением платных услуг	
A6 «Ведение медицинской информации и формирование отчетности»	Заведующий организационно-методическим отделом	

ПОЛОЖЕНИЕ
об ответственных за процессы СМК ГБУЗ ПОКБ
им. Н.Н. Бурденко

I Общие положения

1.1. Ответственный за процесс – должностное лицо, которое в соответствии со своими должностными обязанностями несет полную ответственность за реализацию, контроль и совершенствование процесса СМК, и его результаты, наделенное всеми необходимыми полномочиями в отношении этого процесса и имеющее в своем распоряжении необходимые ресурсы.

1.2. Ответственные за процесс назначаются приказом главного врача ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.

1.3. Одно должностное лицо может одновременно являться ответственным за несколько процессов СМК.

1.4. Структурные подразделения, частично или полностью участвующие в реализации процесса, могут не находиться в непосредственном административном подчинении ответственного за процесс. В этом случае данные структурные подразделения подчиняются ответственному за процесс функционально, в рамках выполняемых в ходе процесса задач и ответственности, определенных документацией на процесс.

II Функции ответственного за процесс СМК

- формулирует цели процесса и задачи в рамках процесса для участников процесса;
- планирует контроль результатов и этапов работ по процессу;
- обеспечивает реализацию процесса и получение запланированных результатов процесса;
- определяет необходимый объем документирования процесса;
- организывает работы по процессу, устанавливает порядок и методы их проведения, в том числе путем разработки и введения в действия ЛНА и других внутренних документов, определяющих требования к данному процессу;
- оперативно управляет процессом, обеспечивает доведение требований действующих ЛНА и других внутренних требований в виде указаний, заданий, распоряжений до участников процесса;

- определяет показатели функционирования, методики их расчета и критерии результативности процесса и пересматривает их по мере необходимости;

- организывает проведение мониторинга и измерений процесса для обеспечения получения запланированных результатов процесса в соответствии с установленными к нему требованиями и повышения результативности процесса;

- анализирует процесс и определяет корректирующие и предупреждающие мероприятия для достижения запланированных результатов и постоянного улучшения процесса, касающихся содержания работ, системы измерений и организации труда участников процесса, а также оптимизации взаимодействия процесса с другими процессами СМК;

- проводит анализ обеспеченности процесса ресурсами и своевременного обеспечения недостающих ресурсов в соответствии с установленными в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко процедурами;

- обеспечивает представление данных по функционированию процесса при внутренних и внешних аудитах СМК, а также для анализа СМК за год.

III Права

Ответственный за процесс СМК имеет право:

- вносить изменения в процесс;
- определять требуемый уровень компетентности персонала – участников процесса, а также требования к ресурсам;
- определять задания участникам процесса и требовать их выполнения в рамках установленной ответственности по процессу;
- планировать ресурсы по процессу;
- вносить предложения главному врачу ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко по совершенствованию процесса;
- вносить предложения главному врачу ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко по оптимизации и реструктуризации процессной модели СМК ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.

IV Ответственность

Ответственный за процесс СМК должен обеспечивать:

- функционирование процесса в соответствии с установленными к нему требованиями;

- однозначное понимание всеми участниками процесса их ответственности и полномочий в рамках процесса и эффективное взаимодействие участников процесса при решении связанных с исполнением данного процесса задач;
- разработку, надлежащее исполнение и своевременную актуализацию (пересмотр) локальных нормативных актов, регулирующих процесс;
- постоянное повышение результативности процесса;
- правильность показателей, по которым оценивается процесс и работа отдельных структурных подразделений, и их согласованность между собой;
- организацию системы контроля, мониторинга и измерений процесса, которая обеспечивает получение запланированного результата процесса и удовлетворенность потребителя результата процесса;
- достоверность данных по функционированию и результативности процесса.

ПОЛОЖЕНИЕ
о процессах системы менеджмента качества
ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница
им. Н.Н. Бурденко»

Назначение и область применения

Настоящее «Положение о процессах системы менеджмента качества ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» (далее – Положение) разработано с целью обеспечения и повышения результативности функционирования процессов системы менеджмента качества ГБУЗ «Пензенская областная больница им. Н.Н. Бурденко» (далее – ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко) путем применения процессного подхода к управлению в соответствии с требованиями ISO 9001:2008 Системы менеджмента качества. Требования/Quality management systems – Requirements.

Задачами настоящего Положения являются:

- установление требований к порядку выделения и описания процессов СМК;
- определение границ процессов СМК;
- определение порядка взаимодействия процессов СМК;
- установление требований к реализации выделенных процессов СМК;
- установление процедуры мониторинга и измерений процессов СМК.

Настоящее Положение действительно для всех работников ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, задействованных в процессах СМК и процедуре мониторинга и измерений процессов СМК.

Ответственность

Ответственным за организацию разработки и актуализации настоящего Положения является заведующий организационно-методическим отделом.

Ответственными за исполнение требований данного Положения являются ответственные за процессы СМК, назначенные приказом главного врача ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, а также все работники ГБУЗ

ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, участвующие в реализации процессов СМК и процедуре мониторинга и измерений процессов СМК.

Изменения

Внесение изменений/дополнений в настоящее Положение осуществляется путем его переиздания на основании приказа главного врача с обязательным ознакомлением всех работников ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, задействованных в реализации процессов СМК и процедуре мониторинга и измерений процессов СМК.

Определения, сокращения и обозначения

Определения

Блок – прямоугольник, содержащий имя и номер и используемый для описания функции (Р 50.1.028-2001).

Вход(ы) процесса – вносимые в процесс извне материальные и информационные потоки, подвергаемые воздействиям и изменениям в ходе процесса (сырье, материалы, информация о требованиях заказчика (потребителя) и т.д.).

Выход(ы) процесса – материальные и информационные потоки, полученные в результате воздействия процесса на его входы (готовые изделия, предоставленные услуги, информация).

Декомпозиция – разбиение одного из процессов верхнего уровня на более детальный процесс (подпроцесс, функции, работы, операции).

Зона безответственности – функциональная область, за выполнение и результат которой не определена ответственность конкретного должностного лица/ структурного подразделения.

Инфраструктура медицинского учреждения – комплекс взаимосвязанных обслуживающих структур или объектов (зданий, сооружений и обеспечивающих их систем, оборудования (включая технические и программные средства), вспомогательных служб), необходимых для функционирования ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н.Бурденко.

Контекстная диаграмма – диаграмма, изображающая деятельность (процесс) самого верхнего уровня и состоящая из одного функционального блока (Р 50.1.028-2001).

Корректирующее действие – действие, предпринятое для устранения причины выявленного несоответствия.

Материально-технические средства, необходимые для оказания медицинской помощи – специальные материальные средства, которые

позволяют оказывать все виды медпомощи, проводить диагностику, лечение, профилактику заболеваний и поражений, выполнять санитарно-гигиенические, эпидемические мероприятия и мероприятия по защите населения и включают в себя:

- лекарственные средства;
- медицинские расходные материалы;
- медицинское оборудование;
- медицинские инструменты;
- продукты питания для обеспечения лечебного питания в стационаре.

Медицинский совет ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» – постоянно действующий коллегиальный совещательный орган, созданный в целях координации работ по обеспечению надлежащего качества медицинской помощи и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.

Неконтекстная диаграмма – диаграмма, являющаяся результатом декомпозиции контекстной диаграммы или диаграммы процесса верхнего уровня, содержащая несколько функциональных блоков (Р 50.1.028-2001).

Номер блока – число, помещаемое в правом нижнем углу блока и однозначно идентифицирующее блок на диаграмме (Р 50.1.028-2001).

Нормативный документ – документ, содержащий правила, общие принципы, характеристики объектов стандартизации, касающиеся определенных видов деятельности или их результатов, разработанный сторонними организациями или внутри организации (внутренний нормативный документ).

Операция – законченное элементарное действие или ряд связанных между собой элементарных действий, направленных на решение определенной задачи и выполняемых на одном рабочем месте.

Ответственный за процесс – должностное лицо, несущее полную ответственность за процесс (внедрение, организацию функционирования, получение намеченного результата, мониторинг, улучшение), наделенное всеми полномочиями в отношении этого процесса и имеющего в распоряжении необходимые ресурсы.

Поставщик материально-технических ресурсов – индивидуальное лицо, компания или другое юридическое лицо, осуществляющее поставку материально-технических ресурсов для ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко в соответствии с договорами/контрактами поставки.

Представитель руководства по системе менеджмента качества – должностное лицо, назначаемое высшим руководством, наделенное необходимыми полномочиями и ответственное за обеспечение функционирования системы менеджмента качества в соответствии с требованиями ISO 9001:2008.

Предупреждающее действие – действие, предпринятое для устранения причин потенциального несоответствия или другой нежелательной ситуации.

Процесс – совокупность взаимосвязанных или взаимодействующих видов деятельности, которая преобразует входы в выходы по определенной технологии.

Работа/Функция – совокупность последовательно или/и параллельно выполняемых операций в функциональных подразделениях: отделах, отделах, службах, ориентированная на получение конкретного конечного результата.

Результативность – степень реализации запланированной деятельности и достижения запланированных результатов.

Ресурсы процесса – утвержденные в плановом порядке не преобразуемые содействующие факторы, обеспечивающие протекание процесса (инфраструктура (оборудование, инструмент, программное обеспечение и т.д.), персонал, финансы).

Система менеджмента качества – совокупность взаимосвязанных или взаимодействующих элементов для установления политики и целей в области качества и достижения этих целей, а также руководства и управления организацией применительно к качеству.

Социальная среда — совокупность материальных, экономических, социальных, политических и духовных условий существования, формирования и деятельности индивидов и социальных групп.

Цель процесса – краткая характеристика основного предназначения совокупности видов деятельности, ориентированной на получение конкретных результатов.

Сокращения

БЛ – бактериологическая лаборатория.

ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко – Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко».

КДЛ – клиничко-диагностическая лаборатория.

ЛНА – локальный нормативный акт.

МЗ – министерство здравоохранения и социального развития.
МИАЦ – медицинский информационный аналитический центр.
МИС БАРС – медицинская информационная система обработки статистических данных.

МО – медицинская организация.

МП – медицинская помощь.

МТР – материально-технические ресурсы.

НД – нормативная документация.

ОМО – организационно-методический отдел.

ОРД – организационно-распорядительная документация.

ПМУ – платные медицинские услуги.

ПО – программное обеспечение.

ПП – положение о подразделении.

РФ – Российская Федерация.

СМК – система менеджмента качества.

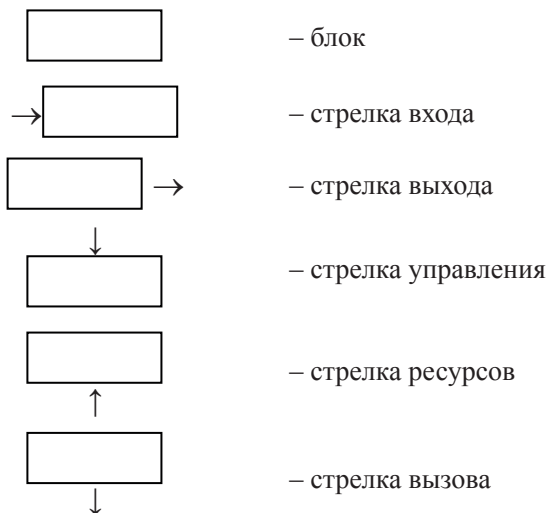
СМП – стандарты медицинской помощи.

СП – структурное подразделение.

ФЗ – федеральный закон;

ФТМИС – Федеральная типовая медицинская информационная система.

Обозначения



Требования к реализации процессного подхода в СМК ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко

1.1 Требования к выделению процессов и формированию процессной модели СМК ГБУЗ им. Н.Н. Бурденко

1.1.1 Для результативного функционирования СМК и реализации процессного подхода деятельность ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко представляется в виде совокупности процессов, необходимых для оказания медицинской помощи.

1.1.2 В ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко принята следующая классификация процессов:

- процессы управления (У) – процессы, определяющие способы управления, планирования, улучшения, коммуникации или способы принятия решений в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко;

- основные процессы (А) – процессы, определяемые деятельностью ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко и относящиеся к предоставлению основных медицинских услуг, дающие основной вклад в достижение целей ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, добавляющие ценность для потребителя (пациенты или другие заинтересованные стороны) и оказывающие прямое влияние на удовлетворенность потребителя (пациенты или другие заинтересованные стороны);

- поддерживающие процессы (П) – процессы, обеспечивающие деятельность основных процессов, осуществляющие финансирование, нормирование, ремонт, обеспечение средствами измерения, подготовку кадров и т.п.

1.1.3 Процессы в деятельности ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко выделяются с учетом их влияния на предоставление основных медицинских услуг, а также с учетом оценки наличия проблем в процессах. Процессы оформляются в соответствии с требованиями раздела 1.2 настоящего Положения. Процессная модель и все изменения к ней утверждаются на итоговом заседании Медицинского совета с оформлением Протокола.

1.1.4 Взаимодействие процессов СМК отображается в виде схемы взаимодействия, представленной в Приложении 1 к настоящему Положению.

1.1.5 Перечень процессов оформляется согласно разделу 2.1 настоящего Положения. Для каждого процесса должны быть определены цели (назначение) процесса, ресурсы, ответственные за процесс, основные

участники, поставщики входов и потребители выходов, показатели и критерии оценки результативности, а также периодичность оценки и основные ЛНА, определяющие требования к процессам.

Перечень процессов представляется в табличном виде, где каждому из столбцов соответствует определенное содержание:

- столбец «Цель процесса» описывает основное назначение данного процесса в деятельности ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко;

- столбец «Ресурсы» – персонал и инфраструктура, задействованные для выполнения процесса;

- столбец «Вход (поставщик)» – материальный или информационный вход процесса и связанный с ним внешний поставщик или СП (отделение, отдел, служба) ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, ответственные за предоставление входа, необходимого для выполнения процесса;

- столбец «Выход (потребитель)» – материальный или информационный выход процесса и связанный с ним внешний потребитель (пациент, МЗ, другие заинтересованные стороны) или СП (отделение, отдел, служба) ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, получающие и использующие выход (результат) процесса.

- столбец «Регламентирующие документы» – основные внешние НД, ЛНА, ОРД, используемые в деятельности процессов и определяющие основные требования к ним.

1.1.6 Детализированные этапы процессов ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко приводятся в Маршрутных картах процессов (п.1.2.8 настоящего Положения).

1.1.7 Ответственные за процессы СМК, указанные в Перечне процессов, определяются исполняемым функционалом и уровнем ответственности и полномочий должностного лица в рамках соответствующего процесса, на основании утвержденных организационно-кадровых документов (структуры управления ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, должностных инструкций и положений о подразделениях) и ЛНА ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, а также ОРД ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.

Ответственные за процессы СМК назначаются приказом главного врача ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко. Ответственность, функции и полномочия ответственных за процессы СМК определяются в Положении об ответственных за процессы СМК, которое является приложением к приказу о назначении ответственных за процессы.

Ответственные за процессы должны осуществлять управление процессом, включая планирование, мониторинг, контроль, анализ и принятие управленческих решений.

Для контроля за ходом и результатами процесса должны использоваться установленные показатели. Контроль показателей процессов осуществляется путем сравнения полученных фактических значений показателей с плановыми значениями показателей, установленными на отчетный период.

1.2 Требования к описанию процессов СМК ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко

1.2.1 Верхним уровнем описания процессов является уровень ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко в целом, он определяется видами оказываемых медицинских услуг и функциональными направлениями деятельности – это уровень заместителей главного врача и руководителей структурных подразделений (ответственных за процессы). Процессы верхнего уровня все вместе формируют процессную модель деятельности ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, демонстрирующую их взаимодействие, а по отдельности представляют собой контекстную диаграмму каждого процесса.

Процесс должен быть представлен в виде нескольких функциональных блоков (подпроцессов, функций (работ), операций). Уровень детализации (декомпозиции) процесса определяется непосредственно ответственными за процессы и подразумевает под собой следующее:

- четкое распределение функций, выполняемых в процессе, и ответственности;
- разграничение деятельности путем определения входов/выходов и операций, составляющих функции (работы);
- процесс начинается/заканчивается тогда, когда ответственность за документ или ресурс передается от одного руководителя (субъекта) к другому.

1.2.2 Описание каждого процесса СМК должно содержать:

- контекстную диаграмму процесса;
- диаграмму процесса (неконтекстная диаграмма);
- маршрутную карту процесса.

1.2.3 Контекстная диаграмма процесса должна состоять из одного функционального блока. Каждой стороне прямоугольника контекстной диаграммы соответствует определенное значение (Рис.1).

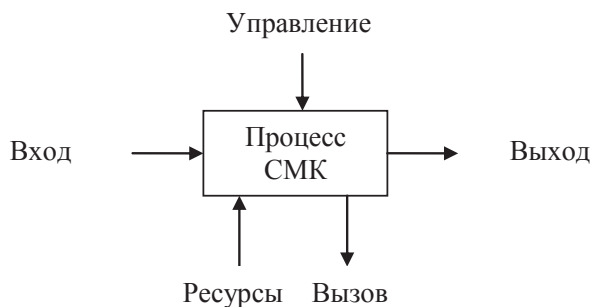


Рис. 1 Контекстная диаграмма процесса

1.2.4 В разделе «Диаграмма процесса» приводится графическое изображение (неконтекстная диаграмма) процесса (Р 50.1.028-2001).

Неконтекстная диаграмма представляет собой детализацию процессов верхнего уровня на подпроцессы – укрупненные функции отделений и отделов в соответствии с их функциональным назначением и технологией оказания медицинских услуг. Данный уровень декомпозиции является обязательным для графического представления процесса.

Подпроцессы (укрупненные функции) СП (отделений, отделов, служб) в свою очередь могут быть детализированы на уровне функций, выполняемых отдельными группами работников/работниками. Данный уровень декомпозиции используют для стандартизации и оптимизации деятельности в конкретных функциональных областях в рамках общего функционала, в зависимости от их важности, критичности и наличия проблемных зон, а также для обеспечения однозначного понимания всеми участниками процесса роли (рамки полномочий и ответственности) каждого работника, исключения дублирования одних и тех же функций, наличия зон «безответственности».

1.2.5 Неконтекстная диаграмма должна содержать от 3-х до 8-ми блоков. Эти ограничения поддерживают сложность диаграмм на уровне, доступном для чтения, понимания и использования.

1.2.6 Каждый блок неконтекстной диаграммы получает кодовый номер, помещаемый в правом нижнем углу. Код формируется следующим

образом: обозначение процесса СМК, порядковый номер процесса, порядковый номер блока.

Блоки должны иметь хотя бы одну управляющую стрелку и выходную стрелку, но могут не иметь входных стрелок (для случая, когда вход и управляющее воздействие совпадают).

1.2.7 Взаимодействие функциональных блоков описывается в виде граничных и внутренних стрелок. Граничные стрелки на контекстной диаграмме служат для описания взаимодействия системы с окружающим миром. Они могут начинаться у границы диаграммы и заканчиваться у функционального блока и наоборот. Внутренние стрелки используются для связи функциональных блоков между собой. Эти стрелки не касаются границы диаграммы, начинаются у одного функционального блока и заканчиваются у другого.

Используются пять типов стрелок:

- Вход (входящая слева) – материал или информация, которые используются или преобразуются процессом для получения результата;
- Управление (входящая сверху) – правила, стратегии, документированные процедуры (ЛНА), ОРД или стандарты, другие внешние НД, которыми руководствуется процесс;
- Выход (исходящая справа) – материал или информация, которые производятся процессом;
- Ресурсы (входящая снизу) – ресурсы, которые необходимы для выполнения операции, например, персонал, оборудование и т.д.;
- Вызов (исходящая снизу) – специальная стрелка, указывающая на другой процесс или вид деятельности.

Различают следующие типы связей (стрелок) функциональной группы:

- обратная связь по входу, когда выход нижестоящей операции направляется на вход вышестоящей. Такая связь используется для описания циклов. На рисунке 2 стрелка «Данные для проведения дополнительных исследований» связывает функциональные блоки «Назначение и проведение диагностических и лабораторных исследований» и «Постановка окончательного диагноза и назначение лечения»;
- обратная связь по управлению, когда выход нижестоящей операции направляется на управление вышестоящей (стрелка «Корректировка порядка проведения исследований» на Рисунке 3). Обратная связь по управлению свидетельствует об улучшении процесса. В случае, изображенном на Рисунке 3, качество проведения исследований может быть

повышено путем непосредственного регулирования функционального блока «Назначение и проведение диагностических и лабораторных исследований» в зависимости от результата (выхода) функционального блока «Анализ результатов проведения диагностических и лабораторных исследований».



Рис. 2 Обратная связь по входу

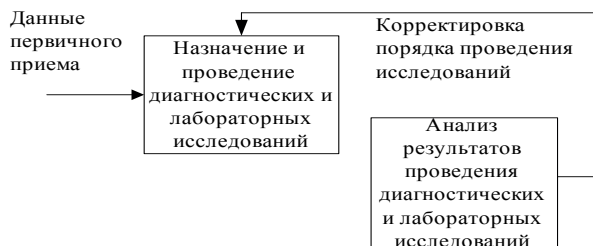


Рис. 3 Обратная связь по управлению

Для возможности использования данных несколькими функциональными блоками (подпроцессами, процессами) используют разветвляющиеся и сливающиеся стрелки. Смысл этих стрелок передается именованием каждой ветви стрелок. Если стрелка именована до разветвления, а после разветвления ни одна из ветвей не именована, то подразумевается, что каждая ветвь моделирует те же данные или объекты, что и ветвь разветвления (Рисунок 4).

Если стрелка именована до разветвления, а после разветвления какая-либо из ветвей не именована, то подразумевается, что эти ветви соответствуют именованию. Если при этом какая-либо ветвь после раз-

ветвления осталась неименованной, то подразумевается, что она моделирует те же данные или объекты, что и ветвь разветвления (Рисунок 5).

Недопустима ситуация, когда стрелка до разветвления не именована, а после разветвления именована какая-либо из ветвей (Рисунок 6).

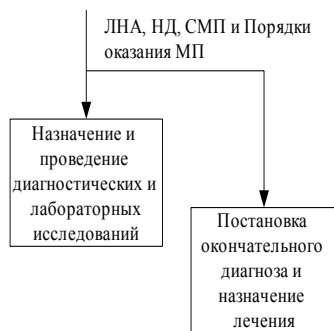


Рис. 4 Пример именования разветвляющейся стрелки



Рис. 5 Пример именования разветвляющейся стрелки

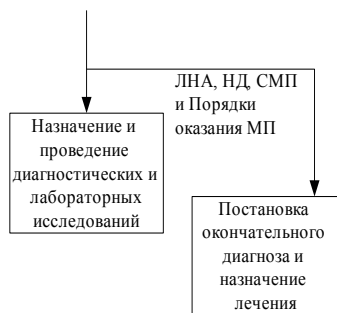


Рис. 6 Пример неверного именования разветвляющейся стрелки

Принципы именования сливающихся стрелок являются аналогичными.

Вновь внесенные граничные стрелки на диаграмме декомпозиции нижнего уровня отображаются в квадратных скобках (неразрешенная стрелка) и автоматически не появляются на диаграмме верхнего уровня (рисунок 7). С этой стрелкой необходимо поступить одним из следующих способов:

- граничная стрелка, при необходимости, добавляется на диаграмму верхнего уровня;
- граничная стрелка преобразуется из квадратных скобок в круглые, при необходимости изобразить малозначимые данные или объекты, которые не обрабатываются и не используются другими работами на текущем уровне (Рисунок 8).

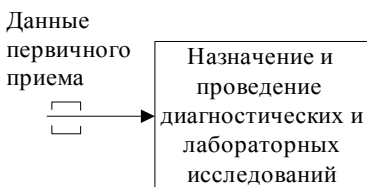


Рис. 7 Неразрешенная стрелка

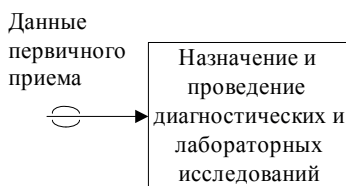


Рис. 8 Тоннелированная стрелка

1.2.8 Раздел «Маршрутная карта» представляет собой таблицу, в которой представлены:

- этапы выполнения процесса (подпроцессы): в данном столбце последовательно определяется каждый этап выполнения процесса;
- исполнители (должность и функции): обозначены ответственные исполнители за каждый этап процесса с указанием их основных функций в рамках этого этапа процесса. Для описания выполняемых функций и ответственности исполнителей используются следующие обозначения:

- **О** – работник, который несет ответственность за выполнение этапа (подпроцесса) в целом и его результат (выход);
- **У** – работник, участвующий в выполнении этапа (подпроцесса);
- **К** – работник, осуществляющий контроль хода выполнения этапа (подпроцесса) и его результатов.
- регламентирующий документ: указываются основные внешние НД, ЛНА, ОРД, определяющие требования к этапу процесса;
- требования: указываются дополнения к требованиям регламентирующих документов и/или особо значимые требования. Если таковые отсутствуют – указывается «В соответствии с требованиями регламентирующих документов»;
- вход, материальные и информационные потоки, подверженные воздействию и изменениям в ходе процесса (информация о требованиях заказчика (потребителя), пациенты, МТР и т.д.);
- выход, материальные и информационные потоки, полученные в результате воздействия процесса на его входы (пациент, получивший необходимую МП, отчетная документация, заполненная медицинская карта и т.д.).

1.3 Требования к показателям функционирования процессов СМК и их мониторингу и измерениям

1.3.1 Процессы СМК в общем случае могут характеризоваться следующими показателями:

- основными показателями, определяющими функциональное назначение процесса;
- показателями оценки рисков по процессам;
- показателями соблюдения качества и сроков выполнения услуг, представления отчетности и т.д.;
- количеством и значимостью замечаний при внутренних и внешних проверках;
- количеством и значимостью рекламаций и претензий потребителей (пациенты или другие заинтересованные стороны);
- количеством и значимостью претензий руководителей ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, смежных процессов и заинтересованных СП;
- количеством и значимостью нарушений установленных процедур осуществления деятельности.

1.3.2 Тип и объем мониторинга и измерений процессов СМК должны определяться с учетом степени влияния конкретного процесса на соответствие предоставляемых медицинских услуг установленным

требованиям, наличия проблем, связанных с процессом, и результативности СМК.

1.3.3 Текущий мониторинг и измерение процессов СМК осуществляется назначенными должностными лицами и ответственными за процессы СМК в соответствии с требованиями основных ЛНА и других регламентирующих документов на процессы СМК.

1.3.4 Основной формой мониторинга и измерения процессов является регулярная проверка выполнения установленных показателей функционирования процесса. Оценка функционирования процесса производится по установленным критериям результативности.

1.3.5. Процедура мониторинга и измерений процессов СМК изложена в разделе III настоящего Положения.

II Процессы СМК ГБУЗ ПМКБ им. Н.Н. Бурденко

2.1 Перечень процессов СМК и схема взаимодействия процессов СМК

2.1.1 Перечень процессов СМК, выделенных в ГБУЗ ПМКБ им. Н.Н. Бурденко, включая цели процесса, поставщиков и потребителей процессов с соответствующими входами и выходами, ресурсы процесса, а также регламентирующие процесс документы, представлен в Таблице 1.

Таблица

Перечень процессов СМК ГБУЗ ПМКБ им. Н.Н. Бурденко

Цель процесса	Ресурсы	Вход (поставщик)	Выход (потребитель)	Регламентирующие документы
1	2	3	4	5
ПРОЦЕСС А1 «Планирование работы подразделений»				
Ответственный за процесс: заместитель главного врача по экономическим вопросам				
- разработка Плана выполнения объемных показателей ГБУЗ ПМКБ им. Н.Н. Бурденко в соответствии с Программой государственных гарантий; - разработка Плана оказания платных услуг в соответствии с планируемыми объемами платных услуг; - обеспечение данными для формирования бюджета	Персонал: Главный врач; Зам. главного врача по экономическим вопросам; Планово-экономический отдел	Программа госгарантий (МЗ); Отчет о выполнении Плана оказания платных услуг (процесс А6 «Ведение медицинской информации, формирование отчетности»); Отчет о выполнении Плана объемных показателей госгарантий (процесс А6 «Ведение медицинской информации, формирование отчетности»)	План выполнения объемных показателей АЗ «Оказание специализированной МП амбулаторно», А4 «Оказание специализированной МП в стационаре»; Данные для формирования бюджета (Планово-экономический отдел/бухгалтерия) План оказания платных услуг (процесс А5 «Оказание платных медицинских услуг»)	Политика и Цели в области качества; План работы подразделений; НД: Постановление Правительства РФ № 1273 от 28.11.2014; Приказ Росстата № 258 от 17.04.2014; Приказ Росстата № 308 от 15.05.2014; Приказ Росстата № 723 от 25.12.2014; ЛНА: Приказ ГБУЗ ПМКБ им. Н.Н. Бурденко № 90/4 от 19.07.2013
	Инфраструктура: Инфраструктура медицинского учреждения; ПО			

Цель процесса	Ресурсы	Вход (поставщик)	Выход (потребитель)	Регламентирующие документы
1	2	3	4	5
ПРОЦЕСС А2 «Снабжение МТР, необходимыми для оказания МП»				
Ответственный за процесс: заместитель главного врача по экономическим вопросам				
- закупка и обеспечение структурных подразделений всеми необходимыми МТР для оказания МП в соответствии с установленными сроками, объемами и требованиями к качеству МТР; - надлежащее хранение МТР: - утилизация несоответствующих МТР	Персонал: Контрактная служба; Служба питания; Аптека; Заведующие отделениями	Заявки на закупку (все СП ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко участвующие в процессах по оказанию МП)	Лекарственные средства, медицинские расходные материалы (процессы А3 «Оказание специализированной МП амбулаторно», А4 «Оказание специализированной МП в стационаре», А5 «Оказание платных медицинских услуг») Закупленные продукты питания, прошедшие входной контроль (экспертизу) (процессы А4 «Оказание специализированной МП в стационаре», А5 «Оказание платных медицинских услуг») Медицинское оборудование и инструменты для отделений и отделов (процессы А3 «Оказание специализированной МП амбулаторно», А4 «Оказание специализированной МП в стационаре», А5 «Оказание платных медицинских услуг»)	Политика и Цели в области качества; План работы подразделений; НД: ФЗ № 44 от 05.04.2013; Приказа Минздрава № 747 от 02.06.1987; Приказ Минздрава РФ № 214 от 16.07.1997 г; Приказ Минздрава РФ № 309 от 21.10.1997; ЛНА: Порядок организации обеспечения МТР, необходимыми для оказания медицинской помощи
	Инфраструктура: Инфраструктура медицинского учреждения; ПО			

Цель процесса	Ресурсы	Вход (поставщик)	Выход (потребитель)	Регламентирующие документы
1	2	3	4	5
ПРОЦЕСС А3 «Оказание специализированной МП амбулаторно»				
Ответственный за процесс: заведующий поликлиникой				
- регистрация и учет пациентов; - оказание необходимой специализированной МП пациентам амбулаторно в соответствии с требованиями НД и требованиями пациента; - направление пациента на дальнейшее лечение/консультацию в соответствии с имеющейся потребностью	Персонал: Медицинский персонал поликлиники; Регистратура Инфраструктура: Инфраструктура медицинского учреждения; ФТМИС; Медицинское оборудование и инструменты для отделений и отделов	Лекарственные средства, медицинские расходные материалы (процесс А2 «Снабжение МТР, необходимые для оказания МП»); Пациент с направлением от лечащего врача по месту жительства (МО)	Оказанная специализированная МП амбулаторно в соответствии с требованиями НД и требованиями пациента (пациент, получивший МП); Консультативная карта для лечащего врача по месту жительства (МО); Пациент, получивший в поликлинике направление на консультацию/госпитализацию (процессы А4 «Оказание специализированной МП в стационаре», А5 «Оказание платных медицинских услуг»); Медицинская документация (процесс А6 «Ведение медицинской информации и формирование отчетности»)	Политика и Цели в области качества; План работы подразделений; План выполнения объемных показателей госгарантий; НД: ФЗ № 323 от 21.11.2011; Приказ МЗ № 255 от 22.11.2004; СМП и Порядки, указанные в ПП; ЛНА: Порядок организации работы поликлиники; Положение о порядке предоставления МП в поликлинике и консультативно-диагностическом центре; Положение о порядке плановой госпитализации пациентов в стационар; Положение о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ ПМКБ им. Н.Н. Бурденко; Правила оформления медицинской документации в ГБУЗ ПМКБ им. Н.Н. Бурденко

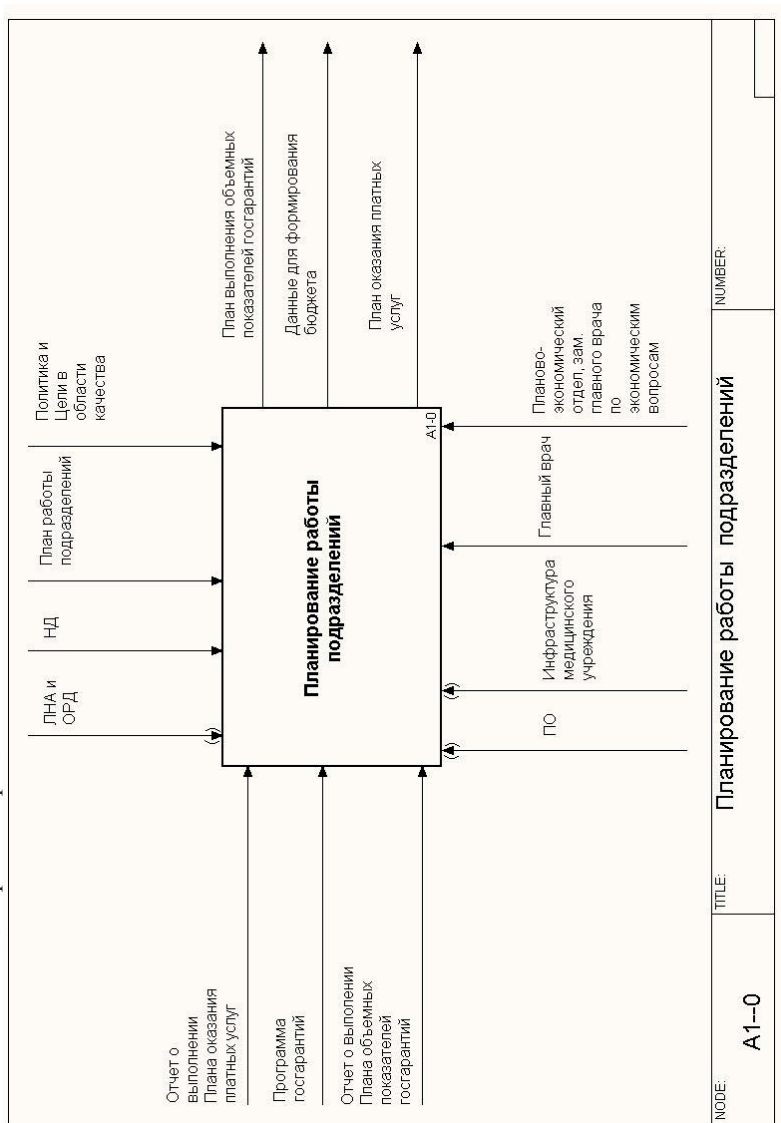
Цель процесса	Ресурсы	Вход (поставщик)	Выход (потребитель)	Регламентирующие документы
1	2	3	4	5
ПРОЦЕСС А4 «Оказание специализированной высокотехнологичной МП в стационаре»				
Ответственный за процесс: заместитель главного врача по медицинской части				
- оказание необходимой неотложной МП по экстренным показаниям пациентам в соответствии с требованиями НД и требованиями пациента; - оказание необходимой специализированной хирургической МП пациентам в стационаре в соответствии с требованиями НД и требованиями пациента; - оказание необходимой специализированной терапевтической МП пациентам в стационаре в соответствии с требованиями НД и требованиями пациента	Персонал: - Приемное отделение; - Служба питания; - Медицинский персонал хирургических отделений; - Медицинский персонал терапевтических отделений	Пациент, нуждающийся в неотложной МП по экстренным показаниям (социальная среда (общество)); Пациент, получивший в поликлинике направление на консультацию/госпитализацию (процесс А3 «Оказание специализированной МП амбулаторно»); Лекарственные средства, медицинские расходные материалы (процесс А2 «Снабжение МТР, необходимые для оказания МП»); Закупленные продукты питания, прошедшие входной контроль (экспертизу) (процесс А2 «Снабжение МТР, необходимые для оказания МП»)	Оказанная неотложная МП по экстренным показаниям в соответствии с требованиями НД и требованиями пациента (пациент, получивший МП); Оказанная специализированная МП в стационаре в соответствии с требованиями НД и требованиями пациента (пациент, получивший МП); Медицинская документация (процесс А6 «Ведение медицинской информации и формирование отчетности»)	Политика и Цели в области качества; План работы подразделений; План выполнения объемных показателей госгарантий; НД: ФЗ № 323 от 21.11.2011; СМП и Порядки, указанные в ПП ЛНА: Порядок организации работы хирургических отделений; Порядок организации работы терапевтических отделений; Положение о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ ПМКБ им. Н.Н. Бурденко; Правила оформления медицинской документации в ГБУЗ ПМКБ им. Н.Н. Бурденко
	Инфраструктура: - Инфраструктура медицинского учреждения; - Медицинское оборудование и инструменты для отделений; - ФТМС			

Цель процесса	Ресурсы	Вход (поставщик)	Выход (потребитель)	Регламентирующие документы
1	2	3	4	5
ПРОЦЕСС А5 «Оказание платных медицинских услуг»				
Ответственный за процесс: заведующий отделением платных услуг				
- оказание на платной основе необходимой МП пациентам амбулаторно в соответствии с требованиями НД, договором на оказание платных услуг, полисом ДМС; - оказание на платной основе необходимой МП пациентам в стационаре в соответствии с требованиями НД, договором на оказание платных услуг, полисом ДМС	Персонал: Кабинет зубопротезирования; Хирургическое отделение Хирургические отделения платных услуг	Пациент, нуждающийся в МП (социальная среда (общество)); Пациент, получивший в поликлинике направление на консультацию/госпитализацию/процесс А3 «Оказание специализированной МП амбулаторно»; Лекарственные средства, медицинские расходные материалы (процесс А2 «Снабжение МТР, необходимые для оказания МП»); Закупленные продукты питания, прошедшие входной контроль (экспертизу) (процесс А2 «Снабжение МТР, необходимые для оказания МП»)	Оказанная платная МП в соответствии с НД, договором платных услуг/полисом ДМС (пациент, получивший МП); Медицинская документация (процесс А6 «Ведение медицинской информации и формирование отчетности»)	Политика и Цели в области качества; План работы подразделений; План оказания платных медицинских услуг; НД: Постановление Правительства РФ № 1006 от 04.10.2012; СМП и Порядки, указанные в ПП ЛНА: Приказ № 170/1 от 15.10.2012, Приложение №2; Порядки организации работы терапевтических отделений; Порядки организации работы хирургических отделений; Правила оформления медицинской документации в ГБУЗ ПМКБ им. Н.Н. Бурденко
	Инфраструктура: Инфраструктура медицинского учреждения; Медицинское оборудование и инструменты для отделений и отделов; ФТМИС			

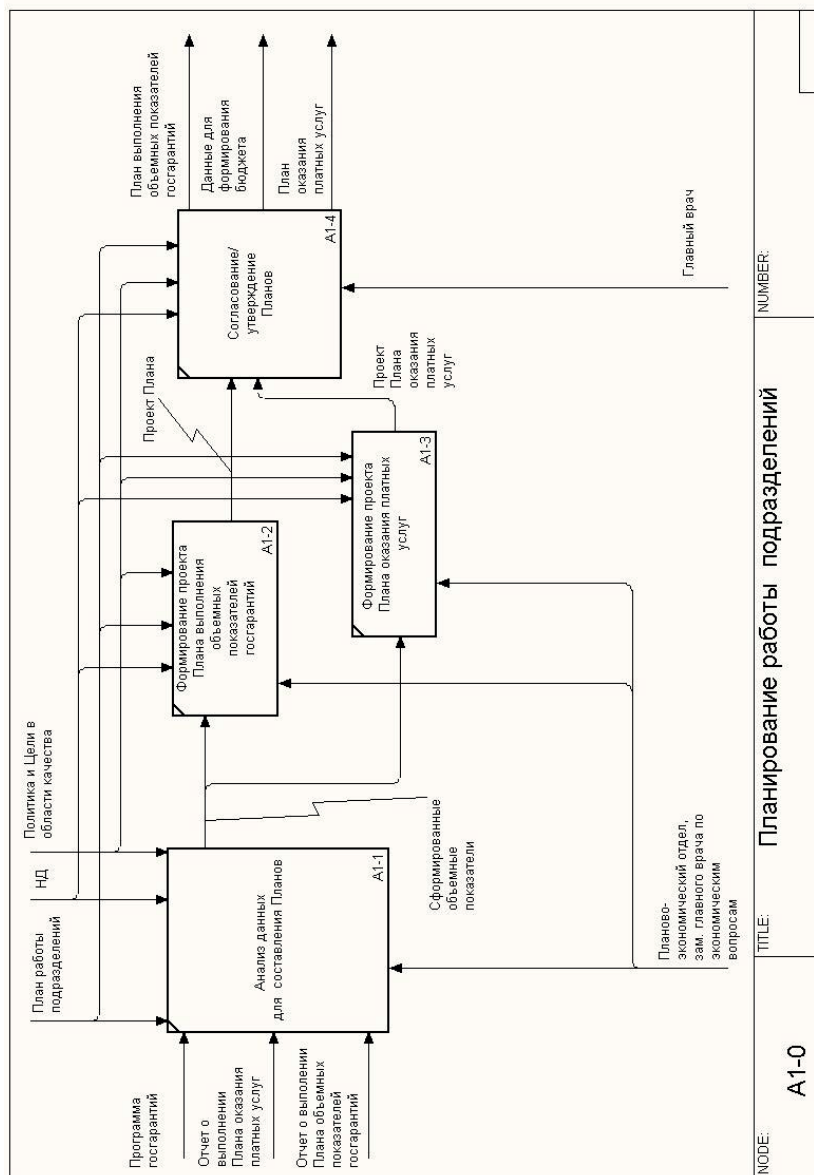
Цель процесса	Ресурсы	Вход (поставщик)	Выход (потребитель)	Регламентирующие документы
1	2	3	4	5
ПРОЦЕСС А6 «Ведение медицинской информации и формирование отчетности»				
Ответственный за процесс: заведующий организационно-методическим отделом				
- сбор и анализ ведения медицинской информации в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко; - формирование необходимой отчетности по деятельности ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко для МЗ и Медицинского совета в соответствии с установленными сроками и формами; - хранение медицинской документации; - проведение экспертизы качества ведения медицинской документации	Персонал: ОМО; Отдел АСУ Инфраструктура: Инфраструктура медицинского учреждения; ФТМИС; МИС БАРС	Медицинская документация: - медицинская документация пациента; - учетно-отчетные статистические формы (процессы А3 «Оказание специализированной МП амбулаторно», А4 «Оказание специализированной МП в стационаре», А5 «Оказание платных медицинских услуг»)	Протокол экспертизы (Медицинский совет); Медицинская документация пациента, перенданная заинтересованным сторонам (пациент и др. заинтересованные стороны); Отчетность о выполнении Плана объемных показателей госгарантий (процесс А1 «Планирование работы подразделений», Методический совет); Отчетность о выполнении Плана оказания платных медицинских услуг (процесс А1 «Планирование работы подразделений»); Отчетные медицинские формы (МЗ; МИАЦ)	Политика и Цели в области качества; План работы подразделений; НД: ФЗ № 323 от 21.11.2011; Приказ МЗ РФ № 154 от 21.05.2002; Приказ МЗ РФ № 5002н от 05.05.2012; ЛНА: Положение о внутреннем контроле и безопасности медицинской деятельности ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко; Положение о стимулирующих выплатах ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко; Положение об экспертной комиссии; Правила оформления медицинской документации в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко

2.1 Процесс A1 «Планирование работы подразделений»

2.2.1 Контекстная диаграмма процесса



2.2.2 Диаграмма процесса



2.2.3. Маршрутная карта процесса

Таблица 2

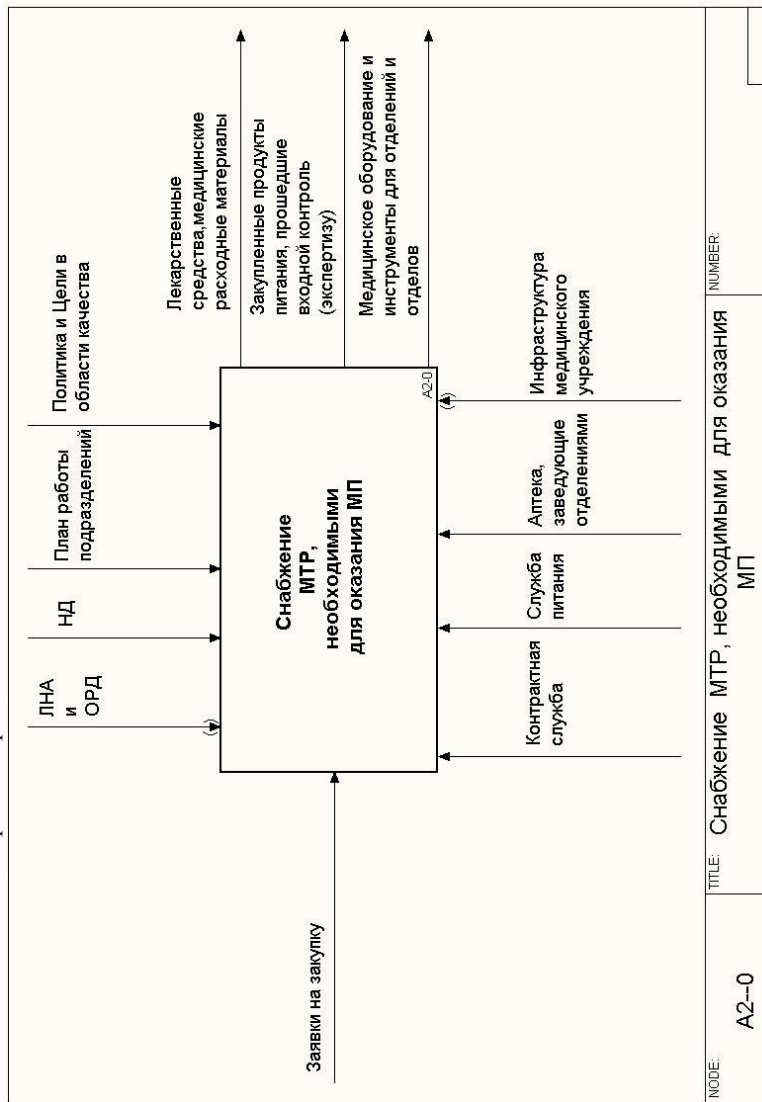
Маршрутная карта процесса А1 «Планирование работы подразделений»

№	Этапы выполнения процесса (подпроцессы)	Исполнители		Регламентирующий документ	Требования	Вход	Выход
		Должность	Функция				
1	2	3		4	5	6	7
1	А1-1 Анализ данных для составления планов	Экономист	О	Политика и Цели в области качества; План работы подразделений; НД: Постановление Правительства РФ № 1273 от 28.11.2014; Приказ Росстата № 723 от 25.12.2014; Приказ Росстата № 308 от 15.05.2014; ЛНА: Приказ ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко № 90/7 от 19.07.2013	В соответствии с требованиями регламентирующих документов	Программа госгарантий; Отчет о выполнении Плана оказания платных услуг; Отчет о выполнении Плана объемных показателей госгарантий	Сформированные объемные показатели
		Программисты отдела АСУ Бухгалтер	У				
		Заместитель главного врача по экономическим вопросам	К				
2	А1-2 Формирование проекта Плана выполнения объемных показателей госгарантий	Экономист	О	Политика и Цели в области качества; План работы подразделений; НД: Приказ Росстата № 258 от 17.04.2014; Приказ Росстата № 723 от 25.12.2014	В соответствии с требованиями регламентирующих документов	Сформированные объемные показатели	Проект Плана
		Заместитель главного врача по медицинской помощи	У				
		Заместитель главного врача по экономическим вопросам	К				

№	Этапы выполнения процесса (подпроцессы)	Исполнители		Регламентирующий документ	Требования	Вход	Выход
		Должность	Функция				
1	2	3		4	5	6	7
3	А1-3 Формирование проекта Плана оказания платных услуг	Экономист	О	Политика и Цели в области качества; План работы подразделений; НД: Приказ Ростата № 723 от 25.12.2014; ЛНА: Приказ ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко № 90/7 от 19.07.2013	В соответствии с требованиями регламентирующих документов	Сформированные объемные показатели	Проект Плана оказания платных услуг
		Заведующий отделением платных услуг	У				
		Заместитель главного врача по экономическим вопросам	К				
4	А1-4 Согласование/утверждение Планов	Заведующий планово-экономического отдела	О	Политика и Цели в области качества; План работы подразделений	В соответствии с требованиями регламентирующих документов	Проект Плана оказания платных услуг	План выполнения объемных показателей госгарантий; Данные для формирования бюджета; План оказания платных услуг
		Заместители главного врача по медицинской части, по хирургической помощи	У				
		Главный врач	К				

2.3 Процесс А2 «Снабжение МТР, необходимыми для оказания МП»

2.3.1 Контекстная диаграмма процесса



2.3.3 Маршрутная карта процесса

Таблица 3
Маршрутная карта процесса А2 «Снабжение МТР, необходимыми для оказания МП»

№	Этапы выполнения процесса (подпроцессы)	Исполнители		Регламентирующий документ	Требования	Вход	Выход	
		Должность	Функция					
1	2	3		4	5	6	7	
1	А2-1 Формирование сводной заявки	Экономист	О	Политика и Цели в области качества; План работы подразделения; НД: ФЗ № 44 от 05.04.2013; ЛНА: Порядок организации обеспечения МТР, необходимых для оказания медицинской помощи.	Заявки на закупку формируют СП В сводной заявке должны быть указаны требования к функциональным и техническим характеристикам МТР; По экстренным заявкам должна быть собрана формулярная комиссия	Заявки на закупку	Оформленная сводная заявка с необходимым перечнем МТР	
		Руководители СП	У					
		Заведующий планово-экономического отдела						
		Начальник контрактной службы	К					
2	А2-2 Организация закупок МТР	Экономист	О	Политика и Цели в области качества; План работы подразделения; НД: ФЗ № 44 от 05.04.2013; ЛНА: Порядок организации обеспечения МТР, необходимых для оказания медицинской помощи;	В соответствии с требованиями регламентирующих документов	Оформленная сводная заявка с необходимым перечнем МТР	Закупленные МТР	
		Заведующий планово-экономического отдела	У					
		Бухгалтер						
		Начальник контрактной службы	К	Инструкция по обращению с договорной документацией				

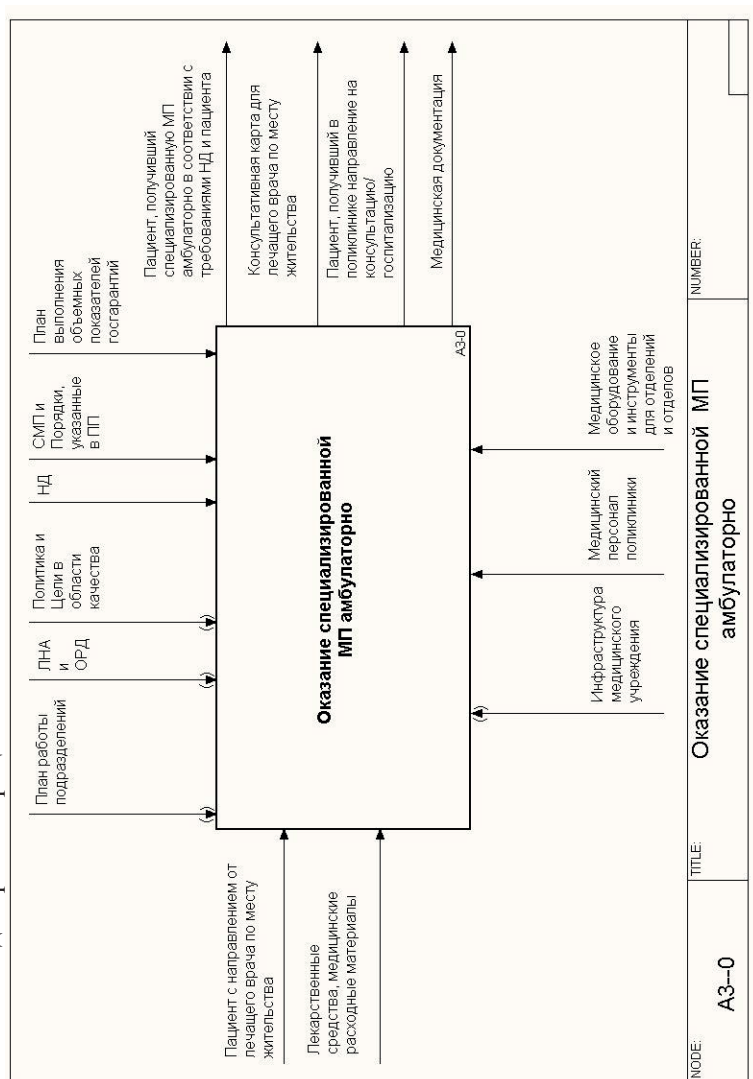
№	Этапы выполнения процесса (подпроцессы)	Исполнители		Регламентирующий документ	Требования	Вход	Выход
		Должность	Функция				
1	2	3		4	5	6	7
3	A2-3 Входной контроль МТР (экспертиза)	Заведующие отделениями Заведующий ап-текой	О	Политика и Цели в области качества; План работы подразделения; НД: Приказа МЗ РФ № 747 от 02.06.1987; ЛНА: Порядок организации обеспечения МТР, необходимыми для оказания медицинской помощи; Порядок обеспечения безопасного обращения лекарственных средств в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко	В соответствии с требованиями регламентирующих документов	Закупленные МТР	МТР, прошедшие входной контроль (экспертизу); Закупленные продукты питания, прошедшие входной контроль (экспертизу); МТР, прошедшие входной контроль (экспертизу)
4	A2-4 Приготовление субстанций	Фармацевт Провизор-аналитик	О К	Политика и Цели в области качества; План работы подразделения; Приказ МЗ РФ № 309 от 21.10.1997; Приказ МЗ РФ № 214 от 16.07.1997 г	В соответствии с требованиями регламентирующих документов	МТР, прошедшие входной контроль (экспертизу)	Приготовленные субстанции

№	Этапы выполнения процесса (подпроцессы)	Исполнители		Регламентирующий документ	Требования	Вход	Выход
		Должность	Функция				
1	2	3		4	5	6	7
5	A2-5 Распределение МТР	Фармацевты Кладовщики	О	Политика и Цели в области качества; План работы подразделений; ЛНА: Порядок организации обеспечения МТР, необходимыми для оказания медицинской помощи;	В соответствии с требованиями регламентирующих документов	МТР, прошедшие входной контроль (экспертизу); Приготовленные субстанции	Лекарственные средства, медицинские расходные материалы; Медицинское оборудование и инструменты для отделений и отделов; МТР с истекшим сроком годности
		Старшие медицинские сестры	У	Положение о комиссии по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ;			
		Заведующий аптекой	К	Правила ведения и хранения специальных журналов регистрации операций, связанных с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров			

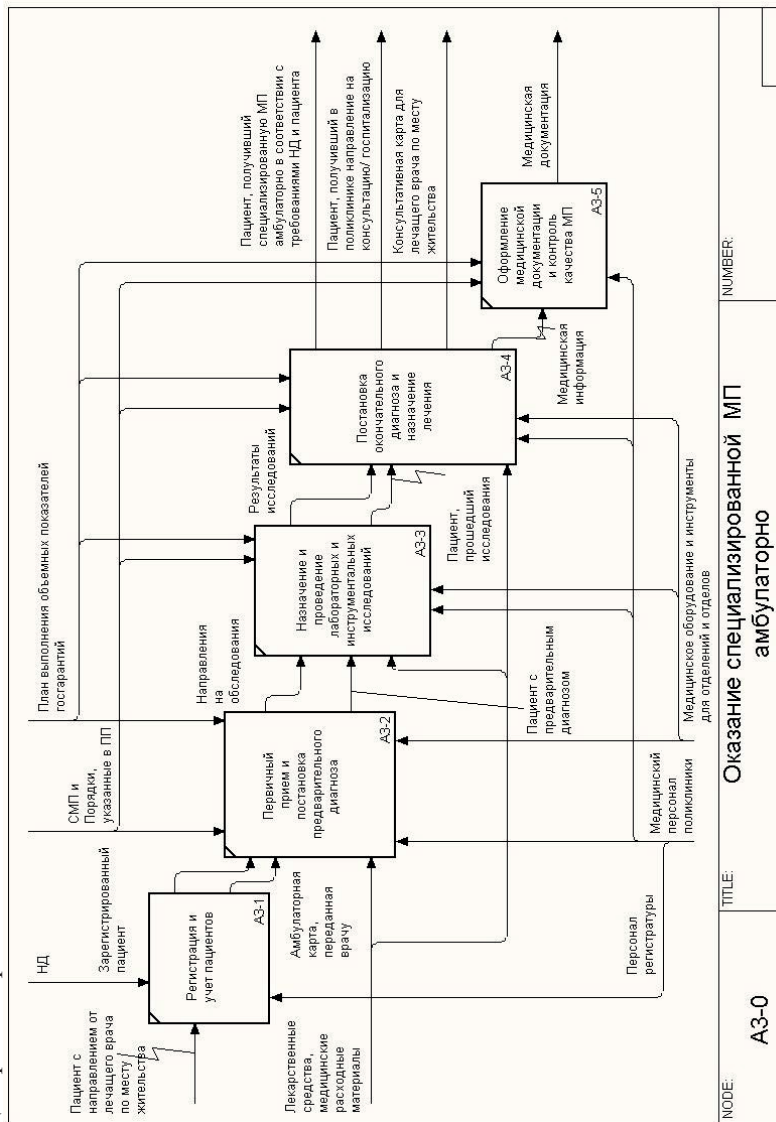
№	Этапы выполнения процесса (подпроцессы)	Исполнители		Регламентирующий документ	Требования	Вход	Выход
		Должность	Функция				
1	2	3		4	5	6	7
6	A2-6 Возврат/утилизация МТР	Юридический консультант	О	Политика и Цели в области качества; План работы подразделений; НД: Приказ МЗ РФ № 706н от 23.08.2010; ЛНА: Порядок организации обеспечения МТР, необходимыми для оказания медицинской помощи; Порядок обеспечения безопасного обращения лекарственных средств в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко	В соответствии с требованиями регламентирующих документов	МТР с истекшим сроком годности; МТР, не прошедшие входной контроль (экспертизу)	Утилизированные МТР; Возвращенные МТР

2.4 Процесс АЗ «Оказание специализированной МП амбулаторно»

2.4.1 Контекстная диаграмма процесса



2.4.2 Диаграмма процесса



2.4.3 Маршрутная карта процесса

Таблица 4

Маршрутная карта процесса АЗ «Оказание специализированной МП амбулаторно»

№	Этапы выполнения процесса (подпроцессы)	Исполнители		Регламентирующий документ	Требования	Вход	Выход
1	2	3	Функция	4	5	6	7
1	АЗ-1 Регистрация и учет пациентов	Медицинский регистратор	О	Политика и Цели в области качества; План работы подразделений; План выполнения объемных показателей госгарантий; НД: ФЗ № 323 от 21.11.2011; Приказ МЗ РФ № 255 от 22.11.2004	В соответствии с требованиями регламентирующих документов	Пациент с направлением от лечащего врача по месту жительства	Зарегистрированный пациент; Амбулаторная карта, переданная врачу
2	АЗ-2 Первичный прием и постановка предварительного диагноза	Врачи поликлиники	О	Политика и Цели в области качества; План работы подразделений; План выполнения объемных показателей госгарантий; НД: ФЗ № 323 от 21.11.2011; Приказ МЗ РФ № 255 от 22.11.2004;	В соответствии с требованиями регламентирующих документов	Зарегистрированный пациент; Амбулаторная карта переданная врачу; Лекарственные средства, медицинские расходные материалы	Пациент с предварительным диагнозом; Направления на обследования
		Заведующие подразделениями поликлиники	У	СМП и Порядки, указанные в ПП; ЛНА: Порядок организации работы поликлиники; Положение о порядке предоставления МП в поликлинике и консультативно-диагностическом центре; Положение о порядке плановой госпитализации пациентов в стационар			
		Средний медицинский персонал					
		Заведующий поликлиникой	К				

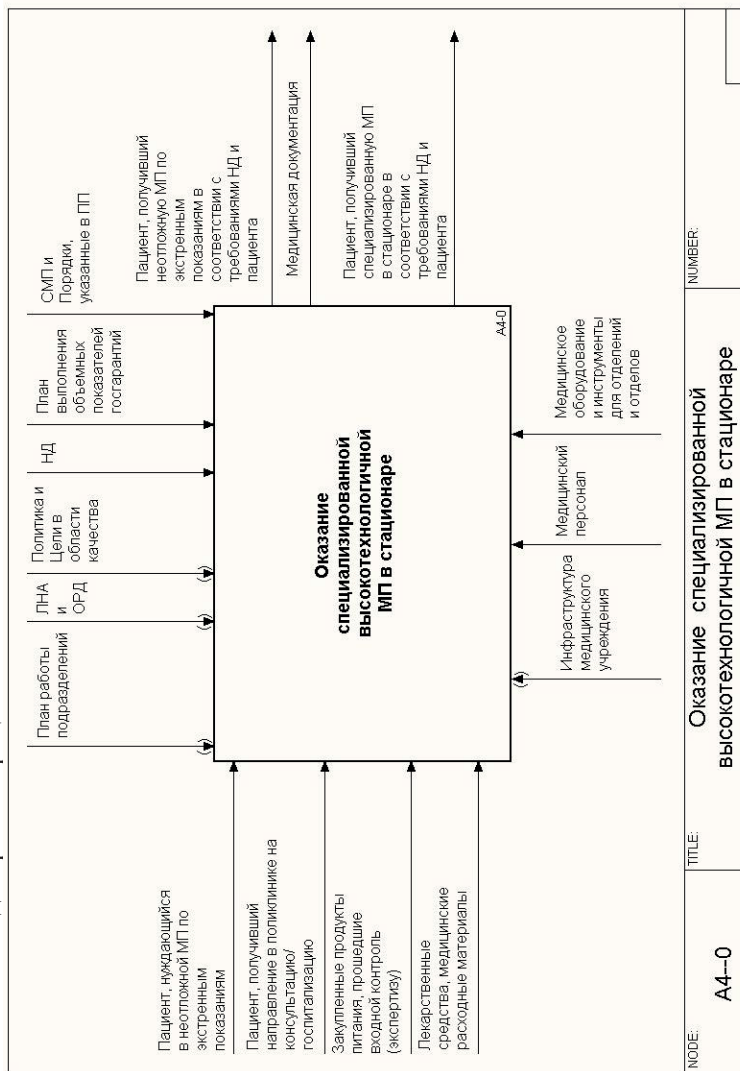
№	Этапы выполнения процесса (подпроцессы)	Исполнители		Регламентирующий документ	Требования	Вход	Выход
		Должность	Функция				
1	2	3		4	5	6	7
3	А3-3 Назначение и проведение лабораторных и инструментальных исследований	Назначение лабораторных и инструментальных исследований Врачи Заведующие подразделениями поликлиники Проведение лабораторных и инструментальных исследований Врачи КДЛ, БЛ Врачи Врачи Лаборанты Средний медицинский персонал Заведующие лабораториями Заведующие диагностическими отделениями	О К О К У К	Политика и Цели в области качества; План работы подразделений; План выполнения объемных показателей госгарантий; НД: Ф3 № 323 от 21.11.2011; Приказ МЗ РФ № 255 от 22.11.2004; СМП и Порядки, указанные в ПП; ЛНА: Порядок организации работы поликлиники; Порядок организации работы КДЛ; Порядок организации работы БЛ; Порядок организации работы отделения лучевой диагностики; Порядок организации работы отделения функциональной диагностики; Положение о порядке предоставления МП в поликлинике и консультативно-диагностическом центре	В соответствии с требованиями регламентирующих документов	Пациент с предварительным диагнозом; Направления на обследование; Лекарственные средства, медицинские расходные материалы	Результаты исследований; Пациент, прошедший исследование

№	Этапы выполнения процесса (подпроцессы)	Исполнители		Регламентирующий документ	Требования	Вход	Выход
		Должность	Функция				
1	2	3		4	5	6	7
4	А3-4 Постановка окончательного диагноза и назначение лечения	Врачи поликлиники	О	Политика и Цели в области качества; План работы подразделений; План выполнения объемных показателей госгарантий; НД: Ф3 № 323 от 21.11.2011; Приказ МЗ РФ № 255 от 22.11.2004; СМП и Порядки, указанные в ПП; ЛНА: Порядок организации работы поликлиники; Положение о порядке предоставления МП в поликлинике и консультативно-диагностическом центре; Положение о порядке плановой госпитализации пациентов в стационар	В соответствии с требованиями регламентирующих документов	Результаты исследований; Пациент, прошедший исследование; Лекарственные средства, медицинские расходные материалы	Консультативная карта для лечащего врача по месту жительства; Пациент, получивший полилинике направление на консультацию/госпитализацию; Пациент, получивший специализированную МП амбулаторно в соответствии с требованиями НД и пациента;
		Заведующие подразделениями поликлиники	У				
		Заведующий поликлиникой	К				

№	Этапы выполнения процесса (подпроцессы)	Исполнители		4	Требования	Вход	Выход
		Должность	Функция				
1	2	3			5	6	7
5	А3-5 Оформление медицинской документации и контроль качества МП	Заведующие подразделениями поликлиники	О	Политика и Цели в области качества; План работы подразделений; НД: ФЗ № 323 от 21.11.2011; Приказ МЗ РФ № 255 от 22.11.2004; Приказ МЗ РФ № 413 от 30.12.2002; Приказ МЗ РФ № 545 от 13.11.2003; ЛНА: Положение о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко; Правила оформления медицинской документации в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко	В соответствии с требованиями регламентирующих документов	Медицинская информация	Медицинская документация
		Врачи поликлиники Средний медицинский персонал	У				
		Заведующий отделением контроля качества, безопасности медицинской деятельности	К				

2.1 Процесс А4 «Оказание специализированной высокотехнологичной МП в стационаре»

2.5.1 Контекстная диаграмма процесса



2.5.2 Диаграмма процесса

Диаграмма процесса (декомпозиция) состоит из пяти основных этапов (Рис.9):

- А4-1 Прием пациентов в приемном отделении;
- А4-2 Организация лечебного питания;
- А4-3 Оказание специализированной хирургической МП в стационаре;
- А4-4 Оказание специализированной терапевтической МП в стационаре;
- А4-5 Оформление медицинской документации и контроль качества МП.

Диаграммы декомпозиции второго уровня основных этапов представлены на рис. 10, 11.

Диаграмма декомпозиции третьего уровня этапа А4-4.2 представлена на рис. 12.

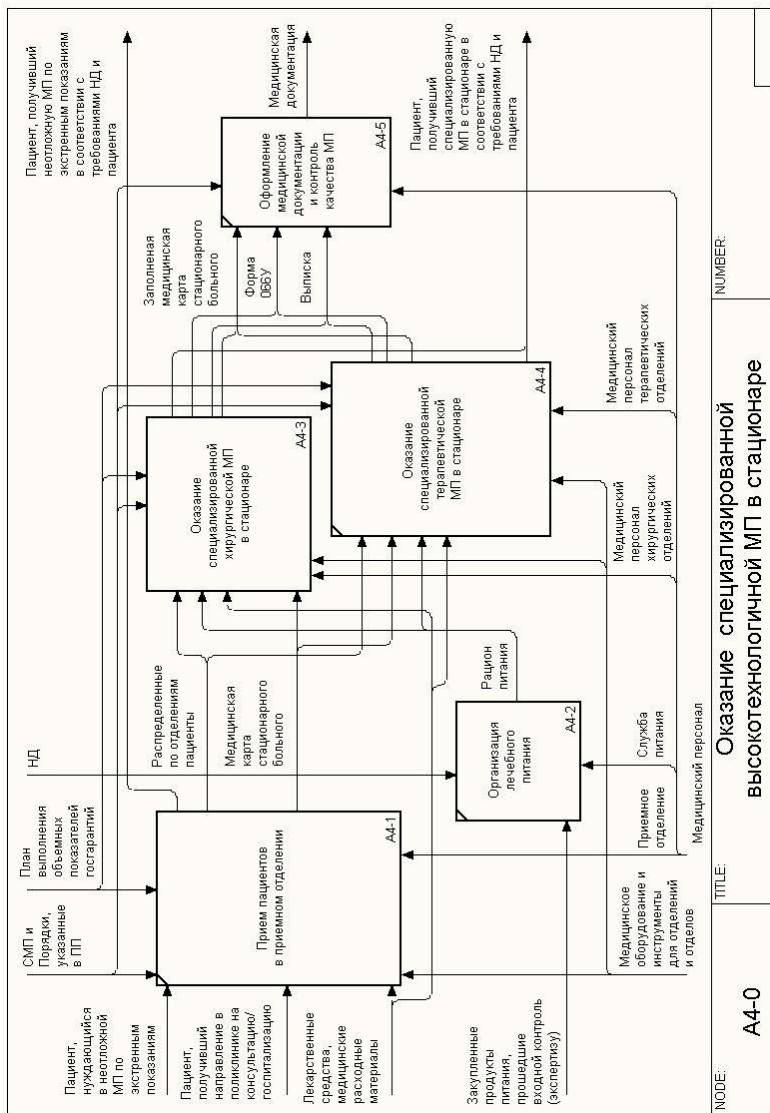


Рис. 9 Диаграмма процесса (первый уровень декомпозиции)

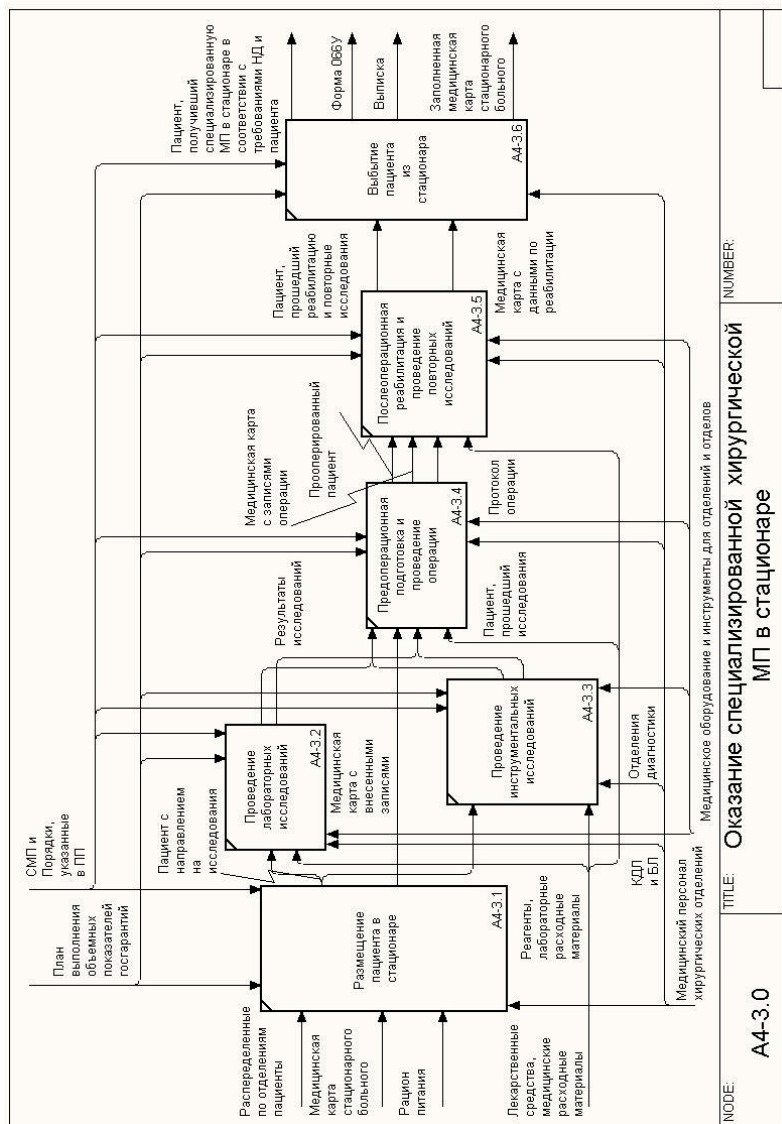


Рис. 10 Диаграмма процесса (второй уровень декомпозиции процесса А4-3)

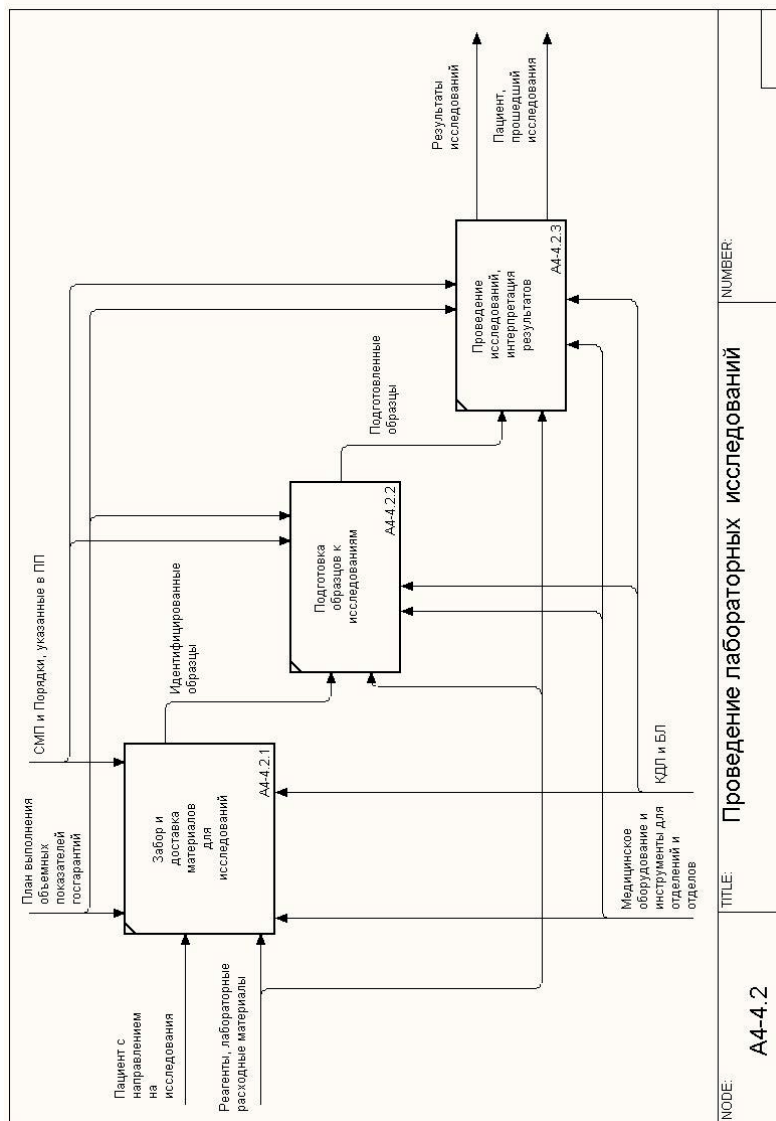


Рис. 12 Диаграмма процесса (третий уровень декомпозиции процесса A4-4.2)

2.5.3 Маршрутная карта процесса

Таблица 5

Маршрутная карта процесса А4 «Оказание специализированной высокотехнологичной МП в стационаре»

№	Этапы выполнения процесса (подпроцессы)	Исполнители		Регламентирующий документ	Требования	Вход	Выход
		Должность	Функция				
1	2	3		4	5	6	7
1	А4-1 Прием пациентов в приемном отделении	Врачи приемного отделения	О	Политика и Цели в области качества; План работы подразделений; План выполнения объемных показателей госгарантий; НД: Ф3 № 323 от 21.11.2011; СМП и Порядки, указанные в ПП; ЛНА: Порядок организации работы приемного отделения; Приказ о проведении противоэпидемических мероприятий при выявлении больного с карантинной инфекцией; Порядок обеспечения безопасного обращения лекарственных средств; Порядок обеспечения инфекционной безопасности	Ожидание оказания МП по экстренным показаниям, не должно превышать 3-х часов	Пациент, нуждающийся в неотложной МП по экстренным показаниям; Пациент, получивший направление в поликлинике на консультацию/госпитализацию Лекарственные средства, медицинские расходы	Распределенные по отделениям пациенты; Медицинская карта стационарного больного; Пациент, получивший неотложную МП по экстренным показаниям в соответствии с требованиями НД и пациента
		Средний медицинский персонал приемного отделения	У				
		Заведующий приемным отделением	К				

1	2	3		4	5	6	7
2	А4-2 Организация лечебного питания	Врач диетолог	О	Политика и Цели в области качества; План работы подразделений; НД: ФЗ № 323 от 21.11.2011; Приказ МЗ РФ № 395н от 21.06.2013; ЛНА: Положение о пищеблоке; Положение о Совете по лечебному питанию; Инструкция по организации лечебного питания в ГБУЗ ПМКБ им. Н.Н. Бурденко	В соответствии с требованиями регламентирующих документов	Закупленные продукты питания, прошедшие входной контроль (экспертизу)	Рацион питания
3	А4-3 Оказание специализированной хирургической МП в стационаре	Врачи хирургических отделений Заведующие хирургическими отделениями Заместитель главного врача по хирургической помощи	О У К	Политика и Цели в области качества; План работы подразделений; План выполнения объемных показателей госгарантий; НД: ФЗ № 323 от 21.11.2011; СМП и Порядки, указанные в ПП; ЛНА: Порядок организации работы хирургического отделения	В соответствии с требованиями регламентирующих документов	Распределенные пациенты по отделениям; Медицинская карта стационарного больного; Рацион питания; Лекарственные средства, медицинские расходные материалы	Пациент, получивший специализированную МП в стационаре в соответствии с требованиями НД и пациента; Заполненная медицинская карта; Форма 066У; Выписка
4	А4-3.1 Размещение пациента в стационаре	Средний медицинский персонал Врачи хирургических отделений Заведующие хирургическими отделениями	О У К	Политика и Цели в области качества; План работы подразделений; План выполнения объемных показателей госгарантий; НД: ФЗ № 323 от 21.11.2011; Постановление правительства Пензенской области № 905 ПП от 24.12.2014; СМП и Порядки, указанные в ПП; ЛНА: Порядок обеспечения инфекционной безопасности	Разрешается размещение не более шести пациентов в одной палате	Распределенные по отделениям пациенты; Медицинская карта стационарного больного; Рацион питания	Пациент с направлением на исследование; Медицинская карта с внешними записями

1	2	3		4	5	6	7
5	A4-3.2 Проведение лабораторных исследований	Врачи КДЛ, БЛ	О	Политика и Цели в области качества; План работы подразделений; План выполнения объемных показателей госгарантий; НД: ФЗ № 323 от 21.11.2011; Приказ МЗ РФ № 64 от 21.02.2000; Приказ МЗ РФ № 220 от 26.05.2003; СМП и Порядки, указанные в ПП; ЛНА: Порядок организации работы КДЛ; Порядок организации работы БЛ	В соответствии с требованиями регламентирующих документов	Пациент с направлением на исследования; Реагенты, лабораторные расходные материалы	Пациент, прошедший исследование; Результаты исследований
		Лаборанты Средний медицинский персонал	У				
		Заведующие лабораториями	К				
6	A4-3.3 Проведение инструментальных исследований	Врачи диагностических отделений	О	Политика и Цели в области качества; План работы подразделений; План выполнения объемных показателей госгарантий; НД: ФЗ № 323 от 21.11.2011; Приказ МЗ РФ № 283 от 30.11.1993; СМП и Порядки, указанные в ПП; ЛНА: Порядок организации работы отделения лучевой диагностики; Порядок организации работы отделения функциональной диагностики; Порядок организации работы отделения рентгенохирургических методов диагностики лечения	В соответствии с требованиями регламентирующих документов	Пациент с направлением на исследования; Лекарственные средства, медицинские расходные материалы	Пациент, прошедший исследование; Результаты исследований
		Медицинские сестры	У				
		Заведующие диагностическими отделениями	К				

1	2	3	4	5	6	7
7	А4-3.4 Предоперационная подготовка и проведение операции	Предоперационная подготовка Медицинские сестры О Врачи хирургических отделений К Проведение операции Врачи хирургических отделений О Медицинские сестры У Заведующие хирургическими отделениями К	Политика и Цели в области качества; План работы подразделения; План выполнения объемных показателей госгарантий; НД: ФЗ № 323 от 21.11.2011; СМП и Порядки, указанные в ПП; ЛНА: Порядок организации работы хирургических отделений; Порядок обеспечения инфекционной безопасности; Порядок обеспечения безопасного обращения лекарственных средств; Положение о порядке организации и деятельности консилиума врачей; Положение об улучшении учета, хранения и использования наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров; Положение о комиссии по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ; Положение о комиссии по уничтожению использованных ампул из под наркотических средств и психотропных веществ; Правила ведения и хранения специальных журналов регистрации операций, связанных с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров;	В соответствии с требованиями регламентирующих документов	Пациент, прошедший исследование; Результаты исследований; Медицинская карта с внесенными записями; Лекарственные средства, медицинские расходные материалы	Прооперированный пациент; Медицинская карта с записями операции; Протокол операции

1	2	3	4	5	6	7
8	А4-3.5 Послеоперационная реабилитация и проведение повторных исследований	Послеоперационная реабилитация Медицинские сестры О Врачи по реабилитации У Врачи хирургических отделений К Проведение повторных исследований Врачи КДЛ, БЛ О Врачи диагностических отделений Лаборанты У Средний медицинский персонал Заведующие лабораториями К Заведующие диагностическими отделениями	Политика и Цели в области качества; План работы подразделений; План выполнения объемных показателей госгарантий; НД: ФЗ № 323 от 21.11.2011; СМП и Порядки, указанные в ПП; ЛНА: Порядок организации работы хирургических отделений; Порядок организации работы физиотерапевтического отделения; Порядок организации работы КДЛ; Порядок организации работы БЛ; Порядок организации работы отделения лучевой диагностики; Порядок организации работы отделения функциональной диагностики; Порядок обеспечения безопасного обращения лекарственных средств; Порядок обеспечения инфекционной безопасности; Положение об улучшении учета, хранения и использования наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров; Положение о комиссии по уничтожению испорченных ампул из-под наркотических средств и психотропных веществ; Положение о комиссии по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ; Правила ведения и хранения специальных журналов регистрации операций, связанных с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров	В соответствии с требованиями регламентирующих документов	Прооперированный пациент; Медицинская карта с записями операции; Протокол операции; Лекарственные средства, медицинские материалы	Пациент, прошедший реабилитацию и повторные исследования; Медицинская карта с данными по реабилитации

1	2	3	4	5	6	7
9	A4-3.6 Выбытие пациента из стационара	Врачи хирургических отделений О	Политика и Цели в области качества; План работы подразделений; План выполнения объемных показателей госгарантий; НД: ФЗ № 323 от 21.11.2011; СМП и Порядки, указанные в ПП; ЛНА: Порядок организации работы хирургических отделений; Порядок проведения патологоанатомических вскрытий	В соответствии с требованиями регламентирующих документов	Пациент, прошедший реабилитацию и повторные исследования; Медицинская карта с данными по реабилитации	Пациент, получивший специализированную МП в стационаре в соответствии с требованиями НД и пациента; Форма 066У; Выписная Заполненная медицинская карта стационарного больного
10	A4-4 Оказание специализированной терапевтической МП в стационаре	Врачи терапевтических отделений О	Политика и Цели в области качества; План работы подразделений; План выполнения объемных показателей госгарантий; НД: ФЗ № 323 от 21.11.2011; СМП и Порядки, указанные в ПП; ЛНА: Порядок организации работы хирургических отделений	В соответствии с требованиями регламентирующих документов	Распределенные по отделениям пациенты; Медицинская карта стационарного больного; Рацион питания; Лекарственные средства, медицинские расходы	Пациент, получивший специализированную МП в стационаре в соответствии с требованиями НД и пациента; Заполненная медицинская карта стационарного больного; Форма 066У; Выписка
		Заведующие терапевтическими отделениями У				
		Заместитель главного врача по медицинской части К				

1	2	3		4	5	6	7
11	A4-4.1 Размещение пациента в стационаре	Средний медицинский персонал	О	Политика и Цели в области качества; План работы подразделений; План выполнения объемных показателей госгарантий; НД: ФЗ № 323 от 21.11.2011; СМП и Порядки, указанные в ПП; Постановление правительства Пензенской области № 905 ПП от 24.12.2014; ЛНА: Порядок обеспечения инфекционной безопасности	Разрешается размещение не более шести пациентов в одной палате	Распределенные по отделениям пациенты; Медицинская карта стационарного больного; Рацион питания	Пациент с направлением на исследования; Медицинская карта с внешними записями
		Врачи терапевтических отделений	У				
		Заведующие терапевтическими отделениями	К				
12	A4-4.2 Проведение лабораторных исследований	Врачи КДЛ, БЛ	О	Политика и Цели в области качества; План работы подразделений; План выполнения объемных показателей госгарантий; НД: ФЗ № 323 от 21.11.2011; Приказ МЗ РФ № 64 от 21.02.2000; Приказ МЗ РФ № 220 от 26.05.2003; СМП и Порядки, указанные в ПП; ЛНА: Порядок организации работы КДЛ; Порядок организации работы БЛ	В соответствии с требованиями регламентирующих документов	Пациент с направлением на исследования; Реагенты, лабораторные расходные материалы	Пациент, прошедший исследование; Результаты исследований
		Лаборанты Средний медицинский персонал	У				
		Заведующие лабораториями	К				
13	A4-4.2.1 Забор и доставка материалов для исследований	Медицинские сестры	О	Политика и Цели в области качества; План работы подразделений; План выполнения объемных показателей госгарантий НД: ФЗ № 323 от 21.11.2011; Приказ МЗ РФ № 64 от 21.02.2000; Приказ МЗ РФ № 220 от 26.05.2003; СМП и Порядки, указанные в ПП; ЛНА: Порядок организации работы лабораторий	В соответствии с требованиями регламентирующих документов	Пациент с направлением на исследования; Реагенты, лабораторные расходные материалы	Идентифицированные образцы
		Санитары	У				
		Лаборанты	К				

1	2	3		4	5	6	7
14	А4-4.2.2 Подготовка образцов к исследованию	Лаборанты	О	Политика и Цели в области качества; План работы подразделений; План выполнения объемных показателей госгарантий НД: ФЗ № 323 от 21.11.2011; Приказ МЗ РФ № 64 от 21.02.2000; Приказ МЗ РФ № 220 от 26.05.2003; СМП и Порядки, указанные в ПП; ЛНА: Порядок организации работы лабораторий	В соответствии с требованиями регламентирующих документов	Идентифицированные образцы; Реагенты, лабораторные расходные материалы	Подготовленные образцы
15	А4-4.2.3 Проведение исследований, интерпретация результатов	Врачи КДЛ, БЛ Лаборанты Средний медицинский персонал Заведующие лабораториями	О У К	Политика и Цели в области качества; План работы подразделений; План выполнения объемных показателей госгарантий; НД: ФЗ № 323 от 21.11.2011; Приказ МЗ РФ № 64 от 21.02.2000; Приказ МЗ РФ № 220 от 26.05.2003; СМП и Порядки, указанные в ПП; ЛНА: Порядок организации работы КДЛ; Порядок организации работы БЛ	В соответствии с требованиями регламентирующих документов	Подготовленные образцы; Реагенты, лабораторные расходные материалы	Пациент, прошедший исследование; Результаты исследований
16	А4-4.3 Проведение инструментальных исследований	Врачи Медицинские сестры Заведующие диагностическими отделениями	О У К	Политика и Цели в области качества; План работы подразделений; План выполнения объемных показателей госгарантий; НД: ФЗ № 323 от 21.11.2011; Приказ МЗ РФ № 283 от 30.11.1993; СМП и Порядки, указанные в ПП; ЛНА: Порядок организации работы отделения лучевой диагностики; Порядок организации работы отделения функциональной диагностики	В соответствии с требованиями регламентирующих документов	Пациент с направлением на исследование; Лекарственные средства, медицинские материалы	Пациент, прошедший исследование; Результаты исследований

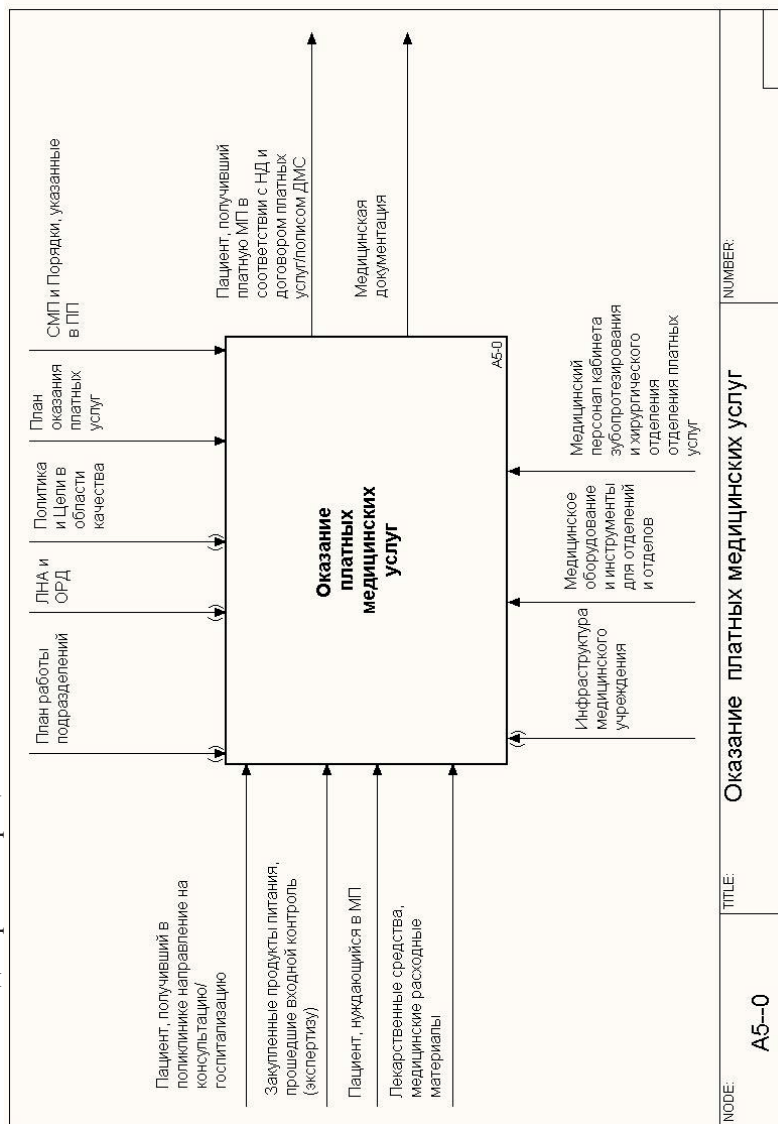
1	2	3		4	5	6	7
17	А4-4.4 Проведение комплексной терапии	Врачи терапевтических отделений	О	Политика и Цели в области качества; План работы подразделений; План выполнения объемных показателей госгарантий; НД: ФЗ № 323 от 21.11.2011; СМП и Порядки, указанные в ПП; ЛНА: Порядок организации работы терапевтических отделений;	В соответствии с требованиями регламентирующих документов	Пациент, прошедший исследование; Результаты исследований; Медицинская карта с внесенными записями; Пациент, нуждающийся в повторной терапии; Лекарственные средства, медицинские материалы	Пациент, прошедший терапию; Медицинская карта с результатами терапии
			У	Порядок организации работы физиотерапевтического отделения; Порядок обеспечения инфекционной безопасности; Порядок обеспечения безопасного обращения лекарственных средств;			
		Заведующие терапевтическими отделениями	К	Положение о порядке организации и деятельности консилиума врачей; Положение об улучшении учета, хранения и использования наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров; Положение о комиссии по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ; Положение о комиссии по уничтожению испорченных ампул из-под наркотических средств и психотропных веществ; Правила ведения и хранения специальных журналов регистрации операций, связанных с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров			

1	2	3		4	5	6	7
18	А4-4.5 Вторичное проведение лабораторных исследований. Получение результатов исследований	Врачи КДЛ, БЛ	О	Политика и Цели в области качества; План работы подразделений; План выполнения объемных показателей госгарантий; НД: ФЗ № 323 от 21.11.2011; Приказ МЗ РФ № 64 от 21.02.2000; Приказ МЗ РФ № 220 от 26.05.2003; СМП и Порядки, указанные в ПП; ЛНА: Порядок организации работы КДЛ; Порядок организации работы БЛ	В соответствии с требованиями регламентирующих документов	Пациент, прошедший терапию; Медицинская карта с результатами терапии; Реагенты, лабораторные расходные материалы	Пациент, прошедший повторные исследования; Медицинская карта с результатами исследований; Пациент, нуждающийся в повторной терапии
			У				
		Лаборанты Средний медицинский персонал Заведующие лабораториями	К				
19	А4-4.6 Проведение повторных инструментальных исследований. Получение результатов исследований	Врачи диагностических отделений	О	Политика и Цели в области качества; План работы подразделений; План выполнения объемных показателей госгарантий; НД: ФЗ № 323 от 21.11.2011; Приказ МЗ РФ № 283 от 30.11.1993; СМП и Порядки, указанные в ПП; ЛНА: Порядок организации работы отделения лучевой диагностики; Порядок организации работы отделения функциональной диагностики	В соответствии с требованиями регламентирующих документов	Пациент, прошедший терапию; Медицинская карта с результатами терапии; Лекарственные средства, медицинские расходные материалы	Пациент, прошедший повторные исследования; Медицинская карта с результатами исследований; Пациент, нуждающийся в повторной терапии
		Медицинские сестры	У				
		Заведующие диагностическими отделениями	К				

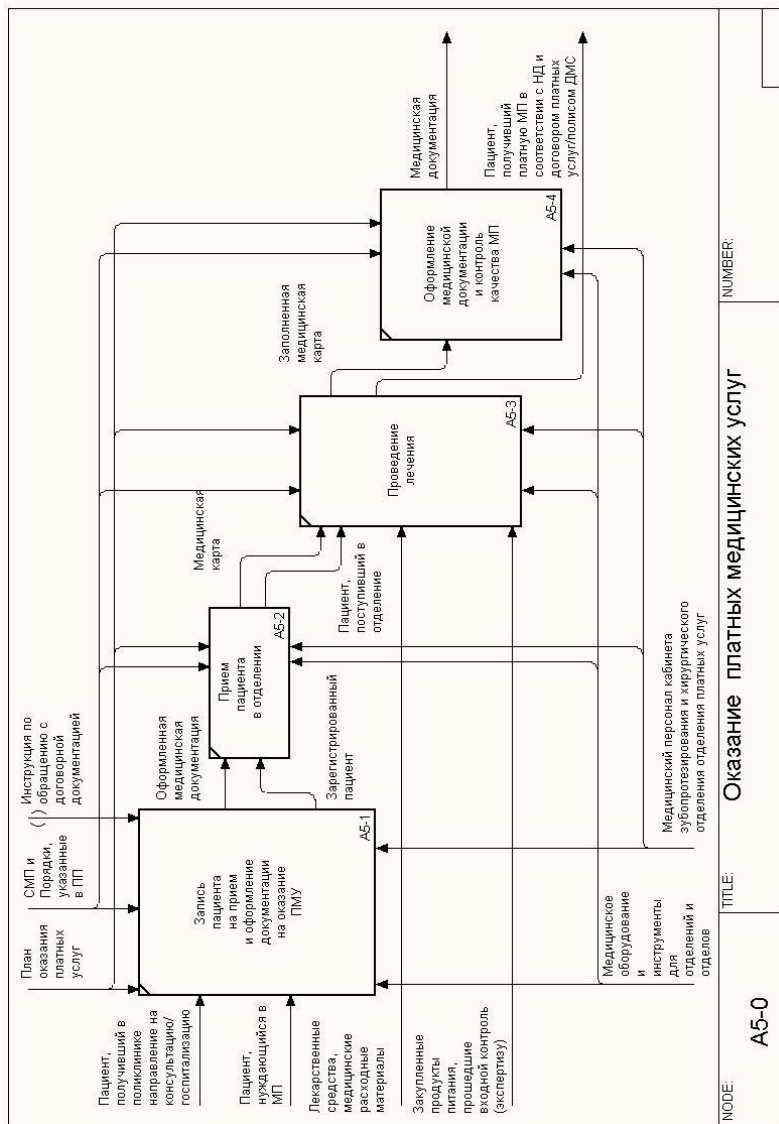
1	2	3		4	5	6	7
20	А4-4.7 Выбытие пациента из стационара	Врачи терапевтических отделений	О	Политика и Цели в области качества; План работы подразделений; План выполнения объемных показателей госгарантий; НД: фз № 323 от 21.11.2011; СМП и Порядки, указанные в ПП; ЛНА: Порядок организации работы терапевтических отделений; Порядок проведения патологоанатомических вскрытий	В соответствии с требованиями регламентирующих документов	Пациент, прошедший повторные исследования; Медицинская карта с результатами исследований	Пациент, получивший специализированную МП в стационаре в соответствии с требованиями НД и пациента; Форма 066У; Выписка; Заполненная медицинская карта стационарного больного
		Медицинские сестры	У				
		Заведующие терапевтическими отделениями	К				
21	А4-5 Оформление медицинской документации и контроль качества МП	Заведующие отделениями	О	Политика и Цели в области качества; План работы подразделений; НД: фз № 323 от 21.11.2011; Приказ МЗ РФ № 413 от 30.12.2002; Приказ МЗ РФ № 545 от 13.11.2003; ЛНА: Порядок организации работ терапевтических/ хирургических отделений; Положение о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко; Положение о врачебной комиссии; Правила оформления медицинской документации в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко	В соответствии с требованиями регламентирующих документов	Форма 066У; Выписка; Заполненная медицинская карта стационарного больного	Медицинская документация
		Врачи отделения Средний медицинский персонал	У				
		Заведующий отделением контроля качества, безопасности медицинской деятельности	К				

2.6 Процесс А5 «Оказание платных медицинских услуг»

2.6.1 Контекстная диаграмма процесса



2.6.2. Диаграмма процесса



2.6.3. Маршрутная карта процесса

Таблица 6

Маршрутная карта процесса А5 «Оказание платных медицинских услуг»

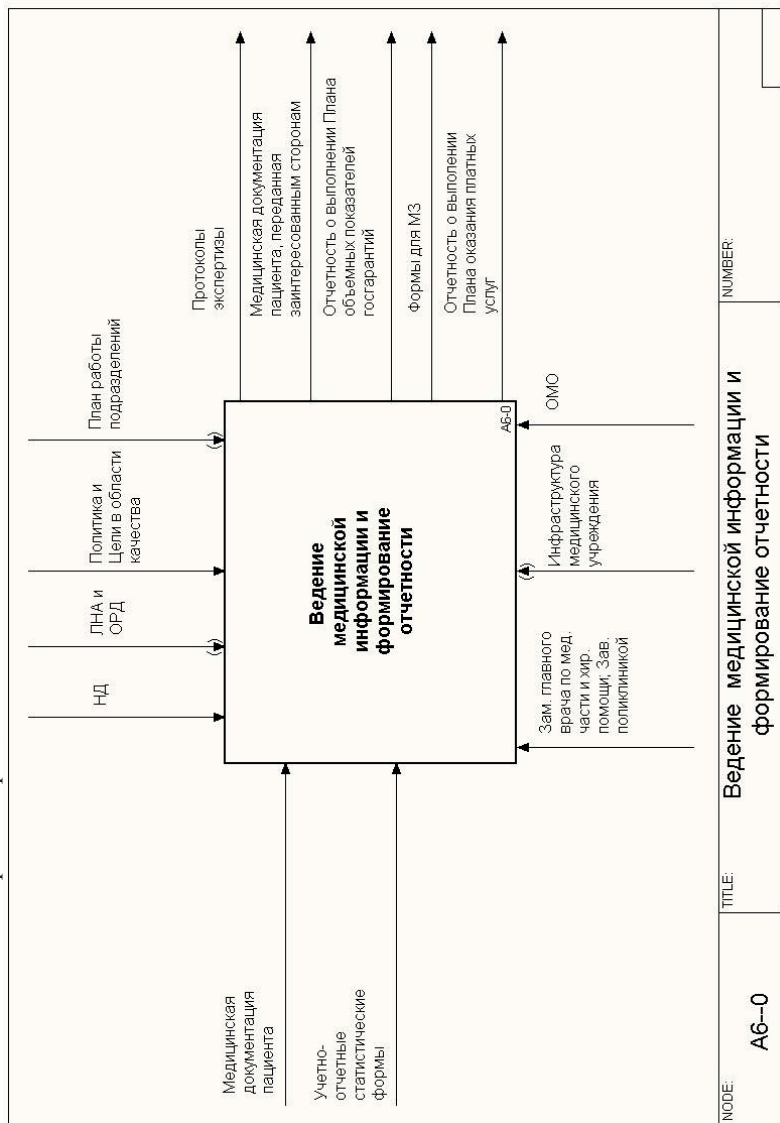
№	Этапы выполнения процесса (подпроцессы)	Исполнители		Регламентирующий документ	Требования	Вход	Выход
		Должность	Функция				
1	2	3		4	5	6	7
1	А5-1 Запись пациента на прием и оформление документации на оказание ПМУ	Медицинские регистраторы Старшая медицинская сестра отделения платных медицинских услуг	О	Политика и Цели в области качества; Планы работы подразделений; План оказания платных услуг; НД: ФЗ № 323 от 21.11.2011; Постановление Правительства № 1006 от 4.10.2012; СМП и Порядки, указанные в ПП; ЛНА: Приложение № 2 к Приказу ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко от 15.10.12 № 170/1; Инструкция по обращению с договорной документацией	В соответствии с требованиями регламентирующих документов	Пациент, получивший в поликлинике направление на консультацию/ госпитализацию; Пациент, нуждающийся в МП	Оформленная медицинская документация; Зарегистрированный пациент
2	А5-2 Прием пациента в отделение	Врачи отделения платных медицинских услуг Средний медицинский персонал платных медицинских услуг Заведующий отделением платных медицинских услуг	О У К	Политика и Цели в области качества; Планы работы подразделений; План оказания платных услуг; НД: ФЗ № 323 от 21.11.2011; Постановление Правительства от 4.10.2012 № 1006; СМП и Порядки, указанные в ПП; ЛНА: Порядок организации работы терапевтических отделений; Порядок организации работы хирургических отделений; Приложение № 2 к Приказу ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко от 15.10.12 № 170/1		Оформленная медицинская документация; Зарегистрированный пациент	Пациент, поступивший в отделение; Медицинская карта

1	2	3	4	5	6	7	
3	А5-3 Проведение лечения	Врачи отделения платных медицинских услуг	О	Политика и Цели в области качества; Планы работы подразделений; План оказания платных услуг; НД: Ф3 № 323 от 21.11.2011; Постановление Правительства от 4.10.2012 № 1006; СМП и Порядки, указанные в ПП; ЛНА: Порядок организации работы терапевтических отделений; Порядок организации работы хирургических отделений; Порядок обеспечения безопасного обращения лекарственных средств; Порядок обеспечения инфекционной безопасности;	В соответствии с требованиями регламентирующих документов	Пациент, поступивший в отделение; Медицинская карта; Лекарственные средства, медицинские расходные материалы; Закупленные продукты питания, прошедшие входной контроль (экспертизу)	Пациент, получивший платную МП в соответствии с НД и договором платных услуг/полисом ДМС; Заполненная медицинская карта
		Средний медицинский персонал отделения платных медицинских услуг	У	Положение об улучшении учета, хранения и использования наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров; Положение о комиссии по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ; Положение о комиссии по уничтожению использованных ампул из-под наркотических средств и психотропных веществ;			
	Заведующий отделением платных медицинских услуг	К	Приложение № 2 к Приказу ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко от 15.10.12 № 170/1; Правила ведения и хранения специальных журналов регистрации операций, связанных с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров				

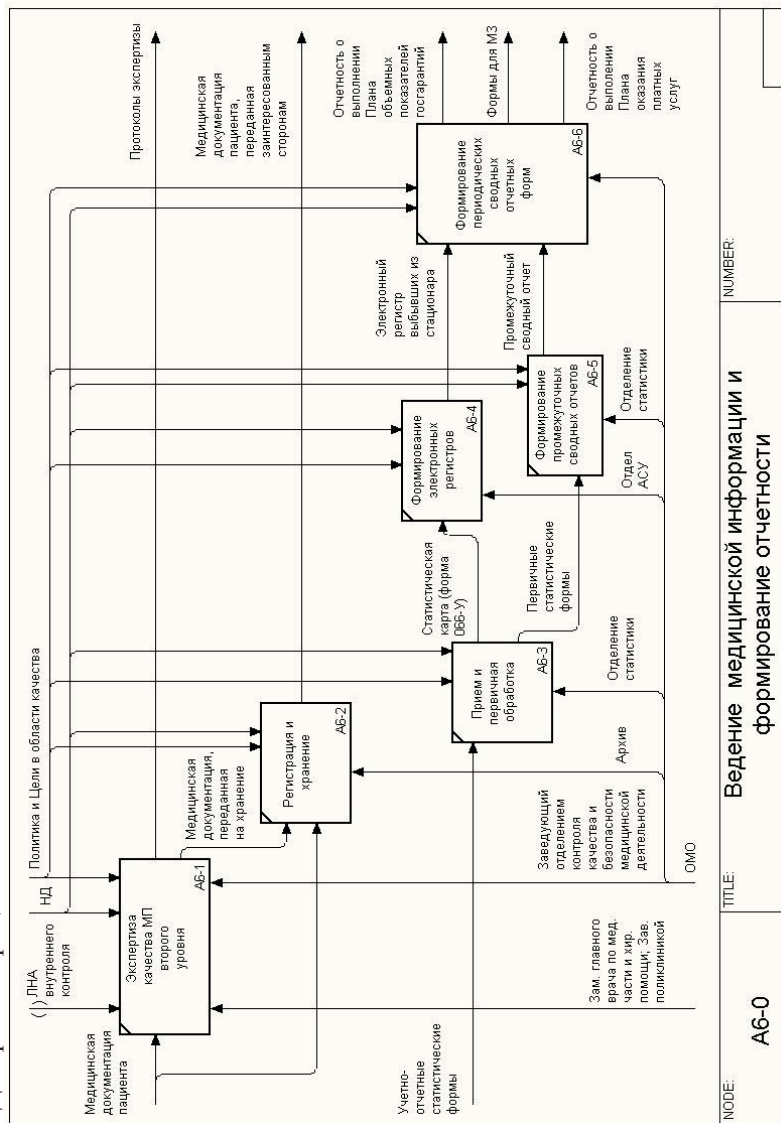
4	А5-4 Оформление медицинской документации и контроль качества МП	Заведующий отделением платных медицинских услуг	О	Политика и Цели в области качества; План работы подразделений; НД: ФЗ № 323 от 21.11.2011; Приказ МЗ РФ № 413 от 30.12.2002; Приказ МЗ РФ № 545 от 13.11.2003; ЛНА: Порядки организации работ терапевтических/ хирургических отделений; Положение о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко; Положение о врачебной комиссии; Правила оформления медицинской документации в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко	В соответствии с требованиями регламентирующих документов	Заполненная медицинская карта	Медицинская документация
		Врачи отделения платных медицинских услуг Средний медицинский персонал	У				
		Заведующий отделением контроля качества медицинской деятельности	К				

2.7 Процесс А6 «Ведение медицинской информации и формирование отчетности»

2.7.1. Контекстная диаграмма процесса



2.7.2. Диаграмма процесса



2.7.3. Маршрутная карта процесса

Таблица 7
Маршрутная карта процесса А6 «Ведение медицинской информации и формирование отчетности»

№	Этапы выполнения процесса (подпроцессы)	Исполнители		Регламентирующий документ	Требования	Вход	Выход
		Должность	Функция				
1	2	3		4	5	6	7
1	А6-1 Экспертиза качества МП второго уровня	Заведующий отделением контроля качества и безопасности медицинской деятельности, Зам. главного врача по мед. части и хир. помощи	О	Политика и Цели в области качества; План работы подразделений; НД: ФЗ № 323 от 21.11.2011; Приказ МЗ РФ № 154 от 21.05.2002; Приказ МЗ РФ № 502Н от 05.05.2012; Методические рекомендации № 2002/140 от 20.12.2002; ЛНА: Положение о внутреннем контроле и безопасности медицинской деятельности ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко ; Положение о стимулирующих выплатах ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко	При проведении экспертизы качества на каждого проверяющего должно выделяться не менее 30 документов	Медицинская документация пациента	Протокол экспертизы; Медицинская документация, переданная на хранение
		Заместители главного врача по медицинской части, по хирургической помощи Заведующий поликлиникой	У				
		Комиссия по стимулирующим выплатам	К				

1	2	3		4	5	6	7
2	А6-2 Регистрация и хранение	Медицинский регистратор архива	О	Политика и Цели в области качества; План работы подразделений; НД: ФЗ № 323 от 21.11.2011; ФЗ № 125 от 22.10.2001; Приказ МЗ СССР № 1030 от 04.10.1980; Основные Правила работы архивов организации от 06.02.2002; ЛНА: Положение об экспертной комиссии; Правила оформления медицинской документации ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко	Медицинские карты стационарных больных должны храниться в архиве 25 лет	Медицинская документация пациента; Медицинская документация, переданная на хранение	Медицинская документация пациента, переданная заинтересованным сторонам
3	А6-3 Прием и первичная обработка	Медицинские статистики	О	Политика и Цели в области качества; План работы подразделений; НД: ФЗ № 323 от 21.11.2011; Приказ МЗ СССР № 1030 от 04.10.1980; Приказ МЗ РФ № 413 от 13.12.2002; ЛНА: Правила оформления медицинской документации ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко	В соответствии с требованиями регламентирующих документов	Учетно-отчетные статистические формы	Статистическая карта (форма 066У); Первичные статистические формы
		Заведующий организационно-методического отдела	К				
4	А6-4 Формирование электронных регистров	Операторы отдела АСУ	О	Политика и Цели в области качества; План работы подразделений; НД: ФЗ № 323 от 21.11.2011; Приказ МЗ СССР № 1030 от 04.10.1980; Приказ МЗ РФ № 413 от 13.12.2002; ЛНА: Правила оформления медицинской документации в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко;	В соответствии с требованиями регламентирующих документов	Статистическая карта (форма 066У)	Электронный регистр выбывших из стационара
		Начальник отдела АСУ	К				

1	2	3		4	5	6	7
5	А6-5 Формирование промежуточных сводных отчетов	Врачи статистики	О	НД: ФЗ № 323 от 21.11.2011; Приказ МЗ СССР № 1030 от 04.10.1980; Приказ МЗ РФ № 413 от 13.12.2002; Приказ МЗ РФ № 548 от 13.11.2003; Приказ МЗ РФ № 834н от 15.12.2014; Приказ МЗ РФ № 545 от 13.11.2003; ЛНА: Правила оформления медицинской документации в ГБУЗ ПМКБ им. Н.Н. Бурденко; Политика и Цели в области качества; План работы подразделений, ЛНА внутреннего контроля	В соответствии с требованиями регламентирующих документов	Первичные статистические формы	Промежуточный сводный отчет
		Заведующий организационно-методического отдела	К				
		Заведующий организационно-методического отдела	К				
6	А6-6 Формирование периодических сводных отчетных форм	Заведующий отделения статистики	О	НД: ФЗ № 323 от 21.11.2011; Приказ МЗ Пензенской области № 622 от 09.06.2015 Приказ МЗ СССР № 1030 от 04.10.1980; Приказ МЗ РФ № 413 от 13.12.2002; Приказ МЗ РФ № 548 от 13.11.2003; Приказ МЗ РФ № 834н от 15.12.2014; Приказ МЗ РФ № 545 от 13.11.2003; ЛНА: Правила оформления медицинской документации в ГБУЗ ПМКБ им. Н.Н. Бурденко	В соответствии с требованиями регламентирующих документов	Электронный регистр вышедших из стационара; Промежуточный сводный отчет	Отчетность о выполнении Плана объемных показателей госгарантий; Отчетность о выполнении Плана оказания платных услуг; Формы для МЗ
		Врачи статистики	У				
		Заведующий организационно-методического отдела	К				

2.8 Показатели функционирования процессов СМК

Таблица 8

Показатели процессов СМК

Показатель		Плановое значение	Методика расчета	Периодичность мониторинга и измерений	Должность работника, представляющего данные/ Место хранения данных
№	Наименование				
1	2	3	4	5	6
ПРОЦЕСС А1 «Планирование работы подразделений»					
1	Своевременное оформление и внесение корректировок в План выполнения объемных показателей госгарантий	Не более 5 раб. дней	Разница между датой предоставления Планов с внесенными корректировками и датой фактического предоставления Плана	Ежемесячно	Экономист/Планово-экономический отдел
2	Своевременное оформление и внесение корректировок в План оказания платных услуг	Не позднее 31 декабря	На основе анализа предоставления корректировок к Плану оказания платных услуг	Ежеквартально	Экономист/Планово-экономический отдел
3	Своевременность внесения корректировок в данные для формирования бюджета	Не более 5 дней	Разница между датой предоставления данных с внесенными корректировками и датой фактического предоставления данных	Ежегодно	Экономист/Планово-экономический отдел
ПРОЦЕСС А2 «Снабжение МТР, необходимым для оказания МП»					
1	Отсутствие забракованных МТР результатам входного контроля: - лекарственные средства и медицинские расходные материалы;	0	Отношение доли забракованных МТР к общему числу закупленных МТР в отчетном периоде	Ежемесячно	Заведующий аптекой/ Аптека
	- медицинское оборудование и инструменты для отделений;	0			Заведующие отделениями/ Отделения
	- продукты питания	0			Начальник службы питания/ Служба питания

1	2	3	4	5	6
	Отсутствие замечаний от подразделений, по срокам и объемам закупаемых МТР: 2 - лекарственные средства и медицинские расходные материалы; - медицинское оборудование и инструменты для отделений; - продукты питания	0	Отношение доли МТР, поставленных с нарушениями сроков и/или объемов к общему числу закупленных МТР в отчетном периоде	Ежемесячно	Делопроизводитель/ Отдел документационного обеспечения
	Соблюдение условий хранения и сроков годности лекарственных средств и изделий медицинского назначения	По хранению: 0,9	Отношение числа лекарственных средств и изделий медицинскими по условиям хранения к общему числу лекарственных средств и изделий медицинского назначения находящихся на хранении	Ежемесячно	Зав. аптекой, нач. службы питания/Аптека, склады
3		По срокам годности: 0,9	Отношение числа лекарственных средств и изделий медицинского назначения с нарушениями по срокам годности к общему числу лекарственных средств и изделий медицинского назначения находящихся на хранении		
ПРОЦЕСС АЗ «Оказание специализированной МП амбулаторно»					
1	Процент выполнения объемных показателей работы (количество пролеченных пациентов)	Не менее 89%	Процентное отношение фактического числа пролеченных пациентов к числу пациентов по Плану объемных показателей работы	Ежеквартально	Специалисты отдела АСУ/ Отдел АСУ

1	2	3	4	5	6
2	Кoeffициент качества медицинской помощи по пролеченным пациентам (по первому этапу)	Не менее 0,95	В соответствии с результатами указанными в картах экспертной оценки внутреннего контроля качества медицинской помощи, оказанной пациенту в поликлинике	Ежемесячно	Зав. подразделениями/ Подразделения поликлиники
3	Срок ожидания пациентом исследований	Не более 10 раб. дней	Разница между назначенной датой проведения исследований и фактической датой проведения исследований	Ежеквартально	Зав. подразделениями/ Кабинет зав. поликлиникой
4	Отсутствие случаев расхождения между клиническим диагнозом и диагнозом стационара, при направлении пациента в стационар	2% и менее	Процентное отношение числа случаев расхождения диагнозов от общего числа направленных на госпитализацию пациентов	Ежемесячно	Зав. подразделениями/ Кабинеты зав. подразделениями поликлиники
5	Отсутствие обоснованных жалоб пациентов и отсутствие письменных замечаний от руководства	0	По результатам анализа журнала учета обращений граждан, письменных обращений, учетных карточек приема населения руководителем учреждения	Ежемесячно	Зав. подразделениями/ Кабинеты зав. подразделениями поликлиники
ПРОЦЕСС А4 «Оказание специализированной высокотехнологичной МП в стационаре»					
1	Количество пролеченных пациентов: - по терапевтическим отделениям; - по хирургическим отделениям	± 2% от планового значения	Процентное отношение фактического числа пролеченных пациентов к числу пациентов по Плану объемных показателей работы	Раз в полгода	Зав. отделением статистики ОМО/ Отделение статистики ОМО
2	Среднее пребывание пациента на койке: - по терапевтическим отделениям; - по хирургическим отделениям	11 дней 10 дней	На основе анализа медицинской документации пациента	Ежемесячно	Зав. отделением статистики ОМО/ Отделение статистики ОМО

1	2	3	4	5	6
3	Коэффициент качества медицинской помощи по пролеченным пациентам (по первому этапу)	Не менее 0,95	В соответствии с результатами указанными в картах экспертной оценки внутреннего контроля качества медицинской помощи, оказанной пациенту	Ежемесячно	Зав. отделениями/ Отделения стационара
4	Хирургическая активность	Не менее 95%	Процентное отношение числа операций, проведенных в стационаре к числу лиц, выбывших из стационара	Ежемесячно	Зав. хирургическими отделениями/ Кабинеты зав. хирургическими отделениями
5	Показатель больницы летальности	Не более 2%	Процентное отношение числа умерших в стационаре к числу больных, выбывших из стационара	Ежемесячно	Зав. организационно-методическим отделом/ Организационно-методический отдел
6	Показатель внутрисерийной воспроизводимости (сходимости) методики выполнения лабораторных исследований по результатам внутрилабораторного контроля качества	В пределах допустимых значений, указанных в приложении № 1 к Приказу МЗ России № 220 от 26.05.2003	В соответствии с требованиями, указанными в Приказе МЗ России № 220 от 26.05.2003	Ежемесячно	Заведующий КДЛ/ Лаборатория КДЛ
7	Своевременность предоставления результатов проведения лабораторных исследований	Не более 12 часов с момента выполнения	На основе анализа медицинской документации	Ежемесячно	Заведующий КДЛ/ Лаборатория КДЛ
ПРОЦЕСС А5 «Оказание платных медицинских услуг»					
1	Процент выполнения Плана оказания платных услуг, утвержденного приказом главного врача (доходы от оказания платных медицинских)	Не менее 95%	Процентное отношение числа фактических доходов от оказания платных медицинских услуг к плановому числу доходов	Ежеквартально	Экономист/ Планово-экономический отдел

1	2	3	4	5	6
2	Отсутствие обоснованных жалоб пациентов и отсутствие письменных замечаний от руководства	0	По результатам анализа журнала учета обращений граждан, учет-ных карточек приема населения руководителем учреждения	Ежемесячно	Старшая мед. сестра отделения платных услуг/ Кабинет зав. отделения платных услуг
4	Козэффициент качества медицинской помощи по пролеченным пациентам (по первому этапу)	Не менее 0,95	В соответствии с результатами указанными в картах экспертной оценки внутреннего контроля качества медицинской помощи, оказанной пациенту	Ежемесячно	Зав. отделениями/ Отделения
ПРОЦЕСС А6 «Ведение медицинской информации и формирование отчетности»					
1	Отсутствие замечаний по качеству проведения экспертизы медицинской документации	0	На основе анализа проведения экспертизы медицинской документации	Ежеквартально	Зав. отделения контроля качества и безопасности медицинской деятельности ОМО/ Отделение контроля качества и безопасности медицинской деятельности ОМО
2	Своевременность оформления документации по результатам экспертизы	10 дней	На основе анализа документации по результатам экспертизы	Ежемесячно	Зав. отделения контроля качества, безопасности медицинской деятельности/Отделение контроля качества, безопасности медицинской деятельности
3	Отсутствие замечаний при подготовке отчетов, сведений и ответов на запросы МЗ и вышестоящих организаций и учреждений, полномочных в получении информации	0	На основе анализа результатов подготовки отчетов, сведений и ответов на запросы МЗ и вышестоящих организаций и учреждений	Ежеквартально	Зав. отделения статистики и зав. организационно-методического отдела/ Отделение статистики, организационно-методический отдел

1	2	3	4	5	6
4	Своевременность подготовки отчетов, сведений и ответов на запросы МЗ и вышестоящих организаций и учреждений, полномочных в получении информации	0	Разница между установленной датой подготовки документации и датой фактического предоставления	Ежеквартально	Зав. отделения статистики и зав. организационно-методического отдела/ Отделение статистики, организационно-методический отдел
5	Соблюдение установленных требований по хранению медицинской документации пациента	100%	Процентное отношение числа документов с нарушениями по хранению к общему числу документов на хранении	Ежемесячно	Зав. архивом/Архив

III Порядок проведения мониторинга и измерений процессов

3.1. Назначенные должностные лица, указанные в Перечне процессов СМК, осуществляют текущий мониторинг и измерение процесса для обеспечения получения запланированных результатов процесса в соответствии с установленными к нему требованиями и представляют с установленной периодичностью и представляют данные по функционированию процесса ответственному за процесс.

Ответственный за процесс на основании полученных данных проводит анализ процесса и обеспечивает разработку и выполнение необходимых мероприятий для достижения запланированных результатов и постоянного улучшения процесса, касающихся содержания работ, системы измерений, организации труда участников процесса, совершенствования взаимодействия процесса с другими процессами СМК и т.п. Показатели функционирования процессов СМК ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко представлены в разделе 2.8 настоящего Положения.

3.2. Данные о выполнении показателей назначенные исполнители представляют ответственному за процесс не позднее 3-х рабочих дней после окончания отчетного периода (определяемого периодичностью мониторинга и измерения показателей) с обязательным указанием причин невыполнения показателей.

Ответственный за процесс делает вывод о результативности процесса и определяет необходимость разработки мероприятий по процессу.

3.3. План мероприятий разрабатывается ответственным за процесс или назначенным должностным лицом по указанию ответственного за процесс в срок, не позднее 10 рабочих дней после окончания отчетного периода, после чего Отчет о результативности процесса направляется на согласование представителю руководства по СМК.

После выполнения запланированных мероприятий ответственным за процесс или назначенным должностным лицом по указанию ответственного за процесс в Отчете о результативности процесса делается отметка о выполнении мероприятия, а спустя определенный период времени вносится оценка о его результативности.

3.4. Отчет о результативности процесса ведется в бумажном виде и хранится у ответственного за процесс в течение 3-х лет по окончании отчетного календарного года. По согласованию с представителем руководства по СМК допускается ведение отчетности в электронном виде, но при этом должна быть обеспечена четкая идентификация ее состав-

ления, согласования и утверждения назначенными должностными лицами в установленные сроки.

3.5. Критерием оценки результативности процесса в целом является степень выполнения/невыполнения установленного количества показателей. В общем случае процесс считается результативным, если выполняются все показатели, если специально не оговорено иное. В противном случае процесс является нерезультативным.

3.6. По результатам оценки процесса ответственный за процесс определяет возможность проведения коррекции и необходимость разработки корректирующих действий (если процесс не результативен) или предупреждающих действий (при наличии выявленных отрицательных тенденций в процессе).

3.7. При оценке результатов выполнения корректирующих действий, ответственный за процесс должен убедиться в том, что несоответствие и его причины устранены или его влияние снижено, что выбранное решение действенно и цели улучшения достигнуты. В случае если намеченные мероприятия не обеспечивают или не полностью обеспечивают требуемый результат, разрабатываются дополнительные корректирующие мероприятия или корректируются сроки выполнения.

3.8. При оценке результатов выполнения предупреждающих действий, ответственный за процесс должен убедиться в том, что причины потенциальных несоответствий устранены или их влияние снижено, что выбранное решение действенно и цели улучшения достигнуты. В случае если намеченные мероприятия не обеспечивают или не полностью обеспечивают требуемый результат, разрабатываются дополнительные мероприятия или корректируются сроки выполнения.

3.9. Порядок разработки и внедрения корректирующих и предупреждающих действий определен в п.п. 7.1-7.2 «Положения о системе менеджмента качества ГБУЗ “Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко”».

3.10. Ответственный за процесс должен предпринимать действия, необходимые для постоянного улучшения процесса. Оценка необходимости разработки мероприятий по улучшению проводится по результатам годового анализа результативности процесса при проведении анализа СМК со стороны руководства. Действия предпринимаются по мере выявления возможностей доработок процесса, после обоснования их целесообразности и при наличии требуемых ресурсов.

3.11. Улучшение процессов может достигаться посредством:

- изменения методов управления;
- улучшение плановых значений/введение новых показателей функционирования процесса и критериев его результативности;
- введения статистического управления процессами;
- улучшения приемов работы;
- улучшения производственных условий и т.д.



Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
(ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко)

П Р И К А З

23.09.2015

№ 118

г. Пенза

**Об утверждении Положения о врачебной комиссии ГБУЗ
«Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» и
персонального состава врачебной комиссии**

В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказом Минздравсоцразвития России от 05.05.2012 № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации», приказом Минздравсоцразвития России от 29.06.2011 № 624н «Об утверждении порядка выдачи листов нетрудоспособности», а также в целях совершенствования системы управления качеством и безопасностью медицинской деятельности в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», **п р и к а з ы в а ю:**

1. Утвердить «Положение о врачебной комиссии ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» (Приложение к настоящему приказу).
2. Утвердить персональный состав врачебной комиссии ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» и персональный состав подкомиссий врачебной комиссии (Приложение 1).
3. Заместителя главного врача по медицинской части Фролову И.В. назначить ответственной за актуализацию настоящего приказа.
4. Начальнику отдела документационного обеспечения Разиной Н.В. ознакомить с настоящим приказом всех заинтересованных лиц.
5. Признать утратившим силу приказ главного врача ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко от 25.12.2013 г. № 160 «Об организации системы контроля качества медицинской помощи в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» в части п.п. 13-24.
6. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Главный врач

С.В. Евстигнеев

Начальник юридического отдела

Н.В. Флегонова «22» 09 2015

Начальник

отдела документационного обеспечения

Н.В. Разина «22» 09 2015

**Персональный состав врачебной комиссии ГБУЗ ПОКБ
им. Н.Н. Бурденко и персональный состав подкомиссий врачебной
комиссии**

1. Состав врачебной комиссии ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»:
- Председатель комиссии:
- Евстигнев - главный врач ГБУЗ «Пензенская областная
Сергей Валентинович клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
- Заместители
председателя:
- Фролова - заместитель главного врача по медицинской
Ирина Владимировна части ГБУЗ «Пензенская областная клиническая
больница им. Н.Н. Бурденко»
- Нестеров - заместитель главного врача по хирургической
Андрей Владимирович помощи ГБУЗ «Пензенская областная клиническая
больница им. Н.Н. Бурденко»
- Секретарь комиссии:
- Скрипкина - врач-гастроэнтеролог гастроэнтерологического
Наталья Филипповна отделения ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
- Члены комиссии:
- Горина - заведующая поликлиникой ГБУЗ «Пензенская
Ольга Сергеевна областная клиническая больница им. Н.Н.
Бурденко»
- Акопян - заведующая терапевтическим отделением
Надежда Александровна поликлиники ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
- Краснов - заведующий региональным сосудистым центром
Михаил Викторович ГБУЗ «Пензенская областная клиническая
больница им. Н.Н. Бурденко»
- Шимохина - заведующая эндокринологическим отделением
Ольга Николаевна ГБУЗ «Пензенская областная клиническая
больница им. Н.Н. Бурденко»
- Логина - заведующая неврологическим отделением ГБУЗ
Галина Васильевна «Пензенская областная клиническая больница им.
Н.Н. Бурденко»
- Беляев - заведующий гинекологическим отделением
Михаил Викторович ГБУЗ «Пензенская областная клиническая
больница им. Н.Н. Бурденко»
- Кузнецова - заведующая нефрологическим отделением ГБУЗ

Любовь Васильевна	«Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
Прогрессов Андрей Юрьевич	- заведующий отделением анестезиологии-реанимации ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
Зюлькин Григорий Александрович	- заведующий хирургическим отделением № 2 ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
Донченко Иван Андреевич	- заведующий кардиологическим отделением ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
Девина Ольга Владимировна	- врач-ревматолог ревматологического отделения ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», главный внештатный специалист-терапевт Министерства здравоохранения Пензенской области .
Тарасеева Галина Николаевна	- заведующая пульмонологическим отделением ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
Кочмарева Татьяна Владимировна	- заведующая колопроктологическим отделением ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
Кулюцин Алексей Валерьевич	- заведующий кардиологическим отделением с палатой реанимации и интенсивной терапии ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
Петрунин Андрей Алексеевич	- заведующий хирургическим отделением №1 ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
Дылдин Алексей Валерьевич	- заведующий организационно-методическим отделом ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
Соломаха Лариса Алексеевна	- врач-методист организационно-методического отдела ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
Каюмов Бахтиер Зайнетдинович	- врач-хирург поликлиники ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
Новикова Ольга Викторовна	- врач-терапевт поликлиники ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
Моисеева Любовь Николаевна	- заведующая отделением контроля качества, безопасности медицинской деятельности и статистики организационно-методического отдела ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
Ардаков	- заведующий оториноларингологическим

Члены комиссии:	
Кулюцин Алексей Валерьевич	- заведующий кардиологическим отделением с палатой реанимации и интенсивной терапии ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
Кузнецова Любовь Васильевна	- заведующая нефрологическим отделением ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
Петрунин Андрей Алексеевич	- заведующий хирургическим отделением № 1 ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
Прогрессов Андрей Юрьевич	- заведующий отделением анестезиологии-реанимации ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
Логинова Галина Васильевна	- заведующая неврологическим отделением ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
Горина Ольга Сергеевна	- заведующая поликлиникой ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
Ардаков Игорь Герасимович	- заведующий оториноларингологическим отделением поликлиники ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
Акопян Надежда Александровна	- заведующая терапевтическим отделением поликлиники ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
Краснов Михаил Викторович	- заведующий региональным сосудистым центром ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
Моисеева Любовь Николаевна	- заведующая отделением контроля качества, безопасности медицинской деятельности организационно-методического отдела ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
Флеонова Наталья Владимировна	- начальник юридического отдела ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

4. Состав подкомиссии № 3 по изучению летальных исходов (КИЛИ) врачебной комиссии ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»:

Председатель комиссии:	
Фролова Ирина Владимировна	- заместитель главного врача по медицинской части ГБУЗ «Пензенская

	областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
Заместитель председателя: Нестеров Андрей Владимирович	- заместитель главного врача по хирургической помощи ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
Секретарь комиссии: Скрипкина Наталья Филипповна	- врач гастроэнтерологического отделения ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
Члены комиссии: Донченко Иван Андреевич	- заведующий кардиологическим отделением ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
Девина Ольга Владимировна	- врач-ревматолог ревматологического отделения ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», главный внештатный специалист-терапевт Министерства здравоохранения Пензенской области
Прогрессов Андрей Юрьевич	- заведующий отделением анестезиологии-реанимации ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
Логина Галина Васильевна	- заведующая неврологическим отделением ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
Краснов Михаил Викторович	- заведующий региональным сосудистым центром ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
Петрунин Андрей Алексеевич	- заведующий хирургическим отделением №1 ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
Моисеева Любовь Николаевна	- заведующая отделением контроля качества, безопасности медицинской деятельности и статистики организационно-методического отдела ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
Шимохина Ольга Николаевна	- заведующая эндокринологическим отделением ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
Беляев Михаил Викторович	- заведующий гинекологическим отделением ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
Зюлькин Григорий Александрович	- заведующий хирургическим отделением №2 ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

Тарасеева	-заведующая	пульмонологическим
Галина Николаевна	отделением	ГБУЗ «Пензенская областная
		клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
Кочмарева	- заведующая	колопроктологическим
Татьяна Владимировна	отделением	ГБУЗ «Пензенская областная
		клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

ПОЛОЖЕНИЕ
о врачебной комиссии
ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница
им. Н.Н. Бурденко»

Назначение и область применения

Настоящее «Положение о врачебной комиссии ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» (далее – Положение) разработано с целью совершенствования организации медицинской помощи, организации коллегиального обсуждения и принятия решений в наиболее сложных и конфликтных случаях по вопросам профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации, определяет требования к организации работы, создания и формированию состава врачебной комиссии, прав, обязанностей и функций врачебной комиссии и его членов, порядок функционирования врачебной комиссии.

Ответственность

Ответственным за организацию разработки и актуализации настоящего Положения является начальник организационно-методического отдела.

Ответственными за исполнение требований данного Положения являются все работники ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» (далее – ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко), участвующие в деятельности врачебной комиссии и ее подкомиссиях, включая представление необходимых данных, выполнение и осуществление контроля выполнения решений врачебной комиссии.

Изменения

Внесение изменений/дополнений в настоящее Положение осуществляется путем его переиздания на основании приказа главного врача ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко с обязательным ознакомлением всех работников.

Определения и сокращения

Определения

Подкомиссия № 1 по экспертизе временной нетрудоспособности – постоянно действующий совещательный орган, созданный с целью совершенствования организации медицинской помощи, организации кол-

легального обсуждения и принятия решений в наиболее сложных и конфликтных случаях по вопросам диагностики, лечения, реабилитации, определения трудоспособности граждан и профессиональной пригодности некоторых категорий работников в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко».

Подкомиссия № 2 врачебной комиссии (лечебно-контрольная комиссия) – постоянно действующий коллегиальный совещательный орган, созданный в целях осуществления систематического внутреннего контроля качества медицинской помощи в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко».

Подкомиссия № 3 по изучению летальных исходов – постоянно действующий коллегиальный совещательный орган, созданный в целях осуществления систематического анализа всех случаев летальных исходов, произошедших в стационаре ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко».

Сокращения

ВК – врачебная комиссия.

ВН – временная нетрудоспособность.

ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко – ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко».

КИЛИ – Подкомиссия № 3 врачебной комиссии ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» - комиссия по изучению летальных исходов.

ЛКК – Подкомиссия № 2 врачебной комиссии ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» - лечебно-контрольная комиссия.

ЛПУ – лечебно-профилактическое учреждение.

МЗ – министерство здравоохранения и социального развития.

МКБ – международный классификатор болезней.

МО – организационно-методический отдел.

РФ – Российская Федерация.

ЭВН – экспертиза временной нетрудоспособности.

I Общие положения

1.1. Врачебная комиссия ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко – постоянно действующий совещательный орган, созданный с целью совершенствования организации медицинской помощи, организации коллегиального обсуждения и принятия решений в наиболее сложных и конфликтных случаях по вопросам диагностики, лечения, трансплантации органов и (или) тканей человека, реабилитации, определения трудоспособности граждан и профессиональной пригодности некоторых категорий работников, осуществления оценки качества, обоснованности и эффективности лечебно-диагностических мероприятий, в том числе назначения лекарственных препаратов, включая дорогостоящие лекарственные препараты, рассмотрения конфликтных ситуаций, претензий пациентов, заинтересованных организаций, возникающих в процессе оказания в учреждении медицинской помощи.

1.2. Врачебная комиссия в своей деятельности обязана руководствоваться статьей 6.2 Федерального закона № 178-ФЗ, приказом Министерства здравоохранения и Фонда социального страхования РФ № 291/167, приказом Министерства здравоохранения РФ и Фонда социального страхования РФ № 18/29, приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 154 и методическими рекомендациями № 2002/140, приказом Минздравсоцразвития РФ № 665, приказом Минздравсоцразвития РФ № 110, приказом Минздравсоцразвития России № 624н, приказом Минздравсоцразвития РФ № 502н и иными нормативными правовыми актами РФ и Пензенской области по вопросам организации экспертизы временной нетрудоспособности и настоящим Положением.

1.3. В зависимости от поставленных задач, особенностей и объемов деятельности медицинской организации по решению руководителя в составе врачебной комиссии формируются подкомиссии:

- Подкомиссия № 1 врачебной комиссии по экспертизе временной нетрудоспособности (п. VII настоящего Положения);

- Подкомиссия № 2 (лечебно-контрольная) врачебной комиссии (п. VIII настоящего Положения);

- Подкомиссия № 3 врачебной комиссии по изучению летальных исходов (п. IX настоящего Положения).

1.4. Подкомиссия № 1 по экспертизе временной нетрудоспособности (далее – подкомиссия № 1 по ЭВН) для экспертизы использует медицинские карты стационарных больных (форма № 003/у), медицин-

ские карты амбулаторных больных (форма № 025/у–04). При необходимости может быть проведена очная экспертиза.

1.4.1. Подкомиссия № 1 по ЭВН в своей деятельности обязана руководствоваться статьей 6.2 Федерального закона № 178-ФЗ, приказом Министерства здравоохранения и Фонда социального страхования РФ № 291/167, приказом Министерства здравоохранения РФ и Фонда социального страхования РФ № 18/29, приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 154 и методическими рекомендациями № 2002/140, утвержденными Минздравом РФ от 20.12.2002 № 2510/224-03-34, приказом Минздравсоцразвития РФ № 665, приказом Минздравсоцразвития РФ № 110, приказом Минздравсоцразвития России № 624н, приказом Минздравсоцразвития № 502н, приказом МЗ РФ от 21.08.2000 «Оrientировочные сроки ВН при наиболее распространенных заболеваниях и травмах (в соответствии с МКБ-10)», приказом МЗ РФ № 514, а также иными нормативными актами учреждения по вопросам организации работы экспертных комиссий и настоящим Положением.

1.5. Подкомиссия № 2 врачебной комиссии ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко (далее – ЛКК) исследует качество медицинской помощи, оказанной пациенту в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, в том числе и качество оформления медицинской документации.

1.5.1 ЛКК в своей деятельности обязана руководствоваться Конституцией Российской Федерации, Федеральным законом 323-ФЗ, Законом Российской Федерации «О защите прав потребителей», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 154 и методическими рекомендациями № 2002/140, утвержденными Минздравом РФ от 20.12.02 № 2510/224-03-34, приказом Министерства здравоохранения СССР № 1030, «Типовой инструкцией к заполнению форм первичной медицинской документации лечебно–профилактических учреждений», утвержденной Министерством здравоохранения СССР № 27–14/70–83, приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации № 413 и № 545, а также иными нормативными правовыми актами Российской Федерации и локальными нормативными актами ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко по вопросам организации работы экспертных комиссий, «Правилами оформления медицинской документации в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», хранения и использования информации, составляющей врачебную тайну», «Положением о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской

деятельности в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» и настоящим Положением.

1.6 Подкомиссия № 3 по изучению летальных исходов (далее – КИЛИ) ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко исследует качество медицинской помощи, оказанной умершему больному на всех этапах лечения, качество оформления первичной медицинской документации.

1.6.1 КИЛИ в своей деятельности обязана руководствоваться Федеральным законом г. № 323-ФЗ, приказом Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации № 82, иными законами и нормативными правовыми актами Российской Федерации, а также локальными нормативными актами учреждения по вопросам организации экспертизы качества медицинской помощи («Положением о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»), «Правилами оформления медицинской документации в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», хранения и использования информации, составляющей врачебную тайну» и настоящим Положением.

II Функции комиссии

2.1 В компетенцию ВК входит принимать решение и давать заключения:

- в сложных и конфликтных ситуациях, возникающих при проведении экспертной оценки качества лечебно-диагностического процесса, экспертизы временной нетрудоспособности и иных экспертиз;
- при направлении пациента на освидетельствование в медико-социальную экспертную комиссию;
- при необходимости выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность, иногородним гражданам;
- при необходимости перевода ограниченно трудоспособных лиц на другую работу, соответствующую состоянию здоровья;
- в сложных и конфликтных случаях при отборе и направлении на санаторно-курортное лечение;
- в случае нуждаемости больных в постоянном постороннем уходе в соответствии и нуждаемости в помощи социальных работников;
- при решении жилищных вопросов (право пользования дополнительной площадью, первоочередное получение жилья, снижение этажности и т.д.);

- при направлении пациента на лечение за пределы административной территории, в т.ч. для получения высокотехнологичной медицинской помощи в федеральных медицинских учреждениях;

- взаимодействие в работе по вопросам, относящимся к компетенции ВК, с бюро медико-социальной экспертизы, со страховыми медицинскими организациями и территориальными фондами обязательного медицинского страхования, региональными отделениями Фонда социального страхования Российской Федерации, территориальными органами Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития и Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, медицинскими организациями и учреждениями социальной защиты населения;

- участие в рассмотрении обращений граждан по вопросам медико-социальной помощи, организации и качества лечебно-диагностических (профилактических, реабилитационных) мероприятий, лекарственного обеспечения;

- анализ заболеваемости внутрибольничными инфекциями;

- разбор исков и претензий пациентов, медицинских страховых организаций, ТФОМС и исполнительных органов Фонда социального страхования по качеству оказания медицинской помощи и экспертизе трудоспособности;

- иные функции, предусмотренные федеральными конституционными законами, федеральными законами, нормативными правовыми актами Президента Российской Федерации, федеральных органов исполнительной власти.

2.2. В компетенцию врачебной подкомиссии по экспертизе временной нетрудоспособности входит право принимать решение и давать заключения по вопросам:

- продления листов нетрудоспособности сроком более 15 дней;

- осуществления медицинского отбора больных на долечивание (реабилитацию) непосредственно после стационарного лечения;

- взаимодействия в работе с бюро медико-социальной экспертизы.

III Состав и организация работы врачебной комиссии

3.1 Врачебная комиссия состоит из председателя, заместителей председателя, секретаря и членов. Персональный и количественный состав ВК утверждается приказом по ГБУЗ ПОКБ Н.Н. Бурденко. Председателем ВК является главный врач ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, при

его отсутствии функцию исполняет один из заместителей председателя. Членами ВК могут быть назначены заведующие отделениями ГБУЗ ПОКБ Н.Н. Бурденко. Секретарем ВК является врач ГБУЗ ПОКБ Н.Н. Бурденко.

3.2 Заседания врачебной комиссии и подкомиссий проводятся на основании планов – графиков, утверждаемых главным врачом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, но не реже 1 раза в неделю. На заседании происходит обсуждение случая представленного на ВК всеми его членами. В целях объективного освещения ситуации на заседании ВК и принятия обоснованного решения, каждый выступающий обязан излагать свою позицию в корректной форме и в обоснование своего мнения ссылаться на конкретные факты и нормативные правовые документы.

3.3 ВК правомочна приступить к обсуждению вопросов повестки дня, если на заседании присутствует не менее 1/2 от общего состава ВК. Предложение, поставленное на голосование, считается принятым, если за него проголосовало более 1/2 от числа присутствующих на заседании ее членов.

3.4 Заключение и решение ВК оформляется в Журнале учёта клинично-экспертной работы ЛПУ (форма № 035/у-02) и вносятся в первичные медицинские документы в историю болезни (форма № 003/у) и медицинскую карту амбулаторного больного (форма № 025/у-04). Копия заключения, заверенная печатью лечебно-профилактического учреждения, выдается по требованию пациента, либо в другие инстанции в установленном законом порядке.

3.5 Функции председателя ВК:

- назначает дату и время проведения ВК;
- определяет повестку дня заседания ВК;
- определяет (при необходимости) лиц, приглашенных на заседание ВК;
- руководит ходом заседания ВК (объявляет повестку дня; участвует в обсуждении вопросов повестки дня; подводит итоги обсуждения, формулирует и обобщает выводы; выносит на голосование предложения членов ВК; объявляет решение, принятое по итогам голосования); подписывает заключение заседания ВК.

3.6 Функции членов ВК:

- по поручению председателя ВК готовят к заседанию необходимую информацию по вопросам повестки дня;
- участвуют в обсуждении вопросов повестки дня, высказывают свои предложения и замечания;

- участвуют в голосовании при принятии решений по вопросам повестки дня заседания ВК;

- подписывают заключение заседания ВК.

3.7 Функции секретаря ВК:

- сообщает членам ВК, приглашенным участникам повестку дня очередного заседания ВК, место и время проведения заседания ВК, передает им поручения председателя ВК и необходимую медицинскую документацию по случаям, подлежащим обсуждению на ВК, контролирует выполнение этих поручений;

- оформляет Журнал учёта клинико-экспертной работы ЛПУ (форма № 035/у-02), подписывает заключения у членов комиссии.

IV Права ВК

4.1 Направлять пациентов в иные лечебно-профилактические учреждения, привлекать консультантов.

4.2 Вносить предложения по улучшению организации деятельности лечебно-профилактического учреждения, направленные на повышение качества оказания медицинской помощи.

4.3 Представлять по результатам экспертизы главному врачу ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко заключения о наложении дисциплинарных взысканий на врачей-специалистов.

4.4 Проводить выборочный контроль выполнения лечащими врачами требований и правил, установленных нормативными документами по экспертизе нетрудоспособности.

V Ответственность ВК

5.1 ВК несет ответственность за достоверность, обоснованность и объективность результатов проводимой экспертизы в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.

VI Порядок направления пациентов на врачебную комиссию ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко

6.1 Направлению на ВК подлежат пациенты в следующих случаях:

- в сложных и конфликтных ситуациях, возникающих при проведении внутреннего контроля качества медицинской помощи, экспертизы временной нетрудоспособности и иных экспертиз;

- при направлении пациента на освидетельствование на медико-социальную экспертизу;

- в случаях определения годности на ношение оружия;
- в сложных и конфликтных случаях при отборе и направлении на санаторно-курортное лечение;
- при направлении пациента на лечение за пределы административной территории, в т.ч., для получения высокотехнологичной медицинской помощи в медицинских учреждениях;
- при необходимости выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность, иногородним гражданам.
- решения вопроса о продлении лечения по листку нетрудоспособности в случаях, предусмотренных действующим законодательством.

6.2 В день освидетельствования пациента врачебной комиссией в его первичных медицинских документах - в медицинской карте стационарного больного (форма №003\у) или медицинской карте амбулаторного больного (форма № 025\у-04), лечащим врачом оформляется этапный эпикриз, отражающий жалобы, объективный статус, диагноз, код заболевания по МКБ-10, динамику течения заболевания, проводимую терапию, предполагаемый срок долечивания (согласно приказу о средних ориентировочных сроках лечения), указывается количество дней освобождения от работы на день освидетельствования ВК.

6.3 ВК уточняет диагноз, оценивает тяжесть состояния, корректирует дальнейшее лечение, обследование, решает вопрос о сроках временной нетрудоспособности с учетом индивидуальных особенностей течения заболевания, указывает дату следующего осмотра пациента. Заключение и решение ВК оформляется в Журнале учета клинико-экспертной работы ЛПУ (форма №035\у-02) и медицинскую карту амбулаторного больного (форма № 025\у-04).

VII Подкомиссия № 1 врачебной комиссии ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко по экспертизе временной нетрудоспособности

7.1 Функции подкомиссии № 1 по ЭВН

7.1.1 В компетенцию подкомиссии № 1 по ЭВН входит право принимать решение и давать заключения:

- в сложных и конфликтных ситуациях, возникающих при проведении внутреннего контроля качества медицинской помощи, экспертизы временной нетрудоспособности и иных экспертиз;
- при направлении пациента на освидетельствование в медико-социальную экспертную комиссию;

- при необходимости выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность, иногородним гражданам;
- при необходимости перевода ограниченно трудоспособных лиц на другую работу, соответствующую состоянию здоровья;
- осуществление медицинского отбора больных на долечивание (реабилитацию) непосредственно после стационарного лечения;
- в случае нуждаемости больных в постоянном постороннем уходе в соответствии и нуждаемости в помощи социальных работников;
- взаимодействие в работе по вопросам, относящимся к компетенции ВК, с бюро медико-социальной экспертизы, со страховыми медицинскими организациями и территориальными фондами обязательного медицинского страхования, региональными отделениями Фонда социального страхования Российской Федерации, территориальными органами Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития и Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, медицинскими организациями и учреждениями социальной защиты населения;
- участие в рассмотрении обращений граждан по вопросам медико-социальной экспертизы;
- продления листков нетрудоспособности сроком более 15 дней;
- взаимодействия в работе с бюро медико-социальной экспертизы;
- проведения анализа качества оформления медицинской документации по временной нетрудоспособности и листков нетрудоспособности.

7.2 Состав и организация работы врачебной подкомиссии

№ 1 по ЭВН

7.2.1 Подкомиссия № 1 по ЭВН состоит из председателя, заместителя председателя, секретаря и членов. Персональный и количественный состав врачебной подкомиссии № 1 по ЭВН утверждается приказом по ГБУЗ ПОКБ Н.Н. Бурденко. Председателем подкомиссии № 1 по ЭВН является заведующий терапевтическим отделением поликлиники ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, при его отсутствии функцию исполняет заместитель председателя. Членами могут быть назначены врачи, заведующие отделениями ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко. Секретарем врачебной подкомиссии является медицинская сестра ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.

7.2.2 Заседания подкомиссии № 1 по ЭВН проводятся на основании планов-графиков, утверждаемых главным врачом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, но не реже 1 раза в неделю. На заседании происходит обсуждение случая представленного на подкомиссию всеми его членами. В целях объективного освещения ситуации на заседании подкомиссии № 1 по ЭВН и принятия обоснованного решения, каждый выступающий обязан излагать свою позицию в корректной форме и в обоснование своего мнения ссылаться на конкретные факты и нормативные правовые документы.

7.2.3 Решение подкомиссии считается принятым, если его поддержало большинство членов подкомиссии, присутствующих на данном заседании.

7.2.4 Заключение и решение подкомиссии № 1 по ЭВН оформляется в Журнале учёта клинико-экспертной работы ЛПУ (форма № 035/у-02) и вносятся в первичные медицинские документы в историю болезни (форма № 003/у) и медицинскую карту амбулаторного больного (форма № 025/у-04). Копия заключения, заверенная печатью лечебно-профилактического учреждения, выдается по требованию пациента, либо в другие инстанции в установленном законом порядке.

7.2.5 Функции председателя подкомиссии № 1 по ЭВН:

- назначает дату и время проведения подкомиссии;
- определяет (при необходимости) лиц, приглашенных на заседание подкомиссии № 1 по ЭВН;
- руководит ходом заседания; подписывает заключение заседания подкомиссии № 1 по ЭВН;

7.2.6 Функции членов подкомиссии № 1 по ЭВН:

- по поручению председателя подкомиссии № 1 по ЭВН готовят к заседанию необходимую информацию по вопросам повестки дня;
- участвуют в обсуждениях вопросов повестки дня, высказывают свои предложения и замечания;
- подписывают заключение заседания подкомиссии № 1 по ЭВН.

7.2.7 Функции секретаря подкомиссии № 1 по ЭВН:

- сообщает членам подкомиссии № 1 по ЭВН, приглашенным участникам повестку дня очередного заседания подкомиссии № 1 по ЭВН, место и время проведения заседания подкомиссии № 1 по ЭВН, передает им поручения председателя подкомиссии № 1 по ЭВН и необходимую медицинскую документацию по случаям, подлежащим обсуждению на ВК, контролирует выполнение этих поручений;

– оформляет Журнал учёта клинико-экспертной работы ЛПУ (форма № 035/у-02), подписывает заключения у членов подкомиссии.

7. Права врачебной подкомиссии № 1 по ЭВН

7.3.1. **Направлять пациента на медико-социальную экспертизу в соответствии с законодательством Российской Федерации;**

7.3.2. Вносить предложения по улучшению организации деятельности Учреждения, направленные на повышение качества оказания медицинской помощи.

7.3.3. Представлять по результатам экспертизы главному врачу ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко заключения о наложении дисциплинарных взысканий на врачей-специалистов.

7.3.4. Проводить выборочный контроль выполнения лечащими врачами требований и правил, установленных нормативными документами по экспертизе нетрудоспособности.

7.4 Ответственность подкомиссии № 1 по ЭВН

7.4.1 Подкомиссия № 1 по ЭВН несет ответственность за достоверность, обоснованность и объективность результатов проводимой экспертизы в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.

7.5 График работы подкомиссии № 1 по экспертизе временной нетрудоспособности врачебной комиссии ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко

Таблица 1

График работы подкомиссии № 1 ВК

День недели	Время работы	Структурные подразделения
Понедельник	08-30 - 11-30	отделения стационара
	12-00 - 15-00	поликлиника
Вторник	12-00 - 15-00	поликлиника
Среда	12-00 - 15-00	поликлиника
Четверг	08-30 - 11-30	отделения стационара
	12-00 - 15-00	поликлиника
Пятница	08-30 - 11-30	отделения стационара
	12-00 - 15-00	поликлиника

**VIII Подкомиссия № 2 врачебной комиссии ГБУЗ ПОКБ
им. Н.Н. Бурденко**

8.1 Функции ЛКК

8.1.1 В компетенцию ЛКК входит изучение всех случаев ятрогенных осложнений, внутрибольничного инфицирования, расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов 3 категории, случаев летальных исходов, когда по итогам голосования комиссии по изучению летальных исходов коэффициент качества медицинской помощи определен ниже 0,7. На рассмотрение ЛКК могут быть переданы случаи систематически повторяющихся врачебных ошибок, а также случаи, когда при проведении лечебно–диагностических мероприятий были допущены нарушения, которые привели к несвоевременной постановке правильного диагноза и оказали негативное влияние на адекватность назначенного лечения и (или) исход заболевания. При этом ЛКК:

- осуществляет контроль за работой комиссии по изучению летальных исходов;
- осуществляет внутренний контроль качества медицинской помощи третьего этапа;
- проводит анализ качества лечебно–диагностического процесса в учреждении (в целях определения соответствия оказанной медицинской помощи утвержденным федеральным стандартам, порядкам оказания помощи и планам ведения по данной нозологии);
- проводит анализ качества оформления медицинской документации;
- проводит анализ причин выявленных врачебных ошибок, недостатков организации лечебно–диагностического процесса и оформления первичной медицинской документации, разрабатывает рекомендации по их устранению.

8.2 Состав и организация работы ЛКК

8.2.1 ЛКК состоит из председателя, заместителя председателя, членов и секретаря. Персональный и количественный состав ЛКК утверждается приказом по ГБУЗ ПОКБ Н.Н. Бурденко. Председателем ЛКК является заместитель главного врача по медицинской части ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, при его отсутствии функцию исполняет заместитель председателя. Секретарем ЛКК является один из членов ЛКК.

8.2.2 Работа ЛКК осуществляется по годовому плану, который включается в комплексный план работы учреждения. ЛКК проводит заседания по мере необходимости, но не реже одного раза в месяц.

8.2.3 В ходе заседания ЛКК лечащий врач в краткой, но информативной форме докладывает историю заболевания, излагая её в хронологической последовательности с момента поступления пациента под наблюдение учреждения и до момента его выписки (смерти), и отмечая проблемы, возникшие при оказании медицинской помощи. Рецензент проводит анализ качества медицинской помощи, оказанной больному на всех этапах лечения, а также качества оформления первичной медицинской документации. Сообщает о выявленных недостатках, в том числе о несоответствии проведенных лечебно-диагностических мероприятий утвержденным федеральным стандартам, порядкам оказания помощи и планам ведения по данной нозологии (замечания и рекомендации рецензент обязан изложить в письменной форме).

Затем проводится обсуждение проблемы членами ЛКК и осуществление внутреннего контроля качества медицинской помощи 3 этапа.

В целях объективного освещения ситуации на заседании ЛКК и принятия обоснованного решения, каждый выступающий обязан излагать свою позицию в корректной форме и в обоснование своего мнения ссылаться на конкретные факты, литературные источники и нормативные правовые документы.

8.2.4 ЛКК правомочна приступить к обсуждению вопросов повестки дня, если на заседании присутствует не менее 3/4 от общего состава ЛКК. Предложение, поставленное на голосование считается принятым, если за него проголосовало более 1/2 от общего состава ЛКК.

8.2.5 При выставлении экспертных оценок члены ЛКК голосуют отдельно по каждому критерию качества, затем определяют итоговую оценку – коэффициент качества медицинской помощи. Результаты голосования отражают в протоколе заседания ЛКК и в Карте экспертной оценки внутреннего контроля качества медицинской помощи, оказанной больному в стационаре ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, либо в Карте экспертной оценки внутреннего контроля качества медицинской помощи, оказанной больному в поликлинике ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.

8.2.6 Решения ЛКК по вопросам применения дисциплинарного взыскания к работникам учреждения излагаются в форме рекомендаций главному врачу ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко. В остальных случаях решения ЛКК являются обязательными для исполнения работниками учреждения.

8.2.7 Функции председателя ЛКК:

- утверждает план работы ЛКК на год;
- назначает дату и время проведения заседания ЛКК;
- определяет повестку дня заседания ЛКК;
- определяет лиц, приглашенных на заседание ЛКК, в том числе внешних консультантов;
 - не менее чем за 14 дней до даты заседания ЛКК назначает рецензентов – высококвалифицированных специалистов, ответственных за подготовку материалов для заслушивания на заседании ЛКК;
 - руководит ходом заседания ЛКК (объявляет повестку дня; участвует в обсуждении вопросов повестки дня; подводит итоги обсуждения, формулирует и обобщает выводы; выносит на голосование предложения членов ЛКК; объявляет решение, принятое по итогам голосования);
 - подписывает протокол заседания ЛКК.

8.2.8 Заместитель председателя ЛКК:

- не позднее 15 декабря текущего года готовит проект плана работы ЛКК на год и представляет его на утверждение председателю ЛКК;
- не менее чем за 7 дней до даты заседания ЛКК получает рецензии, первичную медицинскую документацию и иные материалы, анализирует полученную информацию, готовит проект решения ЛКК и не менее чем за 3 дня до заседания представляет документы председателю ЛКК;
- по поручению председателя ЛКК доводит до сведения работников ГБУЗ ПОКБ Н.Н. Бурденко (в части их касающейся) решения, принятые ЛКК, контролирует выполнение этих решений;
- один раз в квартал выносит результаты работы ЛКК на медицинский совет ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, в том числе о выявленных недостатках и мерах, принятых для их устранения;
- в отсутствие председателя ЛКК выполняет его функции.

8.2.9 Функции членов ЛКК:

- по поручению председателя ЛКК готовят к заседанию ЛКК необходимую информацию по вопросам повестки дня;
- участвуют в обсуждении вопросов повестки дня, высказывают свои предложения и замечания по качеству оказанной медицинской помощи и качеству оформления первичной медицинской документации;
- участвуют в проведении 3 этапа экспертной оценки качества медицинской помощи, оказанной больному в учреждении;
- участвуют в голосовании при принятии решений по вопросам повестки дня заседания ЛКК.

8.2.10 Функции секретаря ЛКК:

- сообщает членам ЛКК, приглашенным участникам и рецензентам повестку дня очередного заседания ЛКК, место и время проведения заседания ЛКК, передает им поручения председателя ЛКК и необходимую медицинскую документацию по случаям, подлежащим обсуждению на заседании ЛКК, контролирует выполнение этих поручений;

- ведёт журнал учёта протоколов заседания ЛКК. Протокол заседания подписывает у председателя и членов Комиссии, принимавших участие в заседании, указывает также:

- дату проведения заседания ЛКК;

- ф.и.о. лиц, присутствующих на заседании ЛКК;

- вопросы, включенные в повестку дня заседания ЛКК;

- мнения, высказанные при обсуждении вопросов повестки дня (с указанием ф.и.о. выступающего);

- предложения, поставленные на голосование;

- результаты голосования;

- принятые решения;

- особое мнение члена ЛКК, который не согласился с выводами или решением, принятым большинством голосов, и аргументировал перед членами ЛКК свою позицию.

- хранит планы работы ЛКК, протоколы заседаний ЛКК, рецензии, доклады и иные материалы, которые были использованы при обсуждении вопросов повестки дня заседания ЛКК, а также документы, свидетельствующие о выполнении решений ЛКК;

- вносит в Карту оценки внутреннего контроля качества медицинской помощи результаты экспертной оценки (по каждому критерию качества), полученные по итогам голосования при проведении членами ЛКК внутреннего контроля качества медицинской помощи третьего этапа.

8.2.11 Решение ЛКК должно содержать краткое описание обсуждаемого случая, выявленных врачебных ошибок, дефектов в проведении лечебно-диагностического мероприятий и т.п., решения и рекомендации ЛКК.

8.3 Права ЛКК

8.3.1 Вносить предложения по улучшению организации деятельности лечебно-профилактического учреждения, направленные на повышение качества оказания медицинской помощи.

8.3.2 Представлять по результатам экспертизы главному врачу ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко предложения о наложении дисциплинарных взысканий на работников и сотрудников, рекомендации по направлению медицинских работников на аттестационную комиссию с целью переекспертизы.

8.3.3 Проводить выборочный контроль выполнения медицинскими работниками требований и правил, установленных нормативными документами по экспертизе качества лечебно-диагностического процесса и ведения медицинской документации.

8.4 Ответственность ЛКК

8.4.1 ЛКК несет ответственность за достоверность, обоснованность и объективность результатов проводимой экспертизы в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.

8.5 Требования к ведению журнала учёта протоколов заседания подкомиссии № 2 (ЛКК) врачебной комиссии ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко

8.5.1 Протокол заседания ЛКК оформляется в журнале учёта протоколов заседания и включает в себя:

- дату проведения заседания ЛКК;
- ф.и.о. лиц, присутствующих на заседании ЛКК;
- вопросы, включенные в повестку дня заседания ЛКК;
- мнения, высказанные при обсуждении вопросов повестки дня (с указанием ф.и.о. выступающего);
- предложения, поставленные на голосование;
- результаты голосования;
- принятые решения;
- особое мнение члена ЛКК, который не согласился с выводами или решением, принятым большинством голосов, и аргументировал перед членами ЛКК свою позицию.

IX Подкомиссия № 3 врачебной комиссии ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко по изучению летальных исходов

9.1 Функции КИЛИ

9.1.1 В компетенцию КИЛИ входит изучение каждого случая смерти больного в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.

При этом КИЛИ:

9.1.2 осуществляет контроль за соблюдением порядка направления трупов больных, умерших в стационаре ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, на патологоанатомическое вскрытие или судебно-медицинское исследование, порядка выдачи трупов без патологоанатомического вскрытия;

9.1.3 проводит анализ качества лечебно-диагностического процесса в целях определения соответствия оказанной медицинской помощи утвержденным федеральным стандартам, порядкам оказания помощи и планам ведения по данной нозологии;

9.1.4 проводит сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов, в том числе определение категории расхождения диагнозов и установление причин расхождения диагнозов;

9.1.5 изучает проблемы своевременности установления диагнозов и адекватности лечения на всех этапах заболевания, а также качества ведения медицинской документации;

9.1.6 выявляет возможные ошибки или дефекты организации лечебно-диагностического процесса, допущенные на всех этапах наблюдения умершего и разрабатывает рекомендации по их устранению;

9.1.7 принимает участие в планировании мероприятий по повышению квалификации медицинского персонала.

9.2 Состав и организация работы КИЛИ

9.2.1 КИЛИ состоит из председателя, заместителя председателя, членов и секретаря. Персональный и количественный состав КИЛИ утверждается приказом по ГБУЗ ПОКБ Н.Н. Бурденко. Председателем КИЛИ является заместитель главного врача по медицинской части ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, при его отсутствии функции исполняет заместитель председателя. Секретарем КИЛИ является один из членов КИЛИ.

9.2.2 Заседания КИЛИ проводятся по мере необходимости для разбора каждого случая смерти больного в стационаре ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.

9.2.3 В ходе заседания КИЛИ лечащий врач докладывает историю заболевания в хронологической последовательности с момента поступления больного под наблюдение в учреждение и до момента его смерти: жалобы больного и анамнез заболевания; состояние больного на момент поступления в учреждение; назначенные лечебно-диагностические мероприятия и консультации специалистов; диагноз при поступлении и клинический диагноз; описывает динамику состояния больного, акцентируя внимание на моменте ухудшения состояния и проведенных в связи с этим лечебно-диагностических мероприятиях; сообщает заключительный клинический диагноз и его совпадение или расхождение с патологоанатомическим диагнозом.

9.2.4 Рецензент проводит анализ качества медицинской помощи, оказанной умершему больному на всех этапах лечения, а также качества оформления первичной медицинской документации. Сообщает о выявленных недостатках, в том числе о несоответствии оказанной медицинской помощи утвержденным федеральным стандартам, порядкам оказания помощи и планам ведения по данной нозологии (замечания и рекомендации рецензент обязан изложить в письменной форме), высказывает мнение о категории расхождения заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов.

9.2.5 Затем проводится обсуждение случая летального исхода членами КИЛИ и осуществление внутреннего контроля качества медицинской помощи третьего этапа.

9.2.6 В целях объективного освещения ситуации на заседании КИЛИ и принятия обоснованного решения, каждый выступающий обязан излагать свою позицию в корректной форме и в обоснование своего мнения ссылаться на конкретные факты и нормативные правовые документы.

9.2.7 КИЛИ правомочна приступить к обсуждению вопросов повестки дня, если на заседании присутствует не менее $\frac{3}{4}$ от общего состава КИЛИ. Предложение, поставленное на голосование, считается принятым, если за него проголосовало более $\frac{1}{2}$ от общего состава КИЛИ.

9.2.8 При выставлении экспертных оценок члены КИЛИ голосуют отдельно по каждому критерию качества, затем определяют итоговую оценку – коэффициент качества медицинской помощи. Результаты голосования отражают в протоколе заседания КИЛИ и в Карте экспертной оценки внутреннего контроля качества медицинской помощи, оказанной

больному в стационаре ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, либо в Карте экспертной оценке внутреннего контроля качества медицинской помощи, оказанной больному в поликлинике ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.

9.2.9 Если по итогам голосования коэффициент качества медицинской помощи определен ниже 0,7 либо установлена 3 категория расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов, либо выявлены грубые ошибки в тактике ведения больного, случай летального исхода должен быть передан на рассмотрение ЛКК ГБУЗ ПОКБ Н.Н. Бурденко.

9.2.10 Функции председателя КИЛИ:

- назначает время проведения заседания КИЛИ (не позднее 10 дней после получения медицинского заключения из патологоанатомического отделения ЛПУ города или из бюро судебно–медицинской экспертизы);
- назначает рецензента и передает ему на ознакомление медицинские документы (не позднее 5 дней до даты заседания КИЛИ);
- определяет лиц, приглашенных на заседание КИЛИ;
- руководит ходом заседания КИЛИ (объявляет повестку дня; участвует в обсуждении вопросов повестки дня; подводит итоги обсуждения, формулирует и обобщает выводы; выносит на голосование предложения членов КИЛИ; объявляет решение, принятое по итогам голосования; подписывает протокол заседания КИЛИ);
- один раз в квартал на медицинском совете сообщает о результатах работы КИЛИ, в том числе о выявленных недостатках и мерах, принятых для их устранения.

9.2.11 Функции членов КИЛИ:

- по поручению председателя КИЛИ готовят к заседанию КИЛИ необходимую информацию по вопросам повестки дня;
- участвуют в обсуждении вопросов повестки дня, высказывают свои предложения и замечания по качеству оказанной медицинской помощи и качеству оформления первичной медицинской документации;
- участвуют в проведении 3 этапа внутреннего контроля качества медицинской помощи, оказанной умершему больному в стационаре ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.

– участвуют в голосовании при принятии решений по вопросам повестки дня заседания КИЛИ.

9.2.12 Функции секретаря КИЛИ:

- сообщает членам КИЛИ и приглашенным участникам повестку дня, место и время проведения заседания КИЛИ, а также передает им поручения председателя КИЛИ и контролирует выполнение этих поручений;

– ведёт журнал учёта протоколов заседания КИЛИ. Протокол заседания подписывает у председателя и членов Комиссии, принимавших участие в заседании, указывает также:

дату проведения заседания КИЛИ;
ф.и.о. лиц, присутствующих на заседании КИЛИ;
вопросы, включенные в повестку дня заседания КИЛИ;
мнения, высказанные при обсуждении вопросов повестки дня (с указанием ф.и.о. выступающего);
предложения, поставленные на голосование;
результаты голосования;
принятые решения;
особое мнение члена КИЛИ, который не согласился с выводами или решением, принятым большинством голосов, и аргументировал перед членами КИЛИ свою позицию;

– хранит протоколы заседаний КИЛИ, рецензии, доклады и иные материалы, которые были использованы при обсуждении вопросов повестки дня заседания КИЛИ, а также документы, свидетельствующие о выполнении решений КИЛИ;

– вносит в Карту оценки внутреннего контроля качества медицинской помощи результаты экспертной оценки (по каждому критерию качества), полученные по итогам голосования при проведении членами КИЛИ внутреннего контроля качества медицинской помощи 3 этапа.

В случаях, предусмотренных пунктом 9.2.9 настоящего Положения, секретарь, не заполняя Карту, передает её вместе с копией протокола заседания КИЛИ и иными медицинскими документами, председателю Лечебно–контрольной подкомиссии.

9.2.13 Решение КИЛИ должно содержать краткое описание обсуждаемого случая, выявленных врачебных ошибок, дефектов в проведении лечебно–диагностического мероприятий и т.п., решения и рекомендации КИЛИ.

9.3. Права КИЛИ

9.3.1. Вносить предложения по улучшению организации деятельности лечебно-профилактического учреждения, направленные на повышение качества оказания медицинской помощи.

9.3.2. Представлять на ЛКК случаи летальных исходов с коэффициентом качества медицинской помощи ниже 0,7 либо при установлении

3 категории расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов, либо при выявлении грубых ошибок в тактике ведения больного.

9.4. Ответственность КИЛИ

9.4.1. КИЛИ несет ответственность за достоверность, обоснованность и объективность результатов проводимой экспертизы в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.

9.5. Требования к ведению журнала учёта протоколов заседания подкомиссии № 3 врачебной комиссии ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко по изучению летальных исходов

9.5.1. Протокол заседания КИЛИ оформляется в журнале учёта протоколов заседания КИЛИ и включает в себя:

- дату проведения заседания КИЛИ;
- ф.и.о. лиц, присутствующих на заседании КИЛИ;
- вопросы, включенные в повестку дня заседания КИЛИ;
- мнения, высказанные при обсуждении вопросов повестки дня (с указанием ф.и.о. выступающего);
- предложения, поставленные на голосование;
- результаты голосования;
- принятые решения;
- особое мнение члена КИЛИ, который не согласился с выводами или решением, принятым большинством голосов, и аргументировал перед членами КИЛИ свою позицию.

Нормативные ссылки

1. Федеральный закон от 17.07.1999 № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи»;
2. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
3. Закон Российской Федерации «О защите прав потребителей»;
4. Приказ Министерства здравоохранения и Фонда социального страхования РФ от 06.10.1998 № 291/167 «Об утверждении Инструкции о порядке осуществления контроля за организацией экспертизы временной нетрудоспособности»;
5. Приказ Министерства здравоохранения РФ и Фонда социального страхования РФ от 29.01.04 г. № 18/29 «Об утверждении Инструкции

о порядке обеспечения бланками листов нетрудоспособности, их учета и хранения»;

6. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.05.02 г. № 154 «О введении формы учета клинико-экспертной работы в лечебно-профилактическом учреждении»;

7. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 18.09.06 г. № 665 «Об утверждении Перечня лекарственных средств, отпускаемых по рецептам врача (фельдшера) при оказании дополнительной бесплатной медицинской помощи отдельным категориям граждан, имеющим право на получение государственной социальной помощи»;

8. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 12.02.07 г. № 110 «О порядке назначения и выписывания лекарственных средств, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания»;

9. Приказ Минздравсоцразвития России от 29.06.2011 г. № 624н «Об утверждении порядка выдачи листов нетрудоспособности»;

10. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 05.05.2012 г. № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации»;

11. Приказ МЗ РФ от 01.08.2007 № 514 «О порядке выдачи медицинскими организациями листов нетрудоспособности»;

12. Приказ Министерства здравоохранения СССР от 04 октября 1980 г. № 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения»;

13. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 декабря 2002 № 413 «Об утверждении учетной и отчетной медицинской документации»;

14. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 ноября 2003 г. № 545 «Об утверждении инструкций по заполнению учетной медицинской документации»;

15. Приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации от 29 апреля 1994 г. № 82 «О порядке проведения патологоанатомических вскрытий»;

16. Методические рекомендации № 2002/140 «Учет, оценка и анализ клинико-экспертной деятельности ЛПУ», утвержденные Минздравом РФ от 20.12.02 г. № 2510/224-03-34;

17. Типовая инструкция к заполнению форм первичной медицинской документации лечебно-профилактических учреждений, утверж-

денная Министерством здравоохранения СССР 20 июня 1983 № 27–14/70–83;

18. Положение о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», утвержденное приказом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко № 114 от 23.09.2015;

19. Правила оформления медицинской документации в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», хранения и использования информации, составляющей врачебную тайну, утвержденные приказом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко № 120 от 23.09.2015.



**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
(ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко)**

П Р И К А З

23.09.2015

№ 117

г. Пенза

**Об утверждении Положения о Медицинском совете ГБУЗ
«Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» и
персонального состава Медицинского совета**

1. В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», постановлением Правительства Российской Федерации от 05.11.1997 № 1387 «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации», методическими рекомендациями № 2002/140 «Учет оценка и анализ клинико-экспертной деятельности ЛПУ», утвержденными Минздравом РФ от 20.12.2002 № 2510/224-03-34 в целях совершенствования системы учета и анализа данных по результатам деятельности ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» и принятия своевременных и обоснованных решений по итогам анализа, **п р и к а з ы в а ю:**

2. Утвердить «Положение о Медицинском Совете ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» (Приложение к настоящему приказу).

3. Утвердить следующий состав Медицинского совета ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»:

Председатель:

Евстигнеев

- главный врач ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

Сергей Валентинович

Сопредседатели:

Фролова

- заместитель главного врача по медицинской части ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

Ирина Владимировна

Нестеров

- заместитель главного врача по хирургической помощи ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

Андрей Владимирович

Заместители

председателя: Дылдин Алексей Валерьевич	- заведующий организационно-методическим отделом ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
Краснов Михаил Викторович	- заведующий региональным сосудистым центром ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
Секретарь: Моисеева Любовь Николаевна	- заведующая отделением контроля качества и безопасности медицинской деятельности организационно-методического отдела ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
Члены совета: Горина Ольга Сергеевна	- заведующая поликлиникой ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
Разина Наталья Юрьевна	- заместитель главного врача по экономическим вопросам ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
Рыжонина Татьяна Владимировна	- главная медицинская сестра ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
Шимохин Владислав Геннадьевич	- заведующая отделением платных услуг ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
Новиков Василий Дмитриевич	- директор ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
Разина Надежда Викторовна	- начальник отдела кадров/ отдела документационного обеспечения ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
Флеонова Наталья Владимировна	- начальник юридического отдела ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
Палисенко Людмила Владимировна	- заведующая аптекой ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
Прогрессов Андрей Юрьевич	- заведующий отделением анестезиологии-реанимации ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
Кулюцин Алексей Валерьевич	- заведующий кардиологическим отделением с палатой реанимации и интенсивной терапии ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
Михайлов Денис Валерьевич	- заведующий отделением сосудистой хирургии ГБУЗ «Пензенская областная клиническая

Миронова Елена Николаевна	больница им. Н.Н. Бурденко» - заведующий эпидемиологическим отделом ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
Сараскин Валерий Михайлович	- начальник отдела АСУ ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
Токарева Елена Владимировна	- заведующая клинко – диагностической лабораторией ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
Туишева Дина Мунировна	- врач - диетолог ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

4. Заместителя главного врача по медицинской части Фролову И.В. назначить ответственной за актуализацию настоящего приказа

5. Начальнику отдела документационного обеспечения Разиной Н.В. ознакомить с настоящим приказом всех заинтересованных лиц.

6. Признать утратившим силу приказ главного врача ГБУЗ ПОКБ им Н.Н. Бурденко от 25.12.2013 г. № 160 «Об организации системы контроля качества медицинской помощи в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» в части п.п. 13-24.

7. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Главный врач



С.В. Евстигнеев

Начальник юридического отдела

Н.В. Флесонова «22» 09 2015

Начальник

отдела документационного обеспечения

Н.В. Разина «21» 09 2015

ПОЛОЖЕНИЕ
о Медицинском совете
ГБУЗ «Пензенская областная клиническая
больница им. Н.Н. Бурденко»

Назначение и область применения

Настоящее «Положение о Медицинском совете ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» (далее – Положение) разработано с целью обеспечения качества медицинской помощи и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко и определяет требования к порядку создания и формированию состава Медицинского совета, права, обязанности и функции Медицинского совета и его членов, порядок функционирования Медицинского совета и документирования решений, принимаемых Медицинским советом.

Ответственность

Ответственным за организацию разработки и актуализации настоящего Положения является заведующий организационно-методическим отделом.

Ответственными за исполнение требований данного Положения являются все работники ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, участвующие в деятельности Медицинского совета, включая представление необходимых данных, выполнение и осуществление контроля выполнения решений Медицинского совета.

Изменения

Внесение изменений/дополнений в настоящее Положение осуществляется путем его переиздания на основании приказа главного врача с обязательным ознакомлением всех работников ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.

Определения и сокращения

Определения

Врачебная комиссия – особый орган, функционирующий на постоянной регулярной основе в целях совершенствования организации оказания медицинской помощи гражданам, принятия решений в наиболее сложных и конфликтных случаях по вопросам профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации.

Корректирующее действие – действие, предпринятое для устранения причины выявленного несоответствия.

Медицинский совет ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» – постоянно действующий коллегиальный со-

вещательный орган, созданный в целях координации работ по обеспечению надлежащего качества медицинской помощи и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ ПОКБ им Н.Н. Бурденко.

Предупреждающее действие – действие, предпринятое для устранения причин потенциального несоответствия или другой нежелательной ситуации.

Система менеджмента качества – совокупность взаимосвязанных или взаимодействующих элементов для установления политики и целей в области качества и достижения этих целей, а также руководства и управления организацией применительно к качеству.

Сокращения

ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко – ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко».

ОДО – отдел документационного обеспечения.

ОМО – организационно-методический отдел.

СМК – система менеджмента качества.

СП – структурные подразделения.

I Общие положения

1.1 Медицинский совет ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» (далее – Медицинский совет) осуществляет общую координацию деятельности ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко по вопросам разработки эффективной политики управления качеством медицинской помощи и безопасностью медицинской деятельности, а также по вопросам функционирования и постоянного совершенствования системы менеджмента качества медицинской помощи и безопасности медицинской деятельности (СМК) в соответствии с требованиями ISO 9001:2008, за счет использования всех доступных кадровых, материально-технических и организационных ресурсов ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.

1.2 Координация деятельности по обеспечению качества медицинской помощи и безопасности медицинской деятельности достигается за счет:

- контроля и анализа исполнения Политики в области качества, постановки и контроля выполнения Целей в области качества;
- оценки необходимости и анализа эффективности стандартизации процессов системы менеджмента качества;

- оценка результативности функционирования процессов системы менеджмента качества;
- использования и постоянного совершенствования системы показателей, характеризующих качество и эффективность медицинской помощи, оказываемой в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н.Бурденко;
- контроля и анализа качества разработки локальных нормативных актов по проблемам, влияющим на качество и безопасность медицинской деятельности, должностных инструкций, положений о подразделениях и другой внутренней документации ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н.Бурденко;
- контроля за рациональным использованием материально-технических ресурсов, выявления потребности в ресурсах, необходимых для обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности;
- оценки состояния и степени использования кадрового потенциала;
- использования и постоянного совершенствования системы оплаты труда, основанной на индикативных показателях;
- контроля и анализа результатов внутренних аудитов системы менеджмента качества;
- контроля и анализа результатов внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, включая контроль качества оказания медицинской помощи конкретному пациенту и оценку удовлетворенности пациентов качеством оказанных медицинских услуг в соответствии с «Положением о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»;
- анализа выявленных дефектов, ошибок и других факторов, оказавших негативное действие и повлекших за собой снижение качества и безопасности медицинской деятельности, эффективности медицинской помощи, оказываемой в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н.Бурденко;
- подготовки для персонала рекомендаций, направленных на предупреждение врачебных ошибок и дефектов в работе и способствующих повышению качества и безопасности медицинской деятельности;
- выбора наиболее рациональных управленческих решений и проведение оперативных корректирующих и предупреждающих воздействий в соответствии с п.п.7.1-7.2 «Положения о системе менеджмента качества ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»;

- контроля реализации управленческих решений, принимаемых Медицинским советом и другими органами управления ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н.Бурденко.

1.3 Создание, реорганизация, ликвидация, назначение и изменение состава Медицинского совета производится приказом главного врача ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н.Бурденко.

1.4 Медицинский совет в своей деятельности руководствуется нормативными правовыми актами Российской Федерации, Министерства здравоохранения Российской Федерации, Правительства Пензенской области, Министерства здравоохранения Пензенской области, другими нормативными правовыми актами, регулирующими деятельность медицинских организаций, государственной и международной нормативной документацией в области систем менеджмента качества оказываемых медицинских услуг, а также настоящим Положением и иными локальными нормативными правовыми актами ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н.Бурденко.

II Компетенция Медицинского совета

В компетенцию Медицинского совета входит:

2.1 принятие и контроль выполнения Целей в области качества ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко;

2.2 принятие и контроль исполнения целевых показателей ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, в том числе финансовых, в целом и в разрезе подразделений;

2.3 принятие и контроль выполнения плана работы ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко на год в разрезе подразделений;

2.4 принятие и контроль (в целом) плана мероприятий по осуществлению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, контроль результатов проведения внутреннего контроля качества;

2.5 анализ результатов анкетирования пациентов в соответствии с «Положением о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»;

2.6 контроль проведения внутренних аудитов СМК в соответствии с «Положение об организации и проведении внутреннего аудита системы менеджмента качества»;

2.7 распределение стимулирующих выплат в соответствии с критериями и показателями оценки деятельности работника в отчетном периоде;

2.8 контроль исполнения порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации;

2.9 принятие решений о разработке, пересмотре и отмене локальных нормативных актов и другой внутренней документации ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, контроль сроков и качества подготовки документов;

2.10 принятие решений о пересмотре структуры управления ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, перераспределении функциональных обязанностей и ответственности персонала и подразделений ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко в связи с произошедшими внешними и внутренними изменениями и с учетом объективной потребности в этом;

2.11 формирование и пересмотр процессной модели СМК, принятие решений о постановке и пересмотре показателей процессов СМК и критериев результативности процессов СМК;

2.12 анализ выполнения показателей процессов СМК;

2.13 анализ информации, полученной при проведении административных обходов в подразделениях;

2.14 принятие и контроль исполнения планов учебы персонала ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко;

2.15 рассмотрение документов врачей, подавших заявления в аттестационную комиссию;

2.16 принятие и контроль исполнения планов научно-практических конференций;

2.17 принятие и контроль исполнения заявки на лекарственные средства, расходные медицинские материалы;

2.18 принятие и контроль исполнения плана проведения ремонтных работ подразделений ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко;

2.19 принятие и контроль исполнения плана приобретения медицинского и прочего оборудования;

2.20 заслушивание отчета об обращениях граждан;

2.21 заслушивание отчетов о работе Врачебной комиссии (в соответствии с «Положением о врачебной комиссии ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»), Совета по лечебному питанию, Регионального сосудистого центра, отчетов руководителей других подразделений ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко об их деятельности, включая сведения об отклонениях в реализации вопросов, входящих в их сферу ответственности по подчиненности, анализ их работы и выработка рекомендаций и решений по результатам анализа;

2.22 разработка рациональных форм преемственности между ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко и другими медицинскими организациями Пензенской области, между поликлиникой и стационаром ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, а также эффективных форм взаимодействия структурных подразделений ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко с клиническими кафедрами Пензенского института усовершенствования врачей и Медицинского института Пензенского государственного университета (институт кураторства);

2.23 проведение годового анализа функционирования системы менеджмента качества (включая анализ пригодности Политики в области качества) и принятие решений по результатам анализа, оформленных протоколом совещания Медицинского совета, в соответствии с п. 8 «Положения о системе менеджмента качества ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко».

III Состав и организация работы Медицинского совета

3.1 В состав Медицинского Совета входят:

3.1.1 председатель: главный врач;

3.1.2 сопредседатели:

- заместитель главного врача по медицинской части;

- заместитель главного врача по хирургической помощи;

3.1.3 заместители председателя:

- заведующий организационно-методическим отделом;

- заведующий региональным сосудистым центром;

3.1.4 секретарь: заведующий отделением контроля качества, безопасности медицинской деятельности организационно-методического отдела;

3.1.5 члены Медицинского Совета:

- заместитель главного врача по экономическим вопросам;

- заведующий отделением платных услуг;

- заведующий поликлиникой;

- заведующий аптекой;

- заведующий клинико-диагностической лабораторией;

- главная медицинская сестра;

- директор;

- начальник отдела автоматизированной системы управления;

- начальник отдела кадров;

- начальник юридического отдела;

- руководители и специалисты других структурных подразделений (при необходимости).

3.2 Персональный состав Медицинского Совета определяется приказом главного врача ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.

3.3 Ответственность по представлению данных на заседания Медицинского совета распределена следующим образом:

Таблица 1

Ответственность по представлению данных на Медицинский совет

№	Должность	Данные/Документ	Периодичность
1	Заместитель главного врача по медицинской части	Отчет о результатах функционирования СМК за год	Один раз в год на итоговом заседании Медицинского совета
		Результаты административных обходов подчиненных подразделений / протоколы обходов	Ежемесячно
		Выполнение планов научно-практических конференций	Ежемесячно
2	Заместитель главного врача по хирургической помощи	Результаты административных обходов подчиненных подразделений / протоколы обходов	Ежемесячно
		Выполнение планов научно-практических конференций	Ежемесячно
3	Заместитель главного врача по экономическим вопросам	Данные о выполнении финансовых показателей, в целом и в разрезе подразделений ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко	Ежемесячно
		Информация о финансовых санкциях, примененных к ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко	При наличии за отчетный период
4	Заведующий организационно – методическим отделом	Выполнение плана работы ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко на год в разрезе подразделений	Ежемесячно
		Данные о выполнении целевых показателей ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко в целом и в разрезе подразделений	Ежемесячно
		Выполнение мероприятий по разработке/пересмотру внутренней документации, мероприятий по поддержанию результативного функционирования СМК	При наличии за отчетный период
5	Заведующий отделением контроля качества, безопасности медицинской деятельности ОМО	Данные о выполнении Целей в области качества	Ежеквартально
		Результаты проведения внутреннего контроля качества	Ежемесячно
		Данные о выполнении показателей процессов СМК	Ежеквартально

№	Должность	Данные/Документ	Периодичность
6	Заведующий отделом внутреннего аудита СМК	Данных о проведении внутренних аудитов СМК	Ежемесячно
7	Главная медицинская сестра	Результаты анкетирования пациентов	Ежемесячно
8	Заведующий аптекой	Выполнение планов по расходованию средств на лекарственные средства и изделия медицинского назначения	Ежемесячно
9	Директор	Выполнение плана проведения ремонтных работ	Ежемесячно
		Выполнение плана приобретения медицинского и прочего оборудования	Ежеквартально
10	Начальник ОДО	Данные об обращениях граждан	Ежемесячно
11	Начальник юридического отдела	Информация о претензионной деятельности ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко	При наличии за отчетный период
12	Начальник отдела кадров	Выполнение планов учебы персонала	1 раз в полгода
13	Руководители структурных подразделений	Информация об отклонениях в реализации вопросов, входящих в их сферу ответственности по подчиненности	При наличии за отчетный период

3.4 Работа Медицинского совета осуществляется по годовому плану, который включается в комплексный план работы ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.

3.5 Медицинский совет проводит заседания по мере необходимости, но не реже одного раза в месяц до 10 числа месяца.

3.6 В ходе заседания медицинского совета должностные лица в соответствии с Таблицей 1 и их сферой ответственности за обеспечение качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, определенной ПП и ДИ и другими внутренними документами ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, в краткой, но информативной форме докладывают о результатах работы подразделений ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, выделяя основные проблемы, затем проводится обсуждение проблемы членами Медицинского совета с выработкой предложений и рекомендаций, которые оформляются решениями Протокола заседания Медицинского совета (по форме Приложения № 1 к настоящему Положению) с указанием мероприятий, ответственных лиц и сроков исполнения. По истечении срока выполнения мероприятия ответственное лицо отчитывается о результатах предпринятых действий.

3.7 В целях объективного освещения ситуации на заседании Медицинского совета и принятия обоснованного решения, каждый выступающий обязан излагать свою позицию в корректной форме и в обоснова-

ние своего мнения ссылаться на конкретные факты и нормативные правовые документы.

3.8 Медицинский совет правомочен приступить к обсуждению вопросов повестки дня, если на заседании присутствует не менее 3/4 от общего состава Медицинского совета. Предложение, поставленное на голосование, считается принятым, если за него проголосовало не менее 1/2 от общего состава Медицинского совета.

3.9 В заседаниях Медицинского совета могут принимать участие приглашенные представители подразделений в зависимости от рассматриваемого вопроса по решению председателя, сопредседателей или заместителей председателя Медицинского совета.

3.10 Принятые на заседаниях Медицинского совета решения оформляются Протоколами, утверждаемыми председателем (в его отсутствие – сопредседателями или заместителями председателя). Протоколы с решениями Медицинского совета являются обязательными для исполнения всеми работниками ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко. Протокол заседания Медицинского совета направляется для исполнения руководителям СП ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, и размещается на сетевом общедоступном ресурсе в локальной сети ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко. Протоколы совещания Медицинского совета хранятся у секретаря Медицинского совета в течение 3 лет.

3.11 Функции председателя Медицинского совета:

- утверждает План работы медицинского совета на год;
- назначает дату и время проведения очередного заседания Медицинского совета;
- определяет повестку дня заседания Медицинского совета;
- определяет лиц, приглашенных на заседание Медицинского совета;
- не менее чем за 10 дней до даты заседания Медицинского совета назначает лиц, ответственных за подготовку материалов для заслушивания на заседании Медицинского совета, при необходимости даёт им поручения о проведении проверок работы структурных подразделений ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко;
- руководит ходом заседания Медицинского совета (объявляет повестку дня; участвует в обсуждении вопросов повестки дня; подводит итоги обсуждения, формулирует и обобщает выводы; оглашает проект решения и выносит его на голосование членов Медицинского совета; объявляет решение, принятое по итогам голосования);

- утверждает протокол заседания Медицинского совета (Приложение № 1 к настоящему Положению).

3.12 Функции сопредседателей и заместителей председателя Медицинского совета:

- не позднее 15 декабря готовят проект Плана работы Медицинского совета на следующий год и представляют его на утверждение председателю Медицинского совета;

- не менее чем за 5 дней до даты заседания Медицинского совета получают материалы, подготовленные ответственными лицами, анализируют полученную информацию, готовят проект решения Медицинского совета и не менее чем за 2 дня до заседания представляют документы председателю Медицинского совета;

- по поручению председателя Медицинского совета доводят до сведения работников ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко (в части их касающейся) решения, принятые Медицинским советом, контролируют выполнение этих решений и докладывают об их выполнении на очередном заседании Медицинского совета;

- в отсутствие председателя Медицинского совета один из них выполняет его функции.

3.13 Функции членов медицинского совета:

- по поручению председателя Медицинского совета готовят к заседанию Медицинского совета необходимую информацию по вопросам повестки дня;

- проводят анализ работы структурных подразделений ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко;

- участвуют в обсуждении вопросов повестки дня, высказывают свои замечания и предложения по проекту решения Медицинского совета;

- участвуют в голосовании при принятии решений по вопросам повестки дня заседания Медицинского совета.

3.14 Функции секретаря Медицинского совета:

- сообщает членам Медицинского совета и приглашенным участникам повестку дня, место и время проведения заседания Медицинского совета, а также передает им поручения председателя Медицинского совета и контролирует выполнение этих поручений;

- оформляет и подписывает протокол заседания Медицинского совета, отражая в нем: дату проведения заседания Медицинского совета; ф.и.о. лиц, присутствующих на заседании Медицинского совета; вопросы, включенные в повестку дня заседания Медицинского совета; мне-

ния, высказанные при обсуждении вопросов повестки дня (с указанием ф.и.о. выступающего); предложения, поставленные на голосование; результаты голосования; принятые решения.

- хранит Планы работы Медицинского совета, протоколы заседаний Медицинского совета, решения Медицинского совета, материалы (отчеты, справки и т.п.), которые были использованы при обсуждении вопросов повестки дня заседания Медицинского совета, и документы, свидетельствующие о выполнении решений Медицинского совета;

- не позднее 2 дней после проведения заседания доводит до сведения заинтересованных лиц информацию о решениях, принятых на заседании Медицинского совета.

IV Права Медицинского совета

Для решения возложенных на него задач Медицинский совет имеет право:

- 4.1 принимать решения по улучшению организации деятельности ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, направленные на повышение качества и безопасности медицинской деятельности обязательные для исполнения работниками ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко;

- 4.2 представлять главному врачу заключения о наложении дисциплинарных взысканий на врачей-специалистов ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, в том числе о направлении врача-специалиста на аттестационную комиссию с целью переаттестации, вносить предложения о распределении стимулирующих выплат в соответствии с критериями и показателями оценки деятельности работника в отчетном периоде;

- 4.3 привлекать для работы руководителей и специалистов из любых СП ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко;

- 4.4 получать от всех СП ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко информацию (материалы) по вопросам, входящим в компетенцию Медицинского совета;

- 4.5 Требовать от структурных подразделений своевременной подготовки и предоставления документов, связанных с выполнением принятых решений.

V Взаимодействие Медицинского совета

- 5.1 Медицинский совет взаимодействует со следующими коллегиальными органами и подразделениями ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко:

- Комитетом по этике – по вопросам взаимоотношений в трудовом коллективе, взаимоотношений медицинского персонала и пациентов, повышения эффективности внутренних и внешних коммуникаций;

- Советом по лечебному питанию – по вопросам выявления несоответствий и проведения корректирующих действий и контроля за соблюдения требований нормативных документов в части организации лечебного питания;

- Врачебной комиссией – по вопросам, входящих в компетенцию Врачебной комиссии;

- Советом медицинских сестер ГБУЗ ПОКБ им Н.Н. Бурденко – по вопросам организации работы среднего медицинского персонал и контроля выполнения функциональных обязанностей среднего медицинского персонала;

- Региональным сосудистым центром - по вопросам оказания медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом и острыми нарушениями мозгового кровообращения, контроля реализации мероприятий, направленных на снижение летальности и смертности от болезней системы кровообращения, а также по вопросам стажировки профильных специалистов на базе Регионального сосудистого центра;

- Организационно-методическим отделом по вопросам организационно-методического руководства деятельностью по обеспечению результативного функционирования системы менеджмента качества, проведения внутреннего контроля качества медицинской помощи и безопасности медицинской деятельности, подготовки статистической отчетности;

- со всеми подразделениями ГБУЗ ПОКБ им Н.Н. Бурденко по вопросам представления данных, доведения информации о решениях, принятых Медицинским советом, отчетности о выполнении решений Медицинского совета.

5.2 Медицинский совет определяет и разрабатывает стратегию взаимодействия со следующими сторонними организациями:

- Страховыми медицинскими организациями;

- Территориальным фондом ОМС;

- органами по сертификации систем менеджмента качества по вопросам, связанным с проведение внешних аудитов СМК и оформлением сертификатов соответствия СМК;

- Министерством здравоохранения Пензенской области;

- клиническими кафедрами Пензенского института усовершенствования врачей и Медицинского института Пензенского государственного университета;
- медицинскими организациями Пензенской области.

Нормативные ссылки

1. ISO 9001:2008 «Quality management systems – Requirements/Системы менеджмента качества – Требования;
2. Положение о системе менеджмента качества ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», утвержденное приказом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко № 116 от 23.09.2015 г.;
3. Положение об организации и проведении внутреннего аудита системы менеджмента качества, утвержденное приказом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко № 122 от 23.09.2015 г.;
4. Положение о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», утвержденное приказом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко № 114 от 23.09.2015 г.;
5. Положение о врачебной комиссии ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», утвержденное приказом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко № 118 от 23.09.2015 г.

Приложение № 1

Форма Протокола заседания Медицинского совета

УТВЕРЖДАЮ

Главный врач

ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко

«__» _____ 201__ г.

ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКОГО СОВЕТА

№ _____ от «__» _____ 201__ г.

Председатель:			
Секретарь:			
Участники:			
Повестка дня			
№	Тема для обсуждения	Докладчик	
Постановляющая часть			
№	Решение/мероприятие	Ответственный	Срок

Согласовано:

(подписи участников Медицинского совета)



**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
(ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко)**

П Р И К А З

23.09.2015

№ 120

г. Пенза

**Об утверждении правил оформления медицинской документации
в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н.
Бурденко», хранения и использования информации, составляющей
врачебную тайну**

В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», «Программой работ по созданию и развитию системы стандартизации в здравоохранении», утвержденной Минздравом России, Федеральным фондом обязательного медицинского страхования и Госстандартом России 21 июля 1998 г., приказом Минздрава СССР от 04.10.1980 N 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2000 № 301 «О введении в действие отраслевого стандарта «Принципы и порядок построения классификаторов в здравоохранении. Общие положения», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22.01.2001 № 12 «О введении в действие отраслевого стандарта «Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.01.2001 № 18 «О введении в действие отраслевого стандарта «Порядок контроля за соблюдением требований нормативных документов системы стандартизации в здравоохранении», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.06. 2001 № 181 «О введении в действие отраслевого стандарта «Система стандартизации в здравоохранении. Основные положения», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.11.2003 № 545 «Об утверждении инструкций по заполнению учетной медицинской документации», **п р и к а з ы в а ю:**

1. Утвердить «Правила оформления медицинской документации в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»,

хранения и использования информации, составляющей врачебную тайну» (Приложение к настоящему приказу).

2. Заместителя главного врача по медицинской части Фролову И.В. назначить ответственной за актуализацию настоящего приказа.

3. Начальнику отдела документационного обеспечения Разиной Н.В. ознакомить с настоящим приказом всех заинтересованных лиц.

4. Признать утратившим силу приказ главного врача ГБУЗ ПОКБ им Н.Н. Бурденко от 25.12.2013 г. № 160 «Об организации системы контроля качества медицинской помощи в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» в части п.п. 7, 30.

5. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Главный врач



С.В. Евстигнеев

Начальник юридического отдела

 Н.В. Флеонова «22» 08 2015

Начальник

отдела документационного обеспечения

 Н.В. Разина «22» 09 2015

ПРАВИЛА
оформления медицинской документации в ГБУЗ
«Пензенская областная клиническая больница
им. Н.Н. Бурденко», хранения и использования
информации, составляющей врачебную тайну

Назначение и область применения

Настоящие «Правила оформления медицинской документации в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», хранения и использования информации, составляющей врачебную тайну» (далее – Правила) разработаны с целью соблюдения требований нормативных документов, а также систематизации правил ведения и использования медицинской документации, обеспечения полноты и достоверности информации, необходимой для осуществления контроля качества медицинской помощи, оказываемой в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» (далее – ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко).

Настоящие Правила разработаны в целях обеспечения требований Федерального закона № 323, на основании Федерального закона № 152, приказа Министерства здравоохранения СССР № 1030, «Типовой инструкции к заполнению форм первичной документации лечебно-профилактических учреждений», утверждённой Министерством здравоохранения СССР 20.06.1983 № 27-14/70-83, приказов Министерства здравоохранения Российской Федерации №№ 255, 413, 545 и других нормативных правовых актов Российской Федерации.

Настоящие Правила устанавливают требования к оформлению медицинской документации, хранению и использованию информации, составляющей врачебную тайну, обязательные для исполнения медицинскими работниками ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко и приглашёнными консультантами из других ЛПУ города или медицинских ВУЗов.

Ответственность

Ответственным за организацию разработки и актуализации настоящих Правил является начальник организационно-методического отдела.

Ответственными за исполнение требований данного Положения, включая своевременность и надлежащее оформление медицинской документации, а также требования по хранению и использованию информации, составляющей врачебную тайну, являются все работники ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко (в пределах своей компетенции).

Изменения

Внесение изменений/дополнений в настоящие Правила осуществляется путем их переиздания на основании приказа главного врача ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко с обязательным ознакомлением всех работников.

Определения и сокращения

Определения

Медицинская документация – это документы установленной формы, предназначенные для регистрации результатов лечебных, диагностических, профилактических, реабилитационных, санитарно-гигиенических и других мероприятий.

Сокращения

ВОВ – Великая Отечественная война.

ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко – ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко».

ДМС – добровольное медицинское страхование.

ЛПУ – лечебно-профилактическое учреждение.

МКБ – международный классификатор болезней.

ОМС – обязательное медицинское страхование.

ЧАЭС – Чернобыльская атомная электростанция.

I Общие требования по оформлению медицинской документации

1.1 Медицинский работник ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко обязан (в пределах своей компетенции) своевременно заполнять все графы (строки) в медицинской документации, внося в них полную, достоверную информацию о состоянии здоровья гражданина, обратившегося в учреждение за медицинской помощью (в том числе консультативной), диагнозе его заболевания, назначенных лечебно-диагностических мероприятиях, их результатах и т.п. Во всех формах медицинской документации врач-специалист обязан указать наименование и код диагноза (предварительного, клинического, заключительного, патологоанатомического, сопутствующего) в соответствие с МКБ- X.

1.2 Каждая запись в медицинской документации должна быть оформлена разборчивым почерком на русском языке (наименование лекарственных средств – на латинском языке), шариковой или перьевой ручкой, чернилами чёрного или синего цвета, и заверена личной подписью медицинского работника, с указанием его фамилии, инициалов и даты внесения соответствующей записи в хронологическом порядке. При внедрении в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко электронных форм медицинской документации, соответствующие записи должны выполняться в электронном виде.

1.3 Все даты в медицинской документации должны быть оформлены цифровым способом, при этом день месяца и месяц указывают двумя парами арабских цифр, разделёнными точкой, год – четырьмя арабскими цифрами (например, 07.09.2005).

1.4 Медицинский работник обязан указывать в медицинской документации точное московское время начала (при необходимости – время окончания):

- первичного осмотра пациента;
- осмотра (наблюдения) пациента, находящегося в тяжелом состоянии;
- проведения операции и иных лечебно-диагностических мероприятий;
- переливания крови, её компонентов и препаратов, кровезаменителей;
- назначения и введения наркотических средств и психотропных веществ.

1.5 Ошибки и неточности, допущенные при оформлении медицинской документации должны быть исправлены следующим образом: неправильную запись зачёркивают одной линией так, чтобы можно было прочитать первоначальный текст, ниже производят правильную запись и заверяют её личной подписью медицинского работника, с указанием его фамилии, инициалов, даты внесения исправления и проставлением слов: «исправленному верить».

1.6 Исправление текста путём внесения дополнительных записей (дописывание пропущенных слов, фраз и т. п.) заверяют личной подписью медицинского работника, с указанием его фамилии, инициалов, даты внесения исправления и проставлением слов: «дополненному верить».

1.7 Запрещается заклеивание неправильного текста или закрашивание его с помощью корректирующих жидкостей, а также внесение исправлений и дополнений без проставления заверительных надписей.

1.8 Дополнительная распечатка текста при формировании истории болезни в электронном виде (на отдельных листах) проводится в следующих случаях:

- необходимости динамического наблюдения за пациентом дежурными врачами, которое отражает динамику состояния пациента,
- оперативного вмешательства (протоколы операций).

II Требования по оформлению медицинской карты стационарного больного (форма № 003/у)

2.1 Медицинская карта стационарного больного (форма № 003/у) (далее – история болезни) является основным медицинским документом, который должен быть оформлен на каждого пациента, госпитализированного в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, заполняется в электронном виде в программе ФТМИС с последующим оформлением на бумажном носителе.

2.2 Медицинская сестра приёмного отделения при поступлении пациента заполняет в электронном виде титульный лист истории болезни, в котором указывает:

- дату и время поступления пациента в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко;
- фамилию, имя и отчество пациента (полностью);
- пол пациента;
- возраст пациента (год рождения, полных лет);
- адрес постоянного места жительства пациента;

- место работы, должность, звание пациента; для пенсионеров – место работы, должность, наличие группы инвалидности;
- кем пациент направлен на госпитализацию, цель направления;
- вид госпитализации (по экстренным показаниям, в плановом порядке);
- диагноз направившего лечебно – профилактического учреждения;
- сведения о введении противостолбнячной сыворотки (по показаниям);
- сведения о транспортабельности пациента (амбулаторный, транспортабельный, нетранспортабельный);
- документ, удостоверяющий личность пациента:
 - серию, номер паспорта;
 - название страховой компании, серию, номер страхового медицинского полиса;
- профиль коек;
- номер палаты;
- после слов «МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА СТАЦИОНАРНОГО БОЛЬНОГО» проставляет порядковый номер госпитализации пациента из «Журнала учёта приёма больных и отказов в госпитализации» (форма № 001/у);
- отметку о проведении санитарной обработки, осмотра пациента на педикулёз и чесотку;
- вид оплаты (бюджет, ОМС, платные услуги);
- заполняет первую страницу статистической карты выбывшего из стационара (ф. № 066/у), согласно указанным графам;
- заполняет согласие на обработку персональных данных.

2.3 Назначение врача подразделения лечащим осуществляет руководитель подразделения путем госпитализации пациента в закрепленные за этим врачом палаты или (и) письменно – на титульном листе указывает его ФИО.

2.4 Лечащий врач (либо дежурный врач) при поступлении пациента осматривает его (при поступлении в экстренном порядке не позднее 30 минут от момента поступления, при поступлении в плановом порядке не позднее 2 часов от момента поступления) отражает в истории болезни:

- дату, время осмотра, жалобы пациента;
- данные анамнеза заболевания и жизни пациента;
- продолжительность заболевания;

- симптомы начала и развития заболевания;
- сведения об обращаемости за медицинской помощью или самолечении, с указанием наименования, доз, периодичности и длительности приёма лекарственных средств;
- перенесенные заболевания, в том числе болезнь Боткина, туберкулёз, сифилис;
- сведения о диспансерном учёте пациента (с какого времени и с каким диагнозом);
- переносимость лекарственных средств (при непереносимости – наименование лекарственного средства и побочное действие);
- данные объективного обследования пациента (с оценкой тяжести состояния):
 - температура тела пациента;
 - частота дыхательных движений пациента;
 - частота сердечных сокращений пациента;
 - артериальное давление пациента;
 - состояние внутренних органов;
 - предварительный диагноз;
- при обосновании диагноза кардиологического профиля указывается необходимость в высоко - технологической медицинской помощи;
- план обследования и лечения пациента в соответствии с федеральными стандартами оказания медицинской помощи.

2.5 Лечащий врач (дежурный врач, анестезиолог-реаниматолог) вносит в историю болезни записи о проведённых осмотрах:

- не реже 1 раза в 3 часа – при интенсивном наблюдении пациента в тяжёлом состоянии (при нахождении пациента в отделениях (палатах) реанимации и интенсивной терапии;
- не реже 1 раза в 6 часов – при динамическом наблюдении пациента в тяжёлом состоянии;
- не реже 1 раза в сутки – при состоянии средней и тяжелой степени тяжести;
- не реже 1 раза в 2 суток – при плановом наблюдении пациента в удовлетворительном состоянии.

2.6 При наблюдении пациента записи о данных объективного осмотра должны отражать:

- динамику состояния пациента;
- тяжесть состояния пациента;
- температуру тела пациента;

- частоту дыхательных движений пациента;
- частоту сердечных сокращений пациента;
- артериальное давление пациента (по показаниям);
- состояние внутренних органов пациента;
- локальный статус;
- данные объективных методов исследования, имеющие существенное значение при определении тактики ведения пациента;

2.7 Лечащий врач (либо дежурный врач) отдельными записями в истории болезни оформляет:

- показания к применению лекарственных средств, введению наркотических, ядовитых и сильнодействующих средств, психотропных веществ;
- показания к проведению диагностических исследований;
- показания к проведению операции, манипуляции;
- информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства;
- сведения о нарушении больничного режима;
- при выявлении у пациента инфекционного заболевания заполняет экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом отравлении (ф. № 058/у).

2.8 Информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство подписывается пациентом (одним из родителей или законным представителем) с указанием его фамилии, инициалов и даты внесения соответствующей записи, а также подписывается лечащим врачом.

2.9 Пациент, или иной законный представитель лица, имеют право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения (за исключением случаев, когда медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители, в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, в отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния (преступления), при проведении судебно-медицинской экспертизы и (или) судебно-психиатрической экспертизы). В соответствии с действующим законодательством, при отказе от медицинского вмешательства гражданину или его законному представителю в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия отказа.

2.10 Бланк отказа от медицинского вмешательства, используется в случае отказа пациента от медицинского вмешательства: операции, забора биологических жидкостей, проведения диагностических мероприятий, проведения физиотерапевтического лечения, проведения лечебного клинического питания, приема лекарственных средств, переливания крови и ее компонентов и в других, неоговоренных данными правилами, случаях. При заполнении бланка отказа от медицинского вмешательства указывается ФИО, дата рождения, адрес пациента (законного представителя). Указывается название лечебного учреждения, отделения и номер палаты, где он находится на лечении. Пациент или его законный представитель указывает на бланке число, месяц и год заполнения бланка и подписывается в соответствующей графе. Бланк визируется врачом, получавшим отказ от медицинского вмешательства. Бланк вклеивается в медицинскую карту стационарного больного;

2.11 Лечащий врач (либо дежурный врач) заполняет специально отведённый Лист назначений, который является составной частью истории болезни. Лечащий врач записывает назначения четко, подробно, указывает дату назначения и дату отмены. Лечащий врач в Листе назначений отмечает назначение (отмена) каждого диагностического мероприятия и каждого лекарственного средства, диеты и режима пребывания заверяет личной подписью, при этом указывает:

- дату внесения соответствующей записи;
- наименование каждого лекарственного средства и диагностического мероприятия;
- назначенную дозу каждого лекарственного средства;
- кратность приёма каждого лекарственного средства.

2.12 Лечащий врач не позднее 3 суток с момента поступления пациента в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко вносит в историю болезни обоснование клинического диагноза, в котором отражает:

- жалобы пациента;
- данные анамнеза заболевания пациента;
- данные анамнеза жизни пациента;
- данные объективного осмотра пациента;
- данные дополнительных методов исследования.

2.13 Клинический диагноз выставляется лечащим врачом на лицевую сторону медицинской карты стационарного больного, ставится дата его установления и подпись врача с его расшифровкой.

2.14 При превышении средних сроков пребывания пациента в профильном отделении ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», утвержденных действующей Программой государственных гарантий оказания гражданам Пензенской области бесплатной медицинской помощи, отдельной записью в истории болезни оформляет этапный эпикриз, в котором отражает:

- дату поступления пациента в стационар учреждения;
- жалобы пациента при поступлении;
- результаты проведённых лечебно – диагностических мероприятий;
- динамику состояния пациента с момента поступления в стационар учреждения по настоящее время;
- локальный статус;
- клинический диагноз;
- план дальнейшего ведения пациента;
- обоснование необходимости продления пребывания пациента в стационаре.

Далее этапный эпикриз оформляется на каждый 10 день пребывания в отделении после оформления предыдущего эпикриза.

2.15 Лечащий врач отдельной записью в истории болезни оформляет решение консилиума, в котором отражает дату проведения консилиума, сведения, перечисленные в п. 2.12 настоящих Правил, выставленный диагноз и рекомендации по обследованию и лечению пациента, высказанные каждым специалистом, участвовавшим в консилиуме. Решение консилиума подписывают все его участники с расшифровкой подписи и занимаемых должностей.

2.16 Первый осмотр заведующего отделением проводится не позднее 24 часов с момента поступления больного в плановом порядке и не позднее 2 часов с момента поступления больного в экстренном порядке и отражается в истории болезни записью, выполняемой лечащим врачом, заверенной личной подписью заведующего отделением и ее расшифровкой. Последующие осмотры заведующих отделениями проводятся не реже 1 раза в неделю, запись о них фиксируется в истории болезни отдельно, выполняется лечащим врачом, содержит дополнительно информацию о диагнозе и рекомендациях, заверяется личной подписью заведующего отделением с расшифровкой подписи.

2.17 Особенности ведения карты стационарного больного хирургических отделений:

2.17.1 Предоперационный эпикриз. Лечащим врачом в предоперационном эпикризе обосновывается необходимость планового или экстренного оперативного вмешательства, вид анестезии, отражаются диагноз по основному и сопутствующим заболеваниям, степень выраженности функциональных нарушений, абсолютные или относительные противопоказания к операции, адекватность предоперационной подготовки, объём предстоящей операции, план операции, степень риска оперативного вмешательства и тромбоэмболических осложнений, оформляется соответствующая графа «Информированного добровольного согласия пациента на медицинское вмешательство». Предоперационный эпикриз заверяется подписью лечащего врача и пациента.

2.17.2 Осмотр анестезиолога. Осмотр анестезиолога и протокол анестезии являются обязательными записями в медицинской карте стационарного больного для всех видов обезболивания, кроме местной анестезии. Осмотр анестезиологом проводится накануне планового оперативного вмешательства. В записи результатов осмотра отражаются данные, которые могут существенно повлиять на анестезиологическую тактику, такие как особенности анамнеза, сопутствующие заболевания, лекарственные средства, которые принимал больной, курение табака, употребление алкоголя, прием наркотиков, осложнения предыдущих анестезий, наличие гемотрансфузий. Отражаются отклонения физикального обследования, отмечаются артериальное давление, пульс, особенно данные лабораторных, инструментальных методов обследования. Описывается характер предстоящей операции, предоперационная подготовка.

2.17.3 План анестезиологического пособия должен содержать следующую информацию: премедикация, анестезия (общая, региональная), положение больного на операционном столе, индукция анестезии, поддержание анестезии, манипуляции, применение основных и специальных методик. Оценивается риск операции по принятой методике. Подписывается анестезиологом.

2.17.4 Перед операцией анестезиологом оформляется «Информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство».

2.17.5 Протокол анестезиологического пособия. Оценивается состояние больного непосредственно перед анестезиологическим пособием. Описывается анестезия (общая, региональная). Описывается положение больного на операционном столе, манипуляции (катетеризация цен-

тральной вены, интубация), индукция анестезии, применение основных и специальных методик (ИВЛ и т.д.), данные интраоперационного мониторинга, включая лабораторные исследования, объем кровопотери и диурез, дозы и путь выведения лекарственных средств, качественный состав и объем инфузионной терапии. Отражается необычное течение анестезии и осложнения. Подписывается анестезиологом.

2.17.6 Протокол операции. Протокол операции должен содержать сведения о дате, времени и продолжительности операции, фамилии членов операционной бригады, вид операции, вид обезболивания, описание операции. Описание операции должно содержать доступ (в какой области сделан разрез, его размеры, направление, слои рассекаемых тканей) описание патологических изменений, обнаруженных при операции, операционный диагноз, наименование операции и подробное описание хода ее выполнения. Указывается, проведен ли гемостаз в ране, число тампонов и дренажей, оставленных в ране, контрольный счет марли и инструментов. Описывается завершение операции (вид швов, повязка). Проводится описание удаленного макропрепарата. Ставится подпись хирурга.

2.17.7 Дневники наблюдения. Дневники наблюдения записываются ежедневно в течение первых трех дней с момента операции, затем в зависимости от степени тяжести пациента. В дневниках отражаются: состояние пациента, динамика симптомов, основные параметры жизнедеятельности, состояние послеоперационной раны, все манипуляции, проводимые с больным (зондирование раны, удаление дренажей, трубок, перевязки, снятие швов и т.д.).

2.17.8 Выписной (посмертный) эпикриз. В эпикризе отражается диагноз заболевания, дата и вид произведенного вмешательства, особенности послеоперационного течения (сроки удаления дренажей, снятия швов, характер заживления раны). Эффективность проведенного хирургического, медикаментозного лечения. В эпикризе должны быть также указаны рекомендации по дальнейшему лечению и прогноз течения заболевания. В случае необходимости долечивания в амбулаторных условиях ставится дата явки к врачу по месту жительства (прикрепления) пациента, выдача листка временной нетрудоспособности. Эпикриз подписывается лечащим врачом и заведующим отделением;

2.17.9 На 2-ой странице медицинской карты стационарного больного указывается дата и время операции и ее название. Подробное опи-

сание операции вносится в «Журнал для записи протоколов операций» (Ф008/у).

2.18 Врач-консультант отдельной записью в медицинской карте стационарного больного отражает данные проведённого им осмотра пациента, выставленный диагноз и рекомендации по обследованию и лечению пациента.

2.19 Лечащий врач при выписке (смерти) пациента из стационара учреждения:

- на титульном листе истории болезни:
 - указывает количество койко-дней (при этом день поступления пациента и день его выписки считается за один день), при пребывании менее одного койко-дня указываются часы;
 - формулирует заключительный диагноз;
 - шифр заболевания;
 - заполняет статистическую карту выбывшего из стационара (ф. № 066/у);
- оформляет в истории болезни выписной эпикриз в трех экземплярах, один из которых остается в медицинской карте стационарного больного, второй подклеивается в медицинскую карту амбулаторного больного, третий выдается на руки пациенту;
- на обороте титульного листа истории болезни:
 - указывает данные о выдаче листка нетрудоспособности (номер, дату выдачи и дату закрытия (период продления));
 - отражает исход заболевания:
 - выписан (с выздоровлением, с улучшением, без перемен, с ухудшением);
 - переведён в другое лечебно-профилактическое учреждение (указать наименование);
 - умер;
 - отражает сведения о степени восстановления трудоспособности:
 - восстановлена полностью;
 - снижена;
 - временно утрачена;
 - стойко утрачена в связи с данным заболеванием;
 - стойко утрачена в связи с другими причинами;
 - выносит заключение о направлении пациента на медико-социальную экспертизу;
 - при необходимости заполняет строку «Особые отметки».

выписной эпикриз выполняется в трех экземплярах, и содержит следующую информацию:

- фамилия, имя, отчество пациента;
- дата поступления в стационар;
- дата выписки из стационара;
- диагноз в соответствии с МКБ-10 (в том числе все сопутствующие заболевания);
- жалобы при поступлении;
- история заболевания;
- история жизни;
- объективный статус при поступлении;
- данные лабораторных и инструментальных методов обследования (при необходимости - в динамике);
- консультации специалистов;
- объем выполненного лечения;
- объективный статус при выписке;
- рекомендации.

В случае необходимости долечивания в амбулаторных условиях ставится дата явки к врачу по месту жительства (прикрепления) пациента.

Выписной эпикриз подписывается лечащим врачом и заведующим отделением с расшифровкой фамилий. Экземпляр, выдаваемый на руки пациенту, заверяется треугольным штампом.

2.20 Медицинская сестра палатная клеивает в медицинскую карту стационарного больного:

- результаты лабораторных анализов (по мере их поступления);
- температурный лист (отмечает температуру);
- лист сестринского динамического наблюдения по назначению врача (с динамикой АД, ЧСС, диуреза и т.п.);
- протоколы инструментальных исследований с заключениями.

2.21 Медицинская карта стационарного больного в период пребывания пациента в стационаре хранится в папке лечащего врача.

2.22 Заведующий отделением после выписки пациента проверяет оформление медицинской карты стационарного больного (выписного эпикриза и листа назначений), заполняет карту контроля качества медицинской помощи, оказанной пациенту в стационаре.

2.23 Медицинская сестра палатная при выписке (смерти) пациента передаёт медицинскую карту стационарного больного, подписанную

лечащим врачом и заведующим отделением в день выписки в приемное отделение для дальнейшего оформления.

2.24 Срок хранения медицинской карты стационарного больного в архиве – 25 лет.

2.25 Статистическая карта выбывшего из стационара (форма № 066/у) составляется на основании медицинской карты стационарного больного и является статистическим документом, содержащим сведения о больном, выбывшем из стационара (выписанном, умершем).

2.26 Карта составляется одновременно с записью эпикриза в медицинской карте стационарного больного лечащим врачом на всех выбывших из стационара (выписанных и умерших). В карте отражаются основные сведения: о длительности лечения больного стационаре, диагнозе основного и сопутствующего заболеваний, сроке, характере эффективности хирургической помощи, исходе заболевания и др. Карты обеспечивают наиболее рациональную разработку сведений для составления соответствующих разделов отчета. На основании карты выбывшего из стационара заполняются разделы отчета: состав больных и исходы лечения, хирургическая работа стационара (включая экстренную хирургическую помощь).

2.27 При переводе больного из одного отделения в другие в том же учреждении статистическая карта выбывшего из стационара заполняется в отделении, из которого выбыл больной.

2.28 В тех случаях, когда в карте указано два и более диагнозов заболеваний, в отчете больной относится к одному из этих заболеваний, послужившему основной причиной госпитализации.

2.29 Статистическая карта выбывшего из стационара должна быть подписана лечащим врачом.

2.30 На статистической карте выбывшего из стационара, госпитализированного по поводу несчастных случаев, отравлений и травм должна быть сделана пометка о виде травм: производственная, бытовая, уличная, дорожно-транспортная, школьная, спортивная. В ней дополнительно к имеющимся графам должен быть указан характер оперативного вмешательства (экстренное или плановое), а также заведующий отделением указывает результат контроля качества медицинской помощи первого этапа в соответствии с «Положением о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» – коэффициент качества медицинской помощи, ставит свою подпись.

III Требования по оформлению медицинской карты амбулаторного больного (форма № 025/у- 87)

3.1 Медицинская карта амбулаторного больного (форма № 025/у – 87) (далее в тексте настоящих Правил – карта) является основным первичным медицинским документом, отражающим состояние здоровья пациента, оформляется в поликлинике ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, заполняется в электронном виде в программе ФТМИС с последующим оформлением на бумажном носителе.

3.2 Карта заполняется на каждого пациента, обратившегося в поликлинику впервые, и используется в течение всего периода лечения и наблюдения пациента врачами поликлиники ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, согласно указанным графам.

3.3 Медицинский регистратор при первичном обращении пациента заполняет титульный лист карты, в котором указывает:

- порядковый номер карты;
- полное наименование страховой медицинской организации, выдавшей страховой медицинский полис ОМС (ДМС при их наличии);
- серию и номер страхового медицинского полиса ОМС (ДМС при их наличии), номер и дату договора медицинского страхования;
- номер страхового свидетельства государственного пенсионного страхования;
- фамилию, имя и отчество пациента (полностью);
- пол пациента;
- возраст пациента (дата рождения);
- адрес постоянного места жительства пациента (для иногородних дополнительно указывается адрес родственников и номер контактного телефона);
- место работы и должность (профессию) пациента;
- делается сигнальная отметка на титульном листе карты у участников ВОВ, боевых действий, ЧАЭС;
- заполняет согласие на обработку персональных данных.

Графы титульного листа с информацией о страховом медицинском полисе ОМС (ДМС при их наличии), номере и дате договора медицинского страхования, а также графы с информацией о страховом свидетельстве государственного пенсионного страхования, заполняются при предъявлении страхового медицинского полиса и страхового свидетельства государственного пенсионного страхования и сверяются с инфор-

мацией, содержащейся в электронной комплексной базе данных лиц, застрахованных в системе ОМС.

Графы титульного листа с персональной информацией о пациенте заполняются на основании паспорта или иного документа, удостоверяющего личность.

3.4 Врач поликлиники при обращении пациента в карте указывает:

- дату и время обращения пациента;
- жалобы пациента при обращении;
- данные анамнеза заболевания пациента;
- объективные данные осмотра пациента;
- диагноз;
- назначенные обследования и консультации других врачей специалистов (при необходимости);
- рекомендации по режиму дня и питанию;
- рекомендации по лечению (при необходимости, с указанием наименования, дозы, кратности и продолжительности приёма каждого лекарственного средства);
- показания к применению лекарственных средств, введению наркотических, ядовитых и сильнодействующих средств, психотропных веществ;
- показания к проведению диагностических исследований;
- показания к проведению операции, манипуляции;
- дату следующей явки пациента (при необходимости);
- информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства.

3.5 Информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство подписывается пациентом (одним из родителей или законным представителем) с указанием его фамилии, инициалов и даты внесения соответствующей записи, а также подписывается лечащим врачом.

3.6 Пациент, или иной законный представитель лица, имеют право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения (за исключением случаев, когда медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители, в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами,

в отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния (преступления), при проведении судебно-медицинской экспертизы и (или) судебно-психиатрической экспертизы). В соответствии с действующим законодательством, при отказе от медицинского вмешательства гражданину или его законному представителю в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия отказа.

3.7 Бланк отказа от медицинского вмешательства, используется в случае отказа пациента от медицинского вмешательства: операции, забора биологических жидкостей, проведения диагностических мероприятий, проведения физиотерапевтического лечения, проведения лечебного клинического питания, приема лекарственных средств, переливания крови и ее компонентов и в других, неоговоренных данными правилами, случаях. При заполнении бланка отказа от медицинского вмешательства указывается ФИО, дата рождения, адрес пациента (законного представителя). Указывается название лечебного учреждения, отделения и номер палаты, где он находится на лечении. Пациент или его законный представитель указывает на бланке число, месяц и год заполнения бланка и подписывается в соответствующей графе. Бланк визируется врачом, получавшим отказ от медицинского вмешательства. Бланк вклеивается в медицинскую карту амбулаторного больного.

3.8 Врачи всех специальностей заполняют Лист для записи заключительных (уточнённых) диагнозов на каждое заболевание, по поводу которого пациент обратился в поликлинику в отчётном году. Заболевание, обнаруженное у больного впервые в жизни, считается впервые выявленным и отмечается «+» (плюс). Хроническое заболевание, с которым больной обращался в предыдущие годы, в случае обращения в поликлинику в отчётном году, вновь вносится в лист, но со знаком «-» (минус).

3.9 В случаях, когда врач не может поставить точный диагноз при первом обращении больного, на странице текущих наблюдений записывается предполагаемый диагноз, в лист для записи уточнённых диагнозов вносится только дата первого посещения. Диагноз вписывается после его уточнения.

3.10 В случае, когда поставленный и записанный в лист для записи уточнённых диагнозов диагноз заменяется другим, неправильный диагноз зачёркивается и вписывается новый диагноз без изменения даты первого обращения. Если у больного одновременно или последовательно обнаружено несколько заболеваний, этиологически не связанных

друг с другом, то все они выносятся в лист для записи уточнённых диагнозов.

3.11 Лечащий врач при постановке пациента на диспансерный учёт в карте оформляет эпикриз взятия на диспансерный учёт, в котором отражает:

- анамнез заболевания, по поводу которого пациент поставлен на диспансерный учёт;
- группу диспансерного наблюдения (третья);
- кратность явок пациента на диспансерный осмотр;
- объём необходимого обследования и кратность его проведения;
- объём лечебно-реабилитационных мероприятий;
- дату следующей явки пациента.

3.12 Лечащий врач в карте каждого пациента, поставленного на диспансерный учёт, в конце каждого календарного года оформляет этапный (годовой) эпикриз, в котором отражает:

- частоту диспансерных осмотров, проведённых за истёкший календарный год;
- объём обследования, проведённого пациенту за истёкший календарный год;
- объём лечения, проведённого пациенту за истёкший календарный год;
- динамику заболевания, по поводу которого пациент поставлен на диспансерный учёт (наличие или отсутствие обострений, развитие осложнений, выход на инвалидность и т. п.);
- оценку эффективности диспансеризации (выздоровление, улучшение, ухудшение, без перемен, смерть);
- для пациентов кардиологического профиля - необходимость в высокотехнологической помощи;
- план лечебно-диагностических мероприятий и обследований на следующий календарный год.

3.13 Врач поликлиники в карте каждого пациента, снятого с диспансерного учета, оформляет эпикриз снятия с диспансерного учета, в котором отражает причину снятия с диспансерного учета (выздоровление, изменение диагноза, выбытие пациента за пределы обслуживаемой территории, смерть).

3.14 Каждый врач поликлиники, взявший пациента на диспансерный учёт, оформляет эпикризы в порядке, предусмотренном п. 3.15 настоящих Правил.

3.15 Врач поликлиники при проведении диспансерного осмотра пациента в карте указывает:

- дату обращения;
- жалобы пациента при обращении;
- динамику общего состояния пациента;
- данные о проведенных обследованиях и лечении;
- объективные данные осмотра пациента;
- наименование и код диагноза;
- план дальнейшего наблюдения и лечения пациента (назначенные обследования и консультации других врачей специалистов, рекомендации по режиму дня, питанию и лечению, с указанием наименования, дозы, кратности и продолжительности приема каждого лекарственного средства);
- дату следующей явки пациента (при необходимости);
- при определении показаний к экстренной госпитализации врач поликлиники дает направление на стационарное лечение в день посещения поликлиники, при плановой госпитализации вносит данные о пациенте в «Лист ожидания».

3.16 Медицинская сестра кабинета, работающая с соответствующим врачом, вносит в карту:

- результаты лабораторных анализов (по мере их поступления);
- протоколы инструментальных исследований с заключениями.

3.17 Медицинский регистратор систематизирует карты по географическому принципу и хранит в регистратуре поликлиники в течение 3 лет с момента последнего обращения пациента за консультативной помощью. По истечении указанного срока медицинский регистратор поликлиники сдает карту в архив ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко для хранения в течение 25 лет.

IV Требования по оформлению контрольной карты диспансерного наблюдения (форма № 030/у)

4.1 Контрольная карта диспансерного наблюдения (форма № 030/у) является медицинским документом, который заполняется на всех больных, взятых под диспансерное наблюдение по поводу заболеваний. Контрольная карта является оперативным документом для осуществления контроля за выполнением предписаний врача. Врач, у которого больной находится на динамическом наблюдении, определяет сроки вызовов больного на медицинское обследование, консультации специали-

стов, объем лабораторных и инструментальных исследований, лечебно-оздоровительные мероприятия и прочее, в зависимости от течения и характера заболеваний, условий работы и т.д. Один и тот же больной может состоять на динамическом наблюдении одновременно у нескольких врачей различных специальностей.

4.2 Контрольные карты используются для контроля за посещением больных, для чего в п.7 контрольных карт отмечаются даты назначенной и фактической явки больного к врачу.

4.3 Медицинская сестра кабинета, работающая с соответствующим врачом, на лицевой стороне карты указывает:

- фамилию врача;
- дату взятия на учет;
- дату снятия с учета;
- причину снятия;
- фамилию, имя и отчество пациента (полностью);
- пол пациента;
- дату рождения;
- адрес постоянного места жительства пациента (для приезжих дополнительно указывает адрес родственников и номер контактного телефона);

- место работы (учебы);
- профессию (должность) пациента;

4.4 В правой стороне контрольной карты диспансерного наблюдения указывается:

- номер медицинской карты амбулаторного больного, оформленной в поликлинике;
- наименование диагноза, по поводу которого пациент поставлен на диспансерный учет;
- дату, когда диагноз был установлен впервые;
- код диагноза;
- наименования диагнозов сопутствующих заболеваний;
- заболевание выявлено:
 - при обращении за консультацией (лечением);
 - при профилактическом осмотре;
- дату очередной явки на диспансерный осмотр, назначенную врачом;
- дату явки пациента на диспансерный осмотр.

4.5 Медицинская сестра кабинета, работающая с соответствующим врачом, на оборотной стороне карты указывает:

- данные об изменении диагноза;
- данные о сопутствующих заболеваниях;
- данные об осложнениях;
- даты начала и окончания проводимых лечебно–профилактических мероприятий;
- даты начала и окончания госпитализации в отделение стационара для лечения заболевания, по поводу которого пациент поставлен на диспансерный учет;
- даты начала и окончания санаторно–курортного лечения;
- трудоустройство, перевод на инвалидность по показаниям.

4.6 Медицинская сестра кабинета, работающая с соответствующим врачом, в случае, когда пациент поставлен на диспансерный учет по поводу двух и более заболеваний этиологически несвязанных друг с другом, оформляет карту на каждое такое заболевание.

4.7 Медицинская сестра кабинета, работающая с соответствующим врачом, систематизирует карты по срокам явки (по месяцам в течение календарного года) и хранит в рабочем кабинете до снятия пациента с диспансерного учёта.

4.8 Медицинская сестра кабинета, работающая с соответствующим врачом, после снятия пациента с диспансерного учёта подклеивает карту в медицинскую карту амбулаторного больного (форма № 025/у-04).

V Требования по хранению и использованию информации, составляющей врачебную тайну

5.1 Условия хранения медицинской документации должны обеспечивать соблюдение врачебной тайны в отношении информации о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья пациента, диагнозе его заболевания и иных сведений, полученных при обследовании и лечении пациента. Предоставление вышеуказанной информации другим медицинским работникам допускается исключительно в целях обследования и лечения пациента, а также для проведения следующих работ:

- по письменному заявлению медицинского работника ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко (для проведения анализа работы и составления отчетов, для осуществления контроля качества медицинской помощи и организации лечебно–диагностического процесса, а также для использо-

вания при подготовке научных работ и публикации статей в специальных медицинских изданиях);

- по письменному заявлению сотрудника клинической кафедры ВУЗа, расположенной на базе ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко (для организации научно–педагогического процесса);

- экспертам Фонда обязательного медицинского страхования и экспертам страховых медицинских организаций (для осуществления контроля за выполнением договора медицинского страхования), экспертам Фонда социального страхования (для осуществления контроля за исполнением Федерального закона № 255 и Федерального закона № 125) при предъявлении документов, предусматривающих соответствующие права и ответственность за разглашение сведений, составляющих врачебную тайну;

- специалистам с медицинским либо фармацевтическим образованием, направленным в учреждение приказом вышестоящих органов с целью осуществления контроля качества медицинской помощи и организации лечебно–диагностического процесса.

Запрещается открыто хранить медицинскую документацию в местах свободного доступа к ней посторонних лиц и оставлять медицинскую документацию без присмотра.

5.2 Медицинская документация может быть выдана на руки на основании письменного разрешения главного врача, заместителей главного врача по медицинской части и заместителя главного врача по хирургической помощи ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко по письменному запросу органов дознания и следствия, прокуратуры и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством, либо проведением военно-врачебной экспертизы.

5.3 По просьбе пациента главный врач, заместители главного врача по медицинской части и хирургической помощи, заведующая поликлиникой ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, либо иные специалисты, принимающие непосредственное участие в обследовании и лечении, обязаны предоставлять пациенту (законному представителю либо иному представителю, предъявившему нотариально удостоверенную доверенность, в которой предусмотрены соответствующие права):

- информацию о состоянии его здоровья и необходимости проведения вмешательства, включая сведения:

- о результатах проведённого обследования;

- о наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе;

- об объёме медицинской помощи, предусмотренной стандартами по данному заболеванию;
- о возможных вариантах медицинского вмешательства (методах диагностики, лечения, профилактики и реабилитации);
- о риске, связанном с медицинским вмешательством (возможных осложнениях, методах их профилактики и коррекции);
- о влиянии медицинского вмешательства на качество жизни пациента;
- о негативных последствиях для жизни пациента, которые могут наступить вследствие несвоевременного проведения медицинского вмешательства или отказа от него;
- о результатах медицинского вмешательства и исходе заболевания;
- оформленную в учреждении медицинскую документацию, отражающую состояние его здоровья (для ознакомления в присутствии лечащего врача, либо руководителя подразделения).

5.4 Пациент либо его законный представитель на основании письменного заявления имеет право получать копии и выписки из медицинских документов, отражающие состояние здоровья пациента.

5.5 С согласия пациента (законного представителя) допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения пациента, для проведения научных исследований, публикации статей в научной литературе, использование этих сведений в учебном процессе и в иных целях. Такое согласие должно быть оформлено специальной записью в медицинской документации с указанием фамилии, имени и отчества лица (лиц), которым пациент (законный представитель) разрешает предоставлять сведения, составляющие врачебную тайну, целей использования этой информации, и заверено личной подписью пациента (законного представителя), с указанием его фамилии, инициалов и даты внесения соответствующей записи.

5.6 Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия пациента (законного представителя) допускается в случаях, предусмотренных ст.13 Федерального закона № 323 - ФЗ.

5.7 Лица, которым переданы сведения, составляющие врачебную тайну, наравне с медицинскими и фармацевтическими работниками, с учётом причинённого пациенту ущерба несут за разглашение врачебной тайны дисциплинарную, административную, гражданско-правовую

или уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Нормативные ссылки

1. Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с последующими изменениями и дополнениями);

2. Федеральный закон от 24.07.1998 № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»;

3. Федеральный закон от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»;

4. Приказ Министерства здравоохранения СССР от 04.10.1980 г. № 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения»;

5. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.12.02 № 413 «Об утверждении инструкций по заполнению учётной медицинской документации»;

6. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.11.2003 № 545 «Об утверждении инструкций по заполнению учётной медицинской документации»;

7. Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22 ноября 2004 г. № 255 «О порядке оказания первичной медико–санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг»;

8. «Положение о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко».



Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
(ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко)

П Р И К А З

23.09.2015

№ 119

г. Пенза

Об организации системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 12.11.2012 № 1152 «Об утверждении положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.12.2012 N 1340н «Об утверждении Порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности», в целях совершенствования внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» и обеспечения прав пациентов на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества,

п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить «Положение о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» (Приложение к настоящему приказу).

2. Назначить уполномоченным по качеству и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» заведующую отделением контроля качества, безопасности медицинской деятельности организационно-методического отдела Моисееву Л.Н.

3. Заведующим отделениями и заведующему поликлиникой ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» обеспечить объективность экспертной оценки качества медицинской помощи, оказываемой в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко».

4. Назначить ответственной за актуализацию настоящего приказа заместителя главного врача по медицинской части Фролову И.В.

5. Начальнику ОДО Быковой Н.В. ознакомить с настоящим приказом всех заинтересованных лиц (согласно листу ознакомления).

6. Признать утратившим силу приказ главного врача ГБУЗ ПОКБ им Н.Н. Бурденко от 25.12.2013 г. № 160 «Об организации системы контроля качества медицинской помощи в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» в части п.п. 1-6, 8-12 (включая 12.1, 12.2), 25, 26, 38, 43.

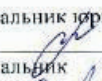
7. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Главный врач



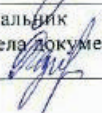
С.В. Евстигнеев

Начальник юридического отдела

 Н.В. Флеонова «22» 09 2015

Начальник

отдела документационного обеспечения

 Н.В. Разина «22» 09 2015

ПОЛОЖЕНИЕ
о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской
деятельности в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая
больница им. Н.Н. Бурденко»

Назначение и область применения

Настоящее «Положение о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» (далее – Положение) устанавливает требования к проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (далее – внутренний контроль) в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» (далее – ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко).

Настоящее Положение разработано в целях совершенствования внутреннего контроля качества и системы менеджмента качества медицинской помощи и безопасности медицинской деятельности, осуществляемой в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, создания непрерывной системы комплексной оценки результатов медицинской деятельности ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, в том числе мониторинга дефектов.

Настоящее Положение устанавливает структуру внутреннего контроля качества медицинской помощи и определяет ее организационно-методические принципы функционирования для обеспечения прав пациентов на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества и соответствия ее порядкам оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи.

Задачами внутреннего контроля являются:

- обеспечение качества медицинской помощи, оказываемой в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко;
- соблюдение объемов, сроков и условий оказания медицинской помощи в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко;
- определение показателей качества деятельности ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко;
- мониторинг и измерения показателей качества услуг по оказанию медицинской помощи в системе менеджмента качества ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко;
- мониторинг удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи в системе менеджмента качества ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко;
- предупреждение, выявление и пресечение нарушений требований к обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности, установленных законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан;

– принятие мер по пресечению и (или) устранению последствий и причин нарушений, выявленных в рамках внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности;

– создание и совершенствование системы оценки деятельности медицинских и иных работников ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, участвующих в оказании медицинских услуг и обеспечивающих их оказание;

– постоянное повышение качества медицинской помощи и результативности системы менеджмента качества ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко в соответствии с ISO 9001:2008.

Настоящее Положение является обязательным для исполнения всеми должностными лицами ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко в соответствии с указанной в настоящем Положении ответственностью.

Ответственность

Ответственным за организацию разработки и актуализации настоящего Положения является заведующий Организационно-методическим отделом.

Ответственными за исполнение требований данного Положения являются:

- первый этап внутреннего контроля качества медицинской помощи: заведующие клиническими отделениями стационара и поликлиники;

- второй этап внутреннего контроля качества медицинской помощи: заместители главного врача по медицинской части и хирургической помощи, заведующий региональным сосудистым центром, заведующий поликлиникой, уполномоченный по качеству в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко – заведующий отделением контроля качества, безопасности медицинской деятельности организационно-методического отдела;

- третий этап внутреннего контроля качества медицинской помощи: врачебная комиссия, ее подкомиссии (комиссия по изучению летальных исходов, лечебно–контрольная комиссия), Медицинский совет.

Ответственность за организацию проведения анонимного анкетирования пациентов стационара возлагается на главную медицинскую сестру.

Ответственность за организацию проведения анонимного анкетирования пациентов поликлиники возлагается на старшую медицинскую сестру поликлиники.

Изменения

Внесение изменений/дополнений в настоящее Положение осуществляется путем его переиздания на основании приказа главного врача ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко с обязательным ознакомлением всех работников.

Определения, сокращения и обозначения

Определения

Медицинский совет ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» – постоянно действующий коллегиальный совещательный орган, созданный в целях координации работ по обеспечению надлежащего качества медицинской помощи и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.

Система менеджмента качества – совокупность взаимосвязанных или взаимодействующих элементов для установления политики и целей в области качества и достижения этих целей, а также руководства и управления организацией применительно к качеству.

Эксперт – незаинтересованный специалист, обладающий специальными знаниями, для проведения внутреннего контроля качества медицинской помощи и для выдачи квалифицированного заключения.

Экспертная комиссия – представляет собой коллегию врачей-специалистов, созданную для периодического проведения независимой медицинской экспертизы.

Сокращения

ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко – Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко».

КМП – качество медицинской помощи;

МКБ – международный классификатор болезней;

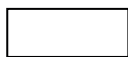
ОМО – организационно-методический отдел

СМК – система менеджмента качества.

Обозначения



- начало и завершение процедуры;



- описание мероприятия, задачи, действия;



I Общие положения

1.1 Получение пациентами медицинской помощи необходимого объёма и надлежащего качества осуществляется на основе оптимального использования кадровых и материально-технических ресурсов ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко и применения современных медицинских технологий.

1.2 Система внутреннего контроля качества медицинской помощи, оказываемой в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко направлена на защиту (реализацию) прав граждан на охрану здоровья и совершенствование деятельности ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко и включает в себя следующие элементы:

- оценка состояния и использования кадровых и материально-технических ресурсов ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко;
- разбор дефектов оказания медицинской помощи конкретному пациенту;
- рассмотрение жалоб пациентов и страхователей на качество и культуру оказания медицинской помощи; изучение удовлетворенности пациентов полученной медицинской помощью;
- выявление и обоснование дефектов, врачебных ошибок и других факторов, оказавших негативное действие и повлекших за собой снижение качества и эффективности медицинской помощи, оказываемой в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко;
- подготовка предложений, направленных на устранение и предупреждение врачебных ошибок и дефектов в организации лечебного процесса и способствующих повышению качества и эффективности медицинской помощи;

- выбор наиболее рациональных управленческих решений и проведение оперативных корректирующих воздействий;
- контроль за реализацией управленческих решений.

1.3 Объектом внутреннего контроля качества медицинской помощи являются результаты профессиональной деятельности лечащего врача по организации и выполнению комплекса профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, проводимых по определенной технологии с целью снижения риска прогрессирования у пациента заболевания и возникновения нового патологического процесса.

1.4 Субъектами внутреннего контроля качества медицинской помощи являются заместители главного врача по медицинской части и хирургической помощи, заведующий региональным сосудистым центром, заведующая поликлиникой и заведующие клиническими отделениями стационара (далее – эксперты), врачебная комиссия, ее подкомиссии (комиссия по изучению летальных исходов, лечебно–контрольная комиссия), (далее – экспертные комиссии) и Медицинский совет, на которые возложены функции внутреннего контроля качества медицинской помощи, оказываемой в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.

1.5 Внутренний контроль включает проведение должностными лицами ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко регулярных проверок:

- соблюдения в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи;
- соблюдения в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко безопасных условий труда, требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий и их утилизации (уничтожению);
- соблюдения медицинскими и фармацевтическими работниками ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко ограничений, применяемых к ним при осуществлении профессиональной деятельности;
- внутренний контроль качества медицинской помощи, оказанной в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко;
- соблюдения прочих требований, установленных законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

1.6 Внутренний контроль осуществляется должностными лицами ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко на постоянной основе в соответствии с их должностными обязанностями и требованиями настоящего Положения.

1.7 Мероприятия по осуществлению внутреннего контроля включаются в планы работы ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.

1.8 Внутренний контроль осуществляется посредством плановых и внеплановых документарных и непосредственных проверок.

1.9 Плановые проверки осуществляются на постоянной основе в соответствии с Планом мероприятий по осуществлению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.

1.10 Внеплановые проверки осуществляются в следующих случаях:

- поступление в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко обращений граждан на нарушения их прав и законных интересов в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко;

- в целях контроля исполнения ранее выданных поручений либо приказов;

- в целях проверки представленных должностными лицами ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко статистической отчетности или данных мониторинга внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности;

- наличия приказов вышестоящих органов управления;

- несоответствия показателей деятельности ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко установленным целевым показателям ее деятельности;

- невыполнения подразделением ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко установленных объемов государственного задания по оказанию медицинской помощи.

1.11 К проверкам при осуществлении внутреннего контроля могут привлекаться научные и иные организации, ученые и специалисты.

1.12 Внеплановые проверки проводятся на основании указаний главного врача, заместителя главного врача по медицинской части, заместителя главного врача по хирургической помощи, заведующего организационно-методическим отделом, заведующего региональным сосудистым центром, заведующего отделением контроля качества, безопасности медицинской деятельности организационно-методического отдела.

1.13 По результатам проверок в рамках внутреннего контроля должностными лицами ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, проводящими проверку, должны составляться: акты, служебные записки, заполняться иные документы в соответствии с настоящим Положением, также данные проверок должны быть доложены на медицинском совете ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко при выявлении несоответствий, могущих привести к наложению финансовых санкций.

1.14 При выявлении в ходе проверок нарушений:

- руководителю подразделения, иному должностному лицу ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко выдаются устные или письменные рекомендации и (или) указания об устранении выявленных нарушений с указанием сроков их устранения;

- руководством ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко принимаются меры по контролю за устранением выявленных нарушений (в том числе путем проведения внеплановых проверок), их предупреждению, предотвращению возможного причинения вреда жизни, здоровью граждан, а также меры по привлечению лиц, допустивших выявленные нарушения, к дисциплинарной ответственности.

1.15 Обоснованность мер, принимаемых по результатам внутреннего контроля, проведение анализа его эффективности обсуждается ежемесячно на медицинском совете ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко в соответствии с «Положением о Медицинском совете ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко».

II Требования к проведению внутреннего контроля

2.1 При проведении внутреннего контроля качества медицинской помощи эксперт (экспертная комиссия) исследует первичную медицинскую документацию (по законченному случаю) в целях определения соответствия оказанной медицинской помощи утвержденным федеральным стандартам, клиническим протоколам, методическим рекомендациям по данной нозологии медицинским технологиям и принципам организации лечебно–диагностического процесса, с учетом индивидуальных особенностей пациента, а также материально–технических, финансовых, кадровых и интеллектуальных возможностей ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.

2.2 В своей деятельности эксперты и экспертные комиссии обязаны руководствоваться Конституцией Российской Федерации, Федеральными законами №№ 323; 326, приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 154 и методическими рекомендациями № 2002/140, а также иными нормативными правовыми актами Российской Федерации и локальными нормативными актами по вопросам организации работы экспертных комиссий («Положением о врачебной комиссии ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»), «Правилами оформления медицинской документации в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», хра-

нения и использования информации, составляющей врачебную тайну» и настоящим Положением.

2.3 При проверке соблюдения в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко порядков оказания медицинской помощи оцениваются:

- соблюдение выполнения этапов, условий и сроков оказания медицинской помощи по соответствующему виду, профилю заболеваний или состояний;
- соответствие организации деятельности ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, ее структурного подразделения, врача требованиям положений, регламентированных порядками оказания медицинской помощи;
- соблюдение требований стандартов ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, ее структурных подразделений;
- соответствие штатного расписания рекомендуемым штатным нормативам;
- соответствие деятельности ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко иным установленным положениям исходя из особенностей оказания медицинской помощи.

2.4 При проверке соблюдения в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко стандартов медицинской помощи оцениваются:

- соблюдение выполнения медицинских услуг в зависимости от усредненных показателей частоты и кратности их применения, обоснованность назначения медицинских услуг, имеющих усредненную частоту менее 1,0, полнота выполнения услуг с усредненной частотой 1,0;
- обоснованность и полнота назначения лекарственных препаратов, компонентов крови;
- обоснованность и полнота назначения имплантируемых в организм человека медицинских изделий;
- обоснованность и полнота назначения видов лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания; иные положения, исходя из особенностей заболевания (состояния).

2.5 При проверке соблюдения в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко безопасных условий труда, требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий и их утилизации (уничтожению) оцениваются:

- соответствие норматива численности службы охраны труда требованиям трудового законодательства Российской Федерации;
- уровень подготовки специалистов по охране труда и повышение их квалификации;

- организация обучения работников безопасным методам и приемам труда;
- предоставление работникам, занятым на работах с вредными и (или) опасными условиями труда, компенсаций, установленных по результатам аттестации рабочих мест по условиям труда;
- обеспеченность работников средствами индивидуальной защиты, молоком или продуктами, его заменяющими, лечебно-профилактическим питанием;
- соблюдение требований безопасности медицинских изделий, предусмотренных нормативной документацией производителя;
- соблюдение требований к утилизации (уничтожению) медицинских изделий, предусмотренных технической и эксплуатационной документацией производителя;
- соблюдение установленных правил в сфере обращения медицинских изделий;
- выполнение обязанностей по сообщению сведений, указанных в части 3 статьи 96 Федерального закона N 323-ФЗ.

2.6 При проверке соблюдения медицинскими и фармацевтическими работниками ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко ограничений, применяемых к ним при осуществлении профессиональной деятельности, оцениваются:

- наличие договоров о проведении клинических исследований лекарственных препаратов, клинических испытаний медицинских изделий, а также об осуществлении медицинским работником педагогической и (или) научной деятельности;
- договоры о поставках лекарственных препаратов, медицинских изделий на предмет наличия в них условий о назначении или рекомендации пациентам либо о предложении населению определенных лекарственных препаратов, медицинских изделий;
- соблюдение утвержденного в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко порядка участия представителей организаций, занимающихся разработкой, производством и (или) реализацией лекарственных препаратов, медицинских изделий, организаций, обладающих правами на использование торгового наименования лекарственного препарата, организаций оптовой торговли лекарственными средствами, аптечных организаций (их представителей, иных физических и юридических лиц, осуществляющих свою деятельность от имени этих организаций) (далее соответственно - компания, представитель компании) в собраниях медицин-

ских работников и иных мероприятиях, связанных с повышением их профессионального уровня или предоставлением информации, предусмотренной частью 3 статьи 64 Федерального закона № 61-ФЗ и частью 3 статьи 96 Федерального закона № 323-ФЗ;

- исполнение мероприятий, направленных на предупреждение нарушений медицинскими и фармацевтическими работниками ограничений, установленных статьёй 74 Федерального закона № 323, в том числе по информированию медицинских и фармацевтических работников, компаний, представителей компаний и граждан об установленных запретах на совершение определенных действий и ответственности за их совершение;

- обращения граждан, содержащие сведения о предоставлении недостоверной, неполной или искаженной информации об используемых при назначении курса лечения лекарственных препаратах, о медицинских изделиях, включая сокрытие сведений о наличии в обращении аналогичных лекарственных препаратов, медицинских изделий, либо о наличии в аптечной организации лекарственных препаратов, имеющих одинаковое международное непатентованное наименование, медицинских изделий, включая сокрытие информации о наличии лекарственных препаратов и медицинских изделий, имеющих более низкую цену.

III Структура (этапы) внутреннего контроля качества медицинской помощи

3.1 Внутренний контроль качества медицинской помощи состоит из трёх этапов исследования первичной медицинской документации (по законченным случаям).

3.2 На 1-ом этапе внутренний контроль осуществляется заведующими отделениями и подразделениями. Контролю подвергаются медицинские карты стационарных больных (в 100 % законченных случаев) и медицинские карты амбулаторных больных (в количестве не менее 5% от общего количества случаев оказания медицинской помощи в подразделении за отчетный период на амбулаторном этапе, в том числе все медицинские карты амбулаторных больных в каждом случае:

- летального исхода;
- ятрогенных осложнений или внутрибольничного инфицирования;
- повторной госпитализации по поводу одного и того же заболевания в течение 90 дней со дня завершения лечения в стационаре или повторного обращения по поводу одного и того же заболевания в течение 30 дней со дня завершения амбулаторного лечения;

- сокращения или превышения сроков средней длительности лечения (или временной нетрудоспособности) свыше 50 % по сравнению с утвержденными;

- при поступлении жалоб со стороны пациентов или их законных представителей.

3.3 На 2-ом этапе внутренний контроль осуществляется заместителями главного врача по медицинской части и хирургической помощи, заведующим региональным сосудистым центром, заведующим поликлиникой, уполномоченным по качеству в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко заведующим отделением контроля качества, безопасности медицинской деятельности организационно-методического отдела. Контролю подвергаются медицинские карты стационарных больных и медицинские карты амбулаторных больных (в количестве не менее 50% законченных случаев на одного эксперта в квартал), в том числе все медицинские карты амбулаторных и стационарных больных в каждом случае:

- летального исхода;
- расхождения клинико-поликлинических диагнозов;
- ятрогенных осложнений или внутрибольничного инфицирования;
- повторной госпитализации по поводу одного и того же заболевания в течение 90 дней после первой выписки из стационара;

- повторного обращения за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение 30 дней со дня завершения амбулаторного лечения;

- сокращения или превышения сроков средней длительности лечения (или временной нетрудоспособности) свыше 50% по сравнению с утвержденными;

- при поступлении жалоб со стороны пациентов или их законных представителей.

Медицинские карты амбулаторных и стационарных больных (кроме указанных выше) отбираются для контроля методом «случайной» выборки по порядковым номерам или по определенной нозологии (в количестве не менее 30 законченных случаев на одного эксперта в квартал).

3.4 На 3 этапе внутренний контроль качества медицинской помощи осуществляется экспертными комиссиями. Контролю подвергаются медицинские карты стационарных больных и медицинские карты амбулаторных больных в случаях:

- летального исхода;
- ятрогенных осложнений или внутрибольничного инфицирования;

- сокращения или превышения сроков средней длительности лечения (или временной нетрудоспособности) свыше 50% по сравнению с утвержденными;

- при поступлении жалоб со стороны пациентов или их законных представителей;

- когда на 2 этапе в карте внутреннего контроля качества медицинской помощи, оказываемой больному в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко (далее – карта контроля КМП) был установлен коэффициент качества медицинской помощи ниже 0,8;

- когда на 2 этапе в карте внутреннего контроля качества медицинской помощи, оказанной больному в поликлинике ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко (далее – карта контроля КМП поликлиники) был установлен коэффициент качества медицинской помощи ниже 0,8;

- когда в результате проведения внутреннего контроля качества медицинской помощи выявлены грубые недостатки организации лечебно-диагностического процесса или оформления медицинской документации;

3.5 Результаты проведённого контроля, включая качество оформления его результатов; обоснованность мер, принимаемых по результатам этого контроля; проведение анализа эффективности проводимого внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, ежемесячно представляются на Медицинский совет ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко в соответствии с «Положением о Медицинском совете ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко» для анализа качества лечебно-диагностического процесса и ежегодно в качестве входных данных для анализа СМК со стороны руководства в соответствии с п.8 Положения «О системе менеджмента качества ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко».

3.6 Схема проведения внутреннего контроля качества медицинской помощи представлена на Рисунке 1.

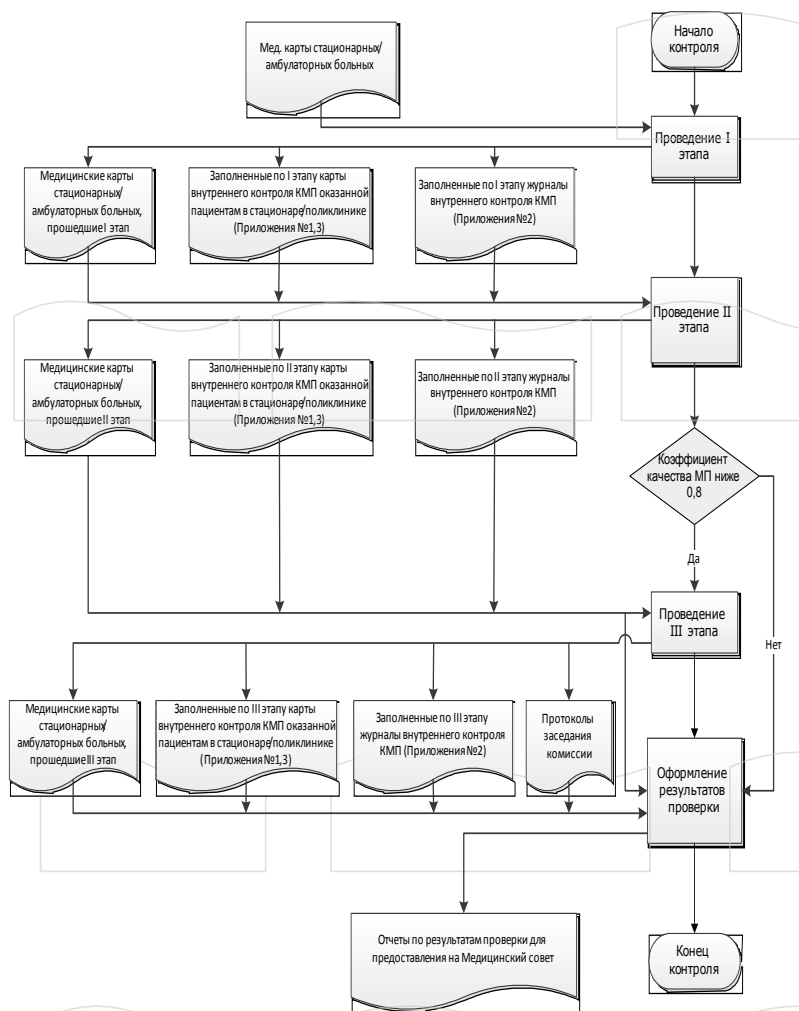


Рис. 1 Схема проведения внутреннего контроля качества медицинской помощи в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко

IV Организационно–методические принципы функционирования внутреннего контроля качества медицинской помощи

4.1 По результатам исследования медицинской карты стационарного больного эксперт (или экспертная комиссия) обязан дать оценку качества медицинской помощи (вычислить коэффициент качества медицинской помощи) по следующим критериям:

- адекватность ведения больного в стационаре (сбор жалоб, анамнеза, своевременность назначений, консилиумов и т.д.);
- расхождение диагноза при поступлении и заключительного диагноза;
- полнота Ro, лабораторного и инструментального обследования (в соответствии с федеральными стандартами и порядками оказания медицинской помощи);
- своевременность установления клинического диагноза;
- обоснованность, полнота и соответствие клинического диагноза МКБ–10;
- полнота объема лечения (в соответствии с федеральными стандартами и порядками оказания медицинской помощи);
- обоснованность назначения лекарственных препаратов и инструментальных методов обследования;
- своевременность выписки больного из стационара (в соответствии с федеральными стандартами и порядками оказания медицинской помощи);
- качество оформления первичной медицинской документации;
- отсутствие ятрогенных осложнений.

Оценка по каждому критерию заносится в соответствующую графу карты контроля КМП (Приложение № 1), а также фиксируется в журнале внутреннего контроля качества медицинской помощи, оказанной в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко (Приложение № 2) отдельно по каждому врачу.

4.2 По результатам исследования медицинской карты амбулаторного больного эксперт (или экспертная комиссия) обязан дать оценку качества медицинской помощи (вычислить коэффициент качества медицинской помощи) по следующим критериям:

- адекватность ведения больного в поликлинике (сбор жалоб, анамнеза, своевременность назначений, консилиумов и т.д.);
- своевременность установления клинического диагноза;

- обоснованность, полнота и соответствие клинического диагноза МКБ–10;

- обоснованность и своевременность направления на госпитализацию;

- полнота Ro, лабораторного и инструментального обследования (в соответствии с федеральными стандартами и порядками оказания медицинской помощи);

- отсутствие жалоб со стороны пациентов;

- обоснованность назначения лекарственных препаратов и инструментальных методов обследования;

- проведение отбора и осуществление Д-наблюдения;

- полнота объема лечения (в соответствии с федеральными стандартами и порядками оказания медицинской помощи);

- качество оформления первичной медицинской документации.

Оценка по каждому критерию заносится в соответствующую графу карты контроля КМП (Приложение № 3), а также фиксируется в журнале внутреннего контроля качества медицинской помощи, оказанной в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко (Приложение № 2) отдельно по каждому врачу.

4.3 Внутренний контроль КМП для отделений физиотерапевтического, функциональной диагностики, лучевой диагностики, эндоскопического проводится в части полноты выполнения назначенных лечебно – диагностических процедур, сроков ожидания выполнения процедур, правильности ведения первичной учетной и отчетной документации.

4.4 Эксперты, осуществляющие внутренний контроль качества медицинской помощи 1 этапа, по итогам каждого месяца определяют среднемесячные коэффициенты качества медицинской помощи по каждому врачу, проводят анализ врачебных ошибок, недостатков организации лечебно–диагностического процесса и оформления первичной медицинской документации, принимают меры по устранению причин выявленных недостатков.

4.5 Эксперты, осуществляющие внутренний контроль качества медицинской помощи 2 этапа, по итогам каждого месяца выводят среднемесячные коэффициенты качества медицинской помощи по врачам (кабинетам), проводят анализ врачебных ошибок, недостатков организации лечебно–диагностического процесса и оформления первичной медицинской документации, а также анализ причин расхождения оценок 1 и 2 этапов и дают рекомендации по устранению причин выявленных недостатков.

4.6 Экспертные комиссии, осуществляющие внутренний контроль качества медицинской помощи 3 этапа, при выставлении оценок, голосуют отдельно по каждому критерию качества, затем определяют итоговую оценку – коэффициент качества медицинской помощи. Результаты голосования отражаются в протоколе заседания соответствующей комиссии и в карте внутреннего контроля КМП.

4.7 На 3 этапе в обязательном порядке проводится анализ работы подразделения (кабинетов) и сопоставление оценок 1 и 2 этапов с выводами экспертной комиссии и ежемесячным докладом на Медицинском совете. Экспертная комиссия даёт заключение о качестве работы подразделений (кабинетов), рекомендации по устранению причин выявленных недостатков, а также предложения главному врачу ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко дисциплинарных взысканий к работникам, виновным в ненадлежащем исполнении или неисполнении возложенных на них трудовых обязанностей.

4.8 Результаты внутреннего контроля качества медицинской помощи сопоставляются с данными ведомственной или вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи и могут использоваться для применения дифференцированной оплаты труда медицинских работников.

4.9 Заведующим отделениями и заведующей поликлиникой ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко ежемесячно до 3 числа месяца, следующего за отчетным обеспечить сдачу отчета по внутреннему контролю качества медицинской помощи 1 и 2 уровня заведующему отделением контроля качества, безопасности медицинской деятельности ОМО.

4.10 Заместители главного врача, руководители подразделений обязаны выносить на обсуждение текущие вопросы, в том числе влияющие на качество оказания медицинской помощи, на оперативные совещания.

4.11 Уполномоченный по качеству в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко - заведующий отделением внутреннего контроля качества, безопасности медицинской деятельности организационно-методического отдела обязан:

- представлять на первый медицинский совет очередного года план мероприятий по осуществлению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко;
- ежемесячно докладывать о ходе его выполнения на очередных Медицинских советах и итоговом медицинском совете.

4.12 Ответственные должностные лица обязаны ежемесячно подавать сведения на очередной Медицинский совет об отклонениях в реализации вопросов, входящих в их сферу ответственности по подчиненности согласно Структуре управления ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.

**V Порядок проведения анонимного анкетирования пациента,
находящегося на лечении в стационаре ГБУЗ ПОКБ
им. Н.Н. Бурденко»**

5.1 Анкетирование должно проводиться ежеквартально до 25 числа последнего месяца квартала методом опроса всех пациентов, находящихся на лечении в стационаре.

5.1.1 Анкеты заполняются пациентами во время пребывания пациентов в стационаре по форме Приложения № 4.

5.1.2 Анкетированию подлежит не менее 75 % от среднестатистического количества пациентов, находящихся на лечении в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.

5.2 Анкеты раздаются пациентам старшими медицинскими сестрами отделений.

5.2.1 Заполненные анкеты собираются старшими медицинскими сестрами и передаются главной медицинской сестре ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко для проведения анализа.

5.2.2 Главная медицинская сестра ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко результаты анкетирования представляет для изучения заместителю главного врача по медицинской части.

5.2.3 Результат считается удовлетворительным при 80% и более положительных ответов анкеты.

5.3 Главная медицинская сестра систематически изучает результаты анкетирования и проверку негативных фактов, отмеченных пациентами в анкетах.

Обо всех негативных фактах, подтвердившихся в ходе проверок, Главная медицинская сестра обязана сразу докладывать заместителю главного врача по медицинской части, заместителю главного врача по хирургической помощи ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко и главному врачу ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко ежемесячно на заседании Медицинского совета. Главный врач, при необходимости принимает меры административного воздействия.

5.4 Результаты анкетирования учитываются при проведении годового анализа функционирования СМК со стороны руководства в соответствии с п. 8 Положения «О системе менеджмента качества ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»».

VI Порядок проведения анонимного анкетирования пациента, находящегося на консультации (лечении) в поликлинике ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко

6.1 Анкетирование должно проводиться ежеквартально до 25 числа последнего месяца квартала методом случайной выборки, среди лиц, получающих амбулаторно-поликлиническую помощь.

6.2.1 Анкеты заполняются пациентами в день посещения поликлиники по форме Приложения № 5.

6.2.2 Анкетированию подлежит не менее 5% от среднестатистического количества посетивших поликлинику ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.

6.2 Анкеты раздаются пациентам медицинскими сестрами поликлиники, принимающие участие в амбулаторном приеме.

6.2.1 Заполненные анкеты собираются медицинскими сестрами поликлиники и передаются старшей медицинской сестре поликлиники ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко для проведения анализа.

6.2.2 Старшая медицинская сестра поликлиники результаты анкетирования представляет заведующему поликлиникой ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.

6.2.3 Результат считается удовлетворительным при 80% и более положительных ответов анкеты.

6.3 Заведующий поликлиникой ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко систематически изучает результаты анкетирования и проверку негативных фактов, отмеченных пациентами в анкетах. О результатах анкетирования докладывает главному врачу ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, который при необходимости принимает административные решения.

6.4 Результаты анкетирования учитываются при проведении годового анализа функционирования СМК со стороны руководства в соответствии с п. 8 Положения «О системе менеджмента качества ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»».

Нормативные ссылки

1. ISO 9001:2008 Системы менеджмента качества. Требования/Quality management systems – Requirements;
2. Федеральный закон № 61 от 12 апреля 2010 г «Об обращении лекарственных средств»
3. Федеральный закон № 323 от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
4. Федеральный закон № 326 от 29.11.2010 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
5. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 154 от 21.05.2002 «О введении формы учета клинико-экспертной работы в лечебно-профилактическом учреждении»;
6. Методические рекомендации № 2002/140 «Учет, оценка и анализ клинико-экспертной деятельности ЛПУ», утвержденные Минздравом РФ от 20.12.2002 № 2510/224-03-34;
7. Положение о системе менеджмента качества ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, утвержденное приказом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко № 116 от 23.09.2015 г.;
8. Положение о Медицинском совете ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, утвержденное приказом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко № 117 от 23.09.2015 г.;
9. Положение о врачебной комиссии ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, утвержденное приказом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко № 118 от 23.09.2015 г.;
10. Правила оформления медицинской документации в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, утвержденные приказом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко № 120 от 23.09.2015.

Приложение № 1

**Форма Карты внутреннего контроля КМП,
оказанной пациенту в стационаре**

КАРТА

**внутреннего контроля качества медицинской помощи, оказанной
пациенту в стационаре ГБУЗ «Пензенская областная клиническая
больница им. Н.Н. Бурденко»**

№ медицинской карты стационарного больного	
ф.и.о. пациента	
код заболевания по МКБ-10	
ф.и.о. лечащего врача	
код лечащего врача	

№ п/п	Оценочные критерии	Заведующий отделением, подразделе- нием	Заместитель главного врача по медицин- ской части, по хирургической помощи, заве- дующий РСЦ	Комиссия
		1 этап	2 этап	3 этап*
1.	Ведение пациента стационара (сбор жалоб, анамнеза, своевре- менность назначений, консилиу- мов и т.д.) адекватное – 0,15 неадекватное – 0			
2.	Ro, лабораторное и инструмен- тальное обследование (в соответ- ствии со стандартами) полное – 0,1 неполное – 0			
3.	Своевременность установления клинического диагноза да – 0,05 нет – 0			
4.	Обоснованность, полнота и соот- ветствие клинического диагноза МКБ-10 да – 0,05 нет – 0			
5.	Лечение (в соответствии со стан- дартами) в полном объеме – 0,2 не в полном объеме – 0			

№ п/п	Оценочные критерии	Заведующий отделением, подразделе- нием	Заместитель главного врача по медицин- ской части, по хирургической помощи, заве- дующий РСЦ	Комиссия
		1 этап	2 этап	3 этап*
6.	Необоснованное назначение ле- карственных препаратов и инстру- ментальных методов обследова- ния нет – 0,05 есть – 0			
7.	Выписка пациента стационара (в соответствии со стандартами) своевременная – 0,05 несвоевременная – 0			
8.	Оформление первичной медицин- ской документации без нарушений – 0,05 с нарушениями – 0			
9.	Расхождение диагнозов при посту- плении и заключительного нет – 0,1 да – 0			
10.	Наличие ятрогенных осложнений да – 0 нет – 0,2			
Коэффициент качества медицинской по- мощи (сумма 1-10 граф)				
ФИО эксперта				
Подпись эксперта				
Дата проведения экспертизы				

** - данный столбец заполняется после разбора случая соответствующей комиссией, проводившей внутренний контроль КМП 3 этапа*

Приложение № 2

Форма Журнала внутреннего контроля качества

ЖУРНАЛ
внутреннего контроля качества медицинской помощи, оказанной
в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница
им. Н.Н. Бурденко»

Наименование отделения	
ф.и.о. лечащего врача	
ф.и.о. эксперта (1 этап)	
ф.и.о. эксперта (2 этап)	

№ п/п	Дата эк- perti- зы	№ меди- цинской карты ста- ционарно- го/ амбу- латорного больного	Оценочные критерии по графам карт контроля качества медицин- ской помощи										Итоговая оценка (коэф- фициент качества меди- цинской помощи)		
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1 этап	2 этап	3 этап*

**-данные столбцы заполняются после разбора случая соответствующей комиссией, проводившей внутренний контроль КМП 3 этапа*

Приложение № 3

Форма Карты внутреннего контроля КМП, оказанной пациенту в поликлинике

КАРТА
внутреннего контроля качества медицинской помощи, оказанной пациенту в поликлинике ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

№ медицинской карты амбулаторного больного	
ф.и.о. пациента	
код заболевания по МКБ-10	
ф.и.о. лечащего врача	
код лечащего врача	

№ п/п	Оценочные критерии	Заведующая терапевтическим отделением, кардиологическим диспансером, диabetологическим центром, дневным стационаром	Заведующая поликлиникой	Комиссия
		1 этап	2 этап	3 этап*
1.	Ведение пациента в поликлинике (сбор жалоб, анамнеза, своевременность назначений, консультации и т.д.) • адекватное – 0,15 • неадекватное – 0			
2.	Своевременность установления диагноза • да – 0,1 • нет – 0			
3.	Обоснованность, полнота и соответствие диагноза МКБ-10 • да – 0,1 • нет – 0			
4.	Обоснованность и своевременность направления на госпитализацию • обоснованно – 0,05 • необоснованно – 0			

№ п/п	Оценочные критерии	Заведующая терапевтическим отделением, кардиологическим диспансером, диабетологическим центром, дневным стационаром	Заведующая поликлиникой	Комиссия
		1 этап	2 этап	3 этап*
5.	Ro, лабораторное и инструментальное обследование (в соответствии со стандартами) • полное – 0,1 • неполное – 0			
6.	Лечение пациента (в соответствии со стандартами) • обоснованная – 0,1 • необоснованная – 0			
7.	Необоснованное назначение лекарственных препаратов и инструментальных методов обследования • нет – 0,1 • есть – 0			
8.	Отбор и осуществление Д-наблюдения • проведен, в полном объеме или не требуется – 0,1 • не проведен, не в полном объеме – 0			
9.	Оформление первичной медицинской документации • без нарушений – 0,1 • с нарушениями – 0			
10.	Отсутствие обоснованных жалоб пациентов • отсутствуют – 0,1 • имеются – 0			
Коэффициент качества медицинской помощи (сумма 1-10 граф)				
ф.и.о. эксперта				
Подпись эксперта				
Дата проведения экспертизы				

* – данный столбец заполняется после разбора случая соответствующей комиссией, проводившей внутренний контроль КМП 3 этапа

Приложение № 4

Форма анонимной анкеты пациента, находящегося на лечении в стационаре

Анонимная анкета пациента, находящегося на лечении в ста- ционаре ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

Уважаемые пациенты!

*Данная анкета разработана с целью изучения мнения пациентов
о качестве и доступности медицинской помощи, оказываемой в ГБУЗ
«Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко».*

*Просим Вас ознакомиться с вопросами и вариантами ответов на них.
Вариант ответа, совпадающий с Вашим мнением, отметьте знаком «V» в
соответствующей строке анкеты.*

1. Сроки Вашего ожидания госпитализации:		
менее 1 месяца ☐	более 1 месяца ☐ (укажите сколько _____)	
2. Время Вашего нахождения в приемном отделении при госпитализации:		
до 40 минут ☐	от 40 минут до 3 часов ☐	более 3 часов ☐ (укажите сколько _____)
3. Удовлетворены ли Вы отношением к Вам врачебного персонала:		
да ☐	нет ☐ (укажите их ФИО _____)	
4. Удовлетворены ли Вы отношением к Вам среднего медицинского персонала:		
да ☐	нет ☐ (укажите их ФИО _____)	
5. Удовлетворены ли Вы отношением к Вам санитарок:		
да ☐	нет ☐ (укажите их ФИО _____)	
6. Приобретали ли Вы медикаменты во время нахождения в стационаре:		
да ☐ (укажите примерную сумму _____)	нет ☐	
7. При длительности в стационаре более 7 дней, меняли ли Вам постельное бельё:		
да ☐	нет ☐	
8. Удовлетворены ли Вы условиями пребывания в стационаре:		
да ☐	нет ☐ (укажите причину _____)	
9. Удовлетворены ли Вы питанием:		
да ☐	нет ☐ (укажите причину _____)	
10. Удовлетворены ли Вы информацией о Вашем заболевании, предоставленной врачом:		

да ☐	нет ☐ (укажите причину _____)
11. Удовлетворены ли Вы рекомендациями при выписке, данными врачом:	
да ☐	нет ☐ (укажите причину _____)
12. Удовлетворены ли Вы качеством оказанной медицинской помощью в целом:	
да ☐	нет ☐ (укажите причину _____)
13. За время пребывания в нашей больнице сталкивались ли Вы с фактами вымогательства денежных средств медицинским персоналом за проведение процедур, манипуляций, обследования, назначения медицинских препаратов:	
да ☐	нет ☐
14. Ваши пожелания по улучшению качества оказываемой медицинской помощи:	

Приложение № 5

Форма анонимной анкеты пациента, находящегося на консультации (лечении) в поликлинике

Анонимная анкета пациента, находящегося на консультации (лечении) в поликлинике ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

Уважаемые пациенты! Данная анкета разработана с целью изучения мнения пациентов о качестве и доступности медицинской помощи, оказываемой в поликлинике ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко».

Просим Вас ознакомиться с вопросами и вариантами ответов на них. Вариант ответа, совпадающий с Вашим мнением, отметьте знаком «V» в соответствующей строке анкеты.

1. Срок Вашего ожидания консультации:	
до 14 дней ☐	более 14 дней ☐
2. Время Вашего ожидания в очереди к врачу:	
до 40 минут ☐	более 40 минут ☐
3. Удовлетворены ли Вы отношением к Вам врачебного персонала:	
да ☐	нет ☐ (укажите их ФИО _____)
4. Удовлетворены ли Вы отношением к Вам среднего медицинского персонала:	
да ☐	нет ☐ (укажите их ФИО _____)
5. Удовлетворены ли Вы отношением к Вам медицинских регистраторов:	
да ☐	нет ☐ (укажите их ФИО _____)
6. Удовлетворены ли Вы режимом работы поликлиники:	
да ☐	нет ☐ (укажите причину _____)
7. Удовлетворены ли Вы условиями пребывания в поликлинике:	
да ☐	нет ☐ (укажите причину _____)
8. Удовлетворены ли Вы объемом медицинских услуг, предоставляемым поликлиникой:	
да ☐	нет ☐ (укажите причину _____)
9. Удовлетворены ли Вы информацией о Вашем заболевании, предоставленной врачом:	
да ☐	нет ☐ (укажите причину _____)

10. Удовлетворены ли Вы рекомендациями при окончании консультации, данными врачом:	
да ☐	нет ☐ (укажите причину _____)
11. Удовлетворены ли Вы качеством оказанной медицинской помощью в целом:	
да ☐	нет ☐ (укажите причину _____)
12. За время пребывания в нашей больнице сталкивались ли Вы с фактами вымогательства денежных средств медицинским персоналом за проведение процедур, манипуляций, обследования, назначения медицинских препаратов:	
да ☐	нет ☐
13. Ваши пожелания по улучшению качества оказываемой медицинской помощи:	



**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
(ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко)**

П Р И К А З

28.08.2015

№ 122

г. Пенза

**Об организации внутреннего аудита системы менеджмента качества
ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»**

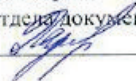
В целях обеспечения постоянного контроля функционирования системы менеджмента качества ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко (далее – СМК) и в соответствии с п. 8.2.2 стандарта ISO 9001:2008 о необходимости проведения внутреннего аудита СМК, **п р и к а з ы в а ю:**

1. Создать отдел внутреннего аудита СМК ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.
2. Назначить начальником отдела внутреннего аудита СМК ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н.Бурденко Юкину Лидию Анатольевну – бухгалтера – ревизора бухгалтерии.
3. Утвердить персональный состав группы внутреннего аудита СМК ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н.Бурденко (Приложение 1).
4. Утвердить Положение об организации и проведении внутреннего аудита системы менеджмента качества ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» (Приложение 2).
5. Заведующему организационно-методическим отделом Дылдину А.В. организовать планирование и проведение внутренних аудитов СМК.
6. Заместителю главного врача по экономическим вопросам Разиной Н.Ю. внести соответствующие изменения в штатное расписание.
7. Начальнику отдела документационного обеспечения Разиной Н.В. довести настоящий приказ до сведения заинтересованных лиц.
8. Представителя руководства по качеству - заместителя главного врача по медицинской части Фролову И.В. назначить ответственной за актуализацию настоящего приказа.
9. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Главный врач

С.В. Евстигнеев

Начальник юридического отдела
 Н.В. Флеопова «25» 09 2015

Начальник
отдела документационного обеспечения
 Н.В. Разина «25» 09 2015

Представитель руководства
по качеству
 И.В. Фролова «25» 09 2015

**Персональный состав группы внутренних аудиторов СМК ГБУЗ ПОКБ
им. Н.Н. Бурденко**

№ п/п	Фамилия, имя, отчество аудитора	Должность
1.	Юкина Лидия Анатольевна	Бухгалтер – ревизор бухгалтерии
2.	Разина Надежда Викторовна	Начальник отдела кадров/отдела документационного обеспечения
3.	Флеонова Наталья Владимировна	Начальник юридического отдела
4.	Лавровская Татьяна Геннадьевна	Специалист отдела кадров
5.	Новикова Елена Анатольевна	Специалист отдела кадров
6.	Кочемирова Татьяна Владимировна	Экономист планово - экономического отдела
7.	Буданова Мария Ивановна	Экономист планово - экономического отдела
8.	Костерина Кристина Михайловна	Специалист контрактной службы
9.	Башкирова Ольга Анатольевна	Старшая медицинская сестра
10.	Федорова Ольга Викторовна	Заведующая организационно – методическим кабинетом организационно – методического отдела
11.	Нагорнова Татьяна Ивановна	Инженер охраны труда
12.	Черноус Елена Юрьевна	Инженер охраны труда
13.	Палиенко Людмила Владимировна	Заведующая аптекой
14.	Дылдин Алексей Валерьевич	Заведующий организационно – методическим отделом

ПОЛОЖЕНИЕ
об организации и проведении
внутреннего аудита системы менеджмента качества
ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница
им. Н.Н. Бурденко»

СОДЕРЖАНИЕ

Назначение и область применения	3
Ответственность	3
Изменения	4
Определения, сокращения и обозначения.....	5
I Планирование внутренних аудитов	7
II Требования к внутренним аудиторам.....	9
III Распределение обязанностей при проведении внутренних аудитов	10
IV Порядок проведения внутреннего аудита	12
V Ведение документации по внутренним аудитам	19
Нормативные ссылки	20
Приложение №1 Форма Графика внутреннего аудита.....	21
Приложение №2 Форма Программы проведения внутреннего аудита	22
Приложение №3 Форма Отчета о проведении внутреннего аудита.....	23
Приложение №4 Форма Плана корректирующих действий по несоответствиям, выявленным при проведении внутреннего аудита.....	24

Назначение и область применения

Настоящее Положение «Организация и проведение внутреннего аудита системы менеджмента качества ГБУЗ “Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко”» (далее – **Положение**) устанавливает порядок проведения внутреннего аудита системы менеджмента качества в соответствии с требованиями п. 8.2.2 ISO 9001:2008 Системы менеджмента качества. Требования/ Quality management systems – Requirements и с учетом рекомендаций ISO 19011:2011 Руководящие указания по аудиту систем менеджмента/ Guidelines for auditing management systems.

Настоящее Положение разработано в целях:

- определения соответствия системы менеджмента качества запланированным мероприятиям, требованиям международного стандарта ISO 9001:2008 и установленным ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» требованиям к системе менеджмента качества;

- определения результативности функционирования системы менеджмента качества и выявления потенциальных возможностей и направлений для улучшения Системы менеджмента качества;

- представления результатов внутренних аудитов высшему руководству в рамках проведения анализа функционирования системы менеджмента качества

и определяет единые требования по организации и проведению внутреннего аудита системы менеджмента качества, по планированию и внедрению корректирующих действий по результатам внутренних аудитов системы менеджмента качества и оценке их результативности, по установлению оптимального взаимодействия ответственных лиц по обмену информацией при организации и проведении внутреннего аудита системы менеджмента качества, по оформлению и управлению документацией, содержащей результаты планирования и проведения внутренних аудитов.

Настоящее Положение действительно для всех подразделений, руководителей и специалистов ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» (далее – ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко), задействованных в Системе менеджмента качества.

Ответственность

Ответственность за организацию разработки и актуализацию настоящего Положения несет Заведующий отделом внутреннего аудита системы менеджмента качества.

Ответственными за исполнение настоящего Положения являются:

- внутренние аудиторы системы менеджмента качества, назначенные приказом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко;

- руководители и работники структурных подразделений ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, участвующие в реализации системы менеджмента качества, деятельность которых проверяется в ходе внутреннего аудита системы менеджмента качества;

- руководители и работники ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, задействованные в процедуре разработки, согласования и утверждения документации по внутреннему аудиту Системы менеджмента качества.

Изменения

Внесение изменений/дополнений в настоящее Положение осуществляется путем его переиздания на основании приказа главного врача ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко с обязательным ознакомлением всех работников.

Определения, сокращения и обозначения

Определения

Аудит (проверка) – систематический, независимый и документированный процесс получения свидетельств аудита и их объективного оценивания для определения степени соответствия критериям аудита.

Аудит деятельности подразделений - представляет собой оценку деятельности подразделения в рамках СМК, ориентирован на проверку выполнения требований, относящихся к компетенции конкретного подразделения, и позволяет выборочно проверить отдельные элементы СМК.

Аудит исполнения процедур - представляет собой проверку выполнения требований конкретных ЛНА и другой внутренней документации ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко и подразумевает проверку не только реализации процедуры, включая задействованных работников, но и позволяет определить достаточность действий, регламентированных процедурой.

Аудитор – лицо, проводящее аудит.

Аудит процесса - представляет собой оценку этапов процесса и взаимосвязей с другими процессами в рамках СМК, нацелен на производственный цикл и конечные результаты и подразумевает не только проверку выполнения требований документации, но и оценку показателей, характеризующих функционирование процесса, достаточность ресурсов (финансов, персонала, инфраструктуры и т.д.), необходимых для осуществления процесса.

Главный аудитор – аудитор, ответственный за подготовку и проведение проверки объекта аудита, назначенный в соответствии с процедурой планирования.

График аудита – совокупность аудитов (проверок), запланированных на конкретный интервал времени и направленных на достижение конкретной цели.

Запись – документ, излагающий достигнутые результаты или представляющий свидетельства осуществленной деятельности.

Команда по аудиту – один или несколько аудиторов, проводящих аудит.

Корректирующее действие – действие, предпринятое для устранения причины выявленного несоответствия.

Коррекция – действие, предпринятое для устранения выявленного несоответствия.

Критерии аудита – совокупность политики, процедур или требований, используемых в качестве регулирующих документов аудита.

Медицинский совет – постоянно действующий коллегиальный совещательный орган, созданный в целях координации работ по обеспечению надлежащего качества медицинской помощи и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ ПОКБ им Н.Н. Бурденко.

Объект аудита – объем и границы аудита (например, структурное подразделение, процесс, процедура).

Отчет о проведении внутреннего аудита – итоги аудита, представленные командой по аудиту после рассмотрения целей аудита и всех результатов аудита.

Программа аудита – договоренности (соглашения) о проведении аудитов, указанных в графике аудитов.

Результаты (наблюдения) аудита – результат оценивания собранных свидетельств аудита по отношению к критериям аудита.

Руководитель объекта аудита – руководитель подразделения, ответственный за процесс или исполнение процедуры в зависимости от объекта аудита.

Свидетельства аудита – записи, изложение фактов или другая информация, которые имеют отношение к критериям аудита и могут быть проверены. Свидетельство аудита может быть качественным или количественным.

Система менеджмента качества – совокупность взаимосвязанных или взаимодействующих элементов для установления политики и целей в области качества и достижения этих целей, а также руководства и управления организацией применительно к качеству.

Сокращения

АСУ – автоматизированная система управления;

ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко - ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»;

ВА – внутренний аудит;

КД – корректирующее действие;

ЛНА – локальный нормативный акт;

МП – медицинская помощь;

СМК – система менеджмента качества;

СМП – стандарты оказания медицинской помощи.

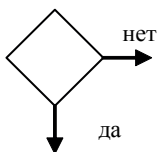
Обозначения



- начало и завершение процедуры;



- описание мероприятия, задачи, действия;



- принятие решения;



- документ;



- указание направления от одной операции к следующей в общей последовательности выполнения процедуры.

I Планирование внутренних аудитов

1.1. Внутренние аудиты СМК должны проводиться в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко через запланированные промежутки времени с целью:

- проверки функционирования и результативности СМК;
- определения соответствия СМК Политике ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко в области качества;
- установления соответствия выполняемых процедур и процессов требованиям ISO 9001:2008 и внутренним требованиям СМК;
- проверки соблюдения применимых законодательных и нормативных требований;
- оценки необходимости проведения корректирующих действий;
- определение имеющихся потенциальных возможностей для дальнейшего улучшения СМК.

1.2. В зависимости от объекта аудита в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко могут проводиться следующие виды аудитов:

- аудит деятельности подразделений;
- аудит процессов;
- аудит исполнения процедур.

Выбор вида объекта аудита (подразделение/процесс/процедура) должен проводиться при планировании внутренних аудитов на год.

1.3. Регулирующими документами (критериями аудита) являются:

- Политика ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко в области качества;
- ежегодные Цели в области качества ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко;
- международный стандарт ISO 9001:2008;
- договоры на оказание платных услуг по предоставлению МП с физическими лицами/организациями;
- договоры/соглашения с другими заинтересованными сторонами, содержащие требования, применимые к объекту аудита;
- внутренняя документация ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, относящаяся к объекту аудита;
- законодательные и нормативные правовые документы, включая СМП и Порядки оказания медпомощи, принятые или обязательные для объекта аудита.

1.4. Объем проведения внутреннего аудита определяется годовым Графиком внутреннего аудита СМК ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко (далее – График) (Приложение № 1), на основании которого разрабатываются Программы проведения внутреннего аудита (далее – Программы) (Приложение № 2).

1.5. Проверку объекта аудита должен проводить главный аудитор или несколько аудиторов (команда по аудиту), один из которых назначается главным аудитором в Графике.

1.6. Ежегодно каждый элемент ISO 9001:2008 должен проверяться не менее чем в трех подразделениях ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко. В течение трех лет должны быть подвергнуты аудиту все подразделения ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, участвующие в реализации СМК.

1.7. Проект Графика на следующий календарный год должен разрабатываться с учетом планируемого времени проведения и необходимых ресурсов. При формировании Графика должны учитываться статус и важность процессов, видов деятельности и процедур, подлежащих аудиту, а также должна соответствующим образом планироваться необходимая частота и объем проверок объектов аудита, наиболее важных с точки зрения обеспечения качества оказываемых услуг, и элементов ISO 9001:2008, связанных с подразделениями, процессами и процедурами, в большей степени влияющими на качество оказываемых медицинских услуг.

1.8. В Графике должна быть предусмотрена соответствующая идентификация (выделение жирным шрифтом, подчеркивание и т.п.) проблемных объектов аудита и элементов ISO 9001:2008, если таковые имеются.

1.9. График может формироваться как по одному виду объекта аудита, так и объединять в себя различные виды объектов аудитов (подразделения/процессы/ процедуры), при этом обеспечивая проверку всех видов деятельности, входящих в область применения СМК ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.

1.10. Обязательное включение в График тех или иных объектов аудита должно быть обусловлено:

- количеством несоответствий и/или повторяющиеся несоответствия по результатам предыдущих аудитов или в результате других проводимых проверок деятельности и анализа данных;
- наличием претензий от ответственных за процессы СМК к входам, ресурсам процессов СМК;
- наличием претензий от потребителя (пациенты и другие заинтересованные стороны) к предоставляемым медицинским услугам;
- наличием имеющихся проблем взаимодействия между подразделениями;
- внедрением вновь разработанных документированных процедур и т.д.

1.11. Допускается корректировка Графика в случае производственной необходимости по разрешению главного врача. Все изменения (дополнения) утвержденного Графика должны проводиться лицами, согласовавшими и утвердившими этот График в установленном порядке.

1.12. Такие изменения (дополнения) Графика как:

- переименование СП (при условии сохранения прежнего функционала);

- передача проверяемого функционала полностью другому СП и/или упразднение СП;

- назначение другого главного аудитора

не требуют переутверждения Графика, а оформляются решениями Протокола заседания Медицинского Совета. Заведующий отделом внутреннего аудита СМК – руководитель группы внутренних аудиторов на оригинале утвержденного Графика вручную должен внести соответствующие исправления, заверить их подписью и датой внесения изменений (дополнений) со ссылкой на Протокол заседания Медицинского Совета.

1.13. При формировании Программ должно планироваться большее количество времени и/или задействоваться большее количество аудиторов для проверки элементов ISO 9001:2008 и объектов аудита, связанных с процессами и процедурами, непосредственно влияющих на качество оказываемых медицинских услуг, или тех элементов ISO 9001:2008 и объектов аудита, где имеются наибольшее количество несоответствий и/или повторяющиеся несоответствия по результатам предыдущих аудитов.

1.14. Внеплановый аудит должен проводиться по приказу главного врача:

- в случае неоказания необходимого объема медицинской помощи в рамках ОМС и ДМС, а также заявленного объема платных медицинских услуг;

- по результатам внешних проверок, выявившим серьезные нарушения в работе ПОКБ им. Н.Н. Бурденко;

- при получении значительного числа/повторяющихся жалоб пациентов по качеству МП;

- в случае выявления других серьезных несоответствий в СМК.

II Требования к внутренним аудиторам

2.1. Внутренний аудит СМК осуществляет группа внутренних аудиторов из числа работников ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, прошедших специальное обучение и назначенных приказом главного врача. Группа внутренних аудиторов действует под управлением заведующего отделом внутреннего аудита СМК – руководителя группы внутренних аудиторов, назначенного приказом главного врача.

2.2. Работники, которые проводят внутренние аудиты, обязаны предварительно пройти соответствующее обучение. Обучение может быть внешним или внутренним, проводимым работниками ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, имеющими подтверждение квалификации внутреннего аудитора.

2.3. Критериями квалификации аудиторов являются: наличие документов о высшем/среднем образовании, документов о прохождении внешнего или внутреннего обучения на внутреннего аудитора и стаж работы в ПОКБ им. Н.Н. Бурденко – не менее полугода. Подтверждением квалификации при внешнем обучении служат документы об успешном прохождении курса обучения внутреннего аудитора СМК по требованиям ISO 9001:2008 и ISO 19011:2011, при внутреннем обучении - разработанная программа внутреннего обучения и результаты тестирования.

2.4. Аудиторы должны обладать знаниями и навыками в следующих областях:

а) принципы, процедуры, методы аудита – на уровне возможности проводить аудит «на месте», возможности обмена информацией с коллегами на рабочем месте;

б) система менеджмента качества и ссылочные документы – на уровне возможности применить соответствующие части ЛНА, содержащих описание СМК, соответствующих процессов и процедур СМК, законодательные и нормативные и другие внешние документы в качестве критериев аудита;

в) структура управления (организационная структура) – на уровне возможности описать структуру, понять функции проверяемого подразделения и проверить их выполнение.

2.5. Не допускается привлечение к проведению внутренних аудитов СМК персонала, несущего непосредственную ответственность за объект аудита (деятельность подразделения, процесса или процедуры).

III Распределение обязанностей при проведении внутренних аудитов

3.1. Руководитель группы внутренних аудиторов – заведующий отделом внутреннего аудита СМК:

- формирует группу внутренних аудиторов и организует их периодическое обучение;

- составляет График и согласовывает его с представителем руководства по качеству;

- контролирует сроки формирования и правильность составления Программ, согласовывает Программы;

- принимает участие во внутренних аудитах СМК;

- координирует проведение внутренних аудитов СМК;

информирует внутренних аудиторов и руководителей объектов аудита о сроках проведения внутренних аудитов в соответствии с Графиком проведения внутренних аудитов;

контролирует сроки проведения внутренних аудитов;

- контролирует правильность формулировок выявленных несоответствий и обоснованность оценки необходимости корректирующих действий в Отчетах;

- утверждает Отчеты о проведении внутренних аудитов;

- проводит согласование Планов корректирующих действий, оценивает достаточность запланированных коррекций и корректирующих действий;

- обеспечивает размещение на выделенном сетевом ресурсе и учет документации по внутренним аудитам (раздел V настоящего Положения).

Руководитель группы внутренних аудиторов несет ответственность за все этапы проверки, принимает окончательное решение по спорным вопросам в процессе проведения проверки, по срокам выполнения корректирующих мероприятий, контролирует их выполнение.

Руководитель группы внутренних аудиторов обязан ежегодно представлять главному врачу ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко отчет о проведенных аудитах в подразделениях для анализа функционирования СМК.

Отчет должен содержать:

- сведения о выполнении Графика;

- сведения о несоответствиях по разделам ISO 9001:2008, выявленных при проведении аудитов в подразделениях;

- сведения об устранении несоответствий и выполнении корректирующих действий;

- сведения об оценке результативности корректирующих действий по несоответствиям предыдущего периода;

- рекомендации и предложения по итогам проведенных аудитов.

Заключительная часть годового отчета о проведении внутренних аудитов должна включать в себя:

- выводы по результатам годового цикла аудитов;

- выводы о результативности внедрения СМК и поддержания ее в рабочем состоянии;

- указания по планированию внутренних аудитов на следующий год.

Ежегодный отчет должен оформляться в течение месяца после проведения последнего аудита в соответствии с утвержденным Графиком.

3.2. Главный аудитор:

- составляет Программу проведения внутреннего аудита;

- распределяет задачи членам команды по аудиту;

- во время проведения вводного совещания представляет аудиторов, подтверждает цели, область и критерии аудита, знакомит руководителя объекта аудита с методами и процедурами аудита; определяет время заключительного совещания с руководителем объекта аудита;

- сообщает результаты проверки руководителю объекта аудита на заключительном совещании, проводит оценку необходимости разработки корректирующих действий по выявленным в ходе аудита несоответствиям;

- составляет Отчет о проведении внутреннего аудита при участии команды по аудиту, согласовывает Отчет с руководителем объекта аудита, подписывает Отчет;

- проводит проверки выполнения коррекций и корректирующих действий по результатам предыдущего аудита и подтверждает их достаточность, делает отметку в Плане корректирующих действий о выполнении/невыполнении коррекций и корректирующих действий и о результативности последних;

- исполняет обязанности аудитора.

3.3. Аудитор:

- сообщает и разъясняет требования проверки работникам проверяемого объекта;

- анализирует документацию, относящуюся к объекту аудита (внешние и внутренние нормативные документы, записи предыдущих аудитов и т.п.);

- собирает информацию, необходимую и достаточную для составления заключения о функционировании объекта аудита, путем опроса (беседы с участниками процесса/работниками проверяемого подразделения/ исполнителями процедуры), анализа документов, наблюдения за деятельностью работников;

- ведет рабочие записи в ходе аудита;
- анализирует информацию, оценивает свидетельства аудита по отношению к критериям аудита;

- идентифицирует несоответствия на языке конкретных требований документов, на соответствие которым проводилась проверка;

- составляет рекомендации по улучшению деятельности для объекта аудита (в Отчете о внутреннем аудите), при их наличии;

- документирует свидетельства аудита в Отчете о внутреннем аудите;

- подписывает Отчет о внутреннем аудите.

3.4. Руководитель проверяемого объекта:

- знакомится с Программой внутреннего аудита;
- информирует персонал подчиненного подразделения о целях аудита;

- назначает сопровождающих лиц из числа персонала, которые должны обеспечить контакты и назначение времени для бесед, доступ аудиторов к необходимым документам, оборудованию, материалам и т.п., осуществлять оценку правильности информации во время ее сбора, а также обеспечить безопасность и ознакомление аудиторов с правилами безопасности;

- знакомится под роспись с Отчетом о проведении аудита;

- разрабатывает и представляет, при необходимости, руководителю группы внутренних аудиторов План корректирующих действий по несоответствиям, выявленным при проведении аудита;

- контролирует сроки и результат выполнения запланированных мероприятий (коррекции и корректирующие действия).

Руководитель проверяемого объекта несет персональную административную ответственность за невыполнение в установленные сроки коррекций и корректирующих действий по устранению причин выявленных в ходе аудита несоответствий.

IV Порядок проведения внутреннего аудита

Порядок проведения внутренних аудитов в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко представлен в Таблице 1.

Таблица 1

Порядок и этапы проведения внутреннего аудита СМК

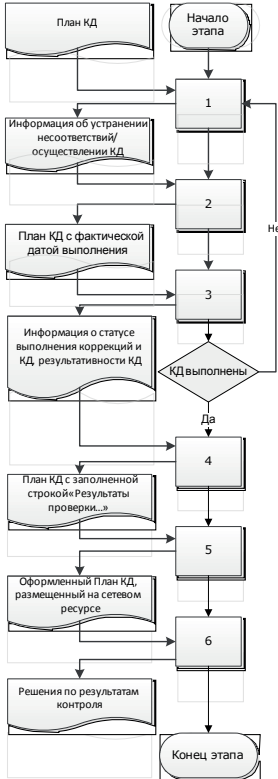
Блок-схема этапа процедуры	Наименование операции	Исполнитель	Требование
1. Формирование Графика внутренних аудитов СМК на предстоящий год			
<pre> graph TD Start([Начало этапа]) --> 1[1] 1 --> Draft[Проект Графика аудита] Draft --> 2[2] 2 --> Agreed[Согласованный График аудита] Agreed --> 3[3] 3 --> Approved[Утвержденный График аудита] Approved --> 4[4] 4 --> Distributed[Доведенный до сведения работников График аудита] Distributed --> 5[5] 5 --> Posted[Размещенный на сетевом ресурсе График аудита] Posted --> End([Конец этапа]) </pre>	1. Разработка проекта Графика внутреннего аудита СМК ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко	Руководитель группы внутренних аудиторов	В срок до 20 декабря года, предшествующего аудиту; п.п. 1.4-1.12 и Приложение № 1 настоящего Положения
	2. Согласование Графика аудита	Представитель руководства по качеству	В срок до 23 декабря; п.3.1 настоящего Положения
	3. Утверждение Графика аудита	Главный врач	В срок до 25 декабря; п. 1.4 настоящего Положения
	4. Ознакомление с Графиком всех заинтересованных работников ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко	Руководитель группы внутренних аудиторов	В срок до 30 декабря; п. 3.1 настоящего Положения
	5. Размещение Графика на сетевом ресурсе	Руководитель группы внутренних аудиторов	В срок до 30 декабря; п. 3.1 настоящего Положения. График размещается в отсканированном виде

Блок-схема этапа процедуры	Наименование операции	Исполнитель	Требование
2. Формирование Программы проведения внутреннего аудита			
	1. Разработка Программы проведения внутреннего аудита	Главный аудитор	В срок за 10 рабочих дней до начала проверки; п.п. 1.4, 1.13 и Приложение № 2 настоящего Положения
	2. Согласование Программы аудита	Руководитель группы внутренних аудиторов	В срок за 8 рабочих дней до начала проверки; п. 3.1 настоящего Положения
	3. Размещение Программы на сетевом ресурсе	Руководитель группы внутренних аудиторов	В срок за 5 рабочих дней до начала проверки; п. 3.1 настоящего Положения. Программа размещается в отсканированном виде
	4. Направление руководителю объекта аудита информации о размещении Программы	Руководитель группы внутренних аудиторов	В срок за 5 рабочих дней до начала проверки (по электронной почте); п.3.1 настоящего Положения
	5. Ознакомление с Программой участников аудита	Руководитель объекта аудита	В срок за 3 рабочих дня до начала проверки; п. 3.4 настоящего Положения

Блок-схема этапа процедуры	Наименование операции	Исполнитель	Требование
3. Проведение внутреннего аудита			
<pre> graph TD A[Программа внутреннего аудита] --> B[Начало этапа] B --> 1[1] 1 --> C[Доведенная информация об аудите] C --> 2[2] 2 --> D[Рабочие записи аудиторов] D --> E{Выявлены несоответствия} E -- Да --> 3[3] E -- Нет --> 4[4] 3 --> F[Устраненные несоответствия] F --> G{Несоответствия могут быть устранены в ходе аудита} G -- Да --> 4 G -- Нет --> H[Этап 5] H --> 4 4 --> I[Выводы по аудиту] I --> 5[5] 5 --> J[Решение о необходимости КД] J --> K[Конец этапа] </pre>	1. Проведение вводного совещания	Главный аудитор	В течение 15 мин. до начала проведения аудита на рабочем месте; п. 3.2 настоящего Положения
	2. Проведение аудита	Главный аудитор/аудитор	В течение сроков, указанных в Программе проведения аудита; п.п. 3.2-3.3 настоящего Положения
	3. Устранение выявленных несоответствий	Руководитель объекта аудита	В ходе аудита до проведения заключительного совещания; Если несоответствие не может быть устранено в ходе аудита, руководитель объекта аудита должен согласовать с главным аудитором плановый срок его устранения, который заносится в Отчет по аудиту. В этом случае коррекция и срок ее фактического выполнения должны вноситься в План корректирующих действий (см. этап 5). Устранение несоответствия в ходе аудита не является основанием для исключения информации о нем из отчетных документов по аудиту
	4. Заключительное совещание	Главный аудитор	В течение 15-30 мин. после окончания аудита на рабочем месте; п. 3.2 настоящего Положения
	5. Оценка необходимости КД	Главный аудитор совместно с руководителем объекта аудита	На заключительном совещании; п. 3.2 настоящего Положения, п. 7.1 «Положения о системе менеджмента качества ГБУЗ ПМКБ им. Н.Н. Бурденко». Руководитель объекта аудита проводит предварительный анализ причин несоответствия и на его основании принимается решение о необходимости разработки КД

Блок-схема этапа процедуры	Наименование операции	Исполнитель	Требование
4. Формирование Отчета по результатам внутреннего аудита			
	1. Составление и подписание Отчета	Главный аудитор/аудитор	В течение трех рабочих дней после проверки; п.п. 3.2-3.3 и Приложение № 3 настоящего Положения
	2. Согласование Отчета о проведении аудита с руководителем объекта аудита	Главный аудитор	В течение трех рабочих дней после проверки; п.п. 3.2, 3.4 настоящего Положения
	3. Утверждение Отчета по аудиту	Руководитель группы внутренних аудиторов	В течение двух рабочих дней после получения Отчета; п. 3.1 настоящего Положения
	4. Размещение Отчета на выделенном сетевом ресурсе	Руководитель группы внутренних аудиторов	В течение одного рабочего дня после утверждения Отчета; п.3.1 настоящего Положения. Отчет размещается в отсканированном виде
	5. Направление руководителю объекта аудита (по электронной почте) информации о размещении Отчета	Руководитель группы внутренних аудиторов	В течение одного рабочего дня после размещения Отчета на выделенном сетевом ресурсе; п.3.1 настоящего Положения

Блок-схема этапа процедуры	Наименование операции	Исполнитель	Требование
5. Разработка коррекций и корректирующих действий			
<pre> graph TD Start([Начало этапа]) --> Step1[1] Report[Отчет о проведении внутреннего аудита] --> Step1 Step1 --> PlanDev[Разработанный План КД] PlanDev --> Step2[2] Step2 --> PlanElec[План КД в электронном виде] PlanElec --> Step3[3] Step3 --> PlanAgreed[Согласованный План КД] PlanAgreed --> Step4[4] Step4 --> PlanPaper[План КД, оформленный на бумажном носителе] PlanPaper --> Step5[5] Step5 --> PlanNetwork[Размещенный на сетевом ресурсе План КД] PlanNetwork --> End([Конец этапа]) </pre>	1. Разработка Плана корректирующих действий	Руководитель объекта аудита	В течение 10 рабочих дней после получения утвержденного Отчета; п. 3.4 и Приложение № 4 настоящего Положения. В Плате КД должны быть также занесены планируемые коррекции, если несоответствие не было устранено в ходе аудита. Все мероприятия Плана КД должны иметь конкретные сроки и ответственных за их выполнение. Порядок анализа причин и разработки КД приведен в п. 7.1 «Положения о системе менеджмента качества ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко»
	2. Направление Плана КД на согласование руководителю группы внутренних аудиторов	Руководитель объекта аудита	В течение 1-го рабочего дня после разработки Плана КД; План КД направляется в электронном виде по электронной почте
	3. Согласование Плана КД	Руководитель группы внутренних аудиторов	В течение 2-х рабочих дней после получения Плана КД по электронной почте; п. 3.1 настоящего Положения. Согласование происходит по электронной почте
	4. Оформление Плана КД подписями в бумажном виде	Руководитель объекта аудита	В течение 1-го рабочего дня после получения согласования по электронной почте; Согласованный План КД распечатывается в бумажном виде и оформляется всеми необходимыми подлинными подписями
	5. Размещение Плана КД на выделенном сетевом ресурсе	Руководитель группы внутренних аудиторов	В течение 1-го рабочего дня после оформления Плана КД на бумажном носителе; п. 3.1 настоящего Положения. План КД размещается в отсканированном виде

Блок-схема этапа процедуры	Наименование операции	Исполнитель	Требование
6. Устранение несоответствий, осуществление корректирующих действий, контроль выполнения коррекций/КД и оценка результативности КД			
 <pre> graph TD Start([Начало этапа]) --> Step1[1] Step1 --> Step2[2] Step2 --> Step3[3] Step3 --> Decision{КД выполнены} Decision -- Да --> Step4[4] Decision -- Нет --> Step1 Step4 --> Step5[5] Step5 --> Step6[6] Step6 --> End([Конец этапа]) </pre>	1. Устранение несоответствий/осуществление КД	Указанные в Плане КД ответственные исполнители	В течение установленного в Плане КД срока; После выполнения мероприятий ответственные исполнители должны информировать об этом руководителя объекта аудита
	2. Контроль выполнения коррекций/КД и внесение фактической даты выполнения в План КД	Руководитель объекта аудита	В течение 5 рабочих дней после установленного в Плане КД срока; п. 3.4 настоящего Положения. Фактическая дата вносится вручную в бумажный экземпляр Плана КД
	3. Оценка статуса выполнения коррекций/КД и оценка результативности КД	Главный аудитор	При последующем аудите данного объекта аудита п. 3.2 настоящего Положения, п. 7.1 «Положения о системе менеджмента качества ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко». В случае невыполнения коррекций/КД главный аудитор докладывает об этом руководителю группы внутренних аудиторов, который должен назначить дополнительный срок
	4. Внесение результатов оценки в План КД	Главный аудитор	В течение одного рабочего дня после завершения повторного аудита на объекте; Данные по каждому мероприятию в бумажном экземпляре Плана КД вносятся в строку «Результаты проверки выполнения КД и их результативности»
	5. Размещение заполненного Плана КД на выделенном сетевом ресурсе	Руководитель группы внутренних аудиторов	В течение 2 рабочих дней после внесения информации по п. 2 и п. 4 данного этапа; п. 3.1 настоящего Положения. План КД размещается в отсканированном виде
	6. Контроль разработки и выполнения КД	Руководитель группы внутренних аудиторов	Постоянно, в ходе текущей деятельности и при аудитах; п. 3.1 настоящего Положения

V Ведение документации по внутренним аудитам

По процедуре проведения внутреннего аудита СМК ведется следующая документация:

- Графики внутреннего аудита СМК на год (Приложение №1);
- Программы проведения внутреннего аудита (Приложение № 2);
- Отчеты о проведении внутреннего аудита (номер отчета состоит из номера Программы в соответствии с Графиком и года) (Приложение № 3);
- Планы корректирующих действий по несоответствиям, выявленным при проведении аудита (Приложение №4);
- Годовые отчеты по аудитам руководителя группы внутренних аудиторов.

Документы по внутренним аудитам на бумажных носителях хранятся у руководителя группы внутренних аудиторов – заведующего отделом внутреннего аудита СМК и в подразделениях в папке «Внутренний аудит СМК» в течение трех лет.

Электронные версии документов по внутренним аудитам руководитель группы внутренних аудиторов – заведующий отделом внутреннего аудита СМК размещает на выделенном сетевом ресурсе. Папка по каждому году проведения аудита содержит подпапки «Планирование ВА», в которую размещают график и программы внутреннего аудита, «Проведение ВА», в которую размещают отчеты о внутренних аудитах и планы КД, и Итоговый отчет по внутренним аудитам руководителя группы внутренних аудиторов за год.

Полный доступ к электронной папке «Внутренний аудит» (для размещения, замены и изъятия файлов) имеют только представитель руководства по качеству, руководитель группы внутренних аудиторов – заведующий отделом внутреннего аудита СМК и работники отдела АСУ, для всех остальных работников ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко электронные версии документов доступны только для чтения.

Требования к форме ведения, место хранения и ответственные за настоящие записи указываются в Перечне обязательных записей СМК, приведенном в Положении «О системе менеджмента качества ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко».

Нормативные ссылки

1. ISO 9001:2008 Системы менеджмента качества. Требования/
Quality management systems – Requirements;
2. ISO 19011:2011 Руководящие указания по аудиту систем менеджмента/ Guidelines for auditing management systems;
3. Положение о системе менеджмента качества ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», утвержденное приказом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко № 116 от 23.09.2015 г.

Приложение №1

Форма Графика внутреннего аудита

УТВЕРЖДАЮ

**Главный врач
ГБУЗ «Пензенская областная клиниче-
ская больница им. Н.Н. Бурденко»**

подпись

ФИО

« ____ » _____ 20__ г.

ГРАФИК
внутреннего аудита системы менеджмента качества
ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница
им. Н.Н. Бурденко»
на ____ год

№ Программы аудита	Объект аудита (Процесс/ подразделение/ процедура)	Главный аудитор/ аудитор(ы) (ФИО)	Проверяемые пункты ISO 9001:2008	Срок проведения (месяц)
1	2	3	4	5

Составил:

Руководитель группы внутренних аудиторов

должность

инициалы, фамилия

дата

подпись

Согласовано:

Представитель руководства по качеству

должность

инициалы, фамилия

дата

подпись

Приложение №2

Форма Программы проведения внутреннего аудита

ПРОГРАММА проведения внутреннего аудита № _____				
Объект аудита	указать подразделение/процесс/процедуру			
Тип аудита	плановый/внеплановый: указать причину			
Критерии аудита	указывается перечень документов, разделов, пунктов на соответствие которым проводится проверка (ISO 9001:2008, ЛНА, законодательные и нормативные документы и др.)			
Дата и продолжительность аудита	указывается планируемый срок и продолжительность аудита			
Проверка КД	указывается № и пункты Отчета о внутреннем аудите, по которым необходимо провести проверку выполнения корректирующих действий (мероприятий) и их результативности (по несоответствиям предыдущих аудитов, в случае их отсутствия ставится прочерк)			
Место проведения аудита	указывается местонахождение подразделений ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, в которых будет проводиться аудит			
Главный аудитор	указываются должность, ФИО			
Аудитор(ы)	указываются должность, ФИО			
	Должность	ФИО	Дата	Подпись
Составил: Главный аудитор				
Согласовано: Руководитель группы внутренних аудиторов				

Приложение №3

Форма Отчета о проведении внутреннего аудита

ОТЧЕТ О ПРОВЕДЕНИИ ВНУТРЕННЕГО АУДИТА № ____-20__					
Объект аудита		указывается наименование объекта аудита			
Дата аудита		указывается фактический срок аудита			
Тип аудита		плановый/внеплановый: указать причину			
Выявленные несоответствия					
№ п/п	Несоответствие			Коррекция (устранено или планируемый срок устране- ния)	Оценка необ- ходимости КД (требуется/ не требуется)
	Описание (выявлено впервые/по- вторно)	Элемент ISO 9001:2008	Разделы/пун- кты норма- тивного доку- мента		
1	2	3	4	5	6
Рекомендации по улучшению		Приводятся рекомендации по улучшению деятельности объек- та аудита			
Выводы по результа- там аудита		Приводятся краткие выводы по полученным свидетельствам аудита и установленным критериям аудита, а также обобщён- ный вывод о соответствии/несоответствии функционирова- ния СМК в рамках объекта аудита установленным требовани- ям (ISO 9001:2008; ЛНА, законодательным, нормативным и дру- гим требованиям в области здравоохранения и качества оказы- ваемой МП). Необходимо учитывать количество и значимость выявленных несоответствий и их повторяемость на объекте аудита			
	Должность	ФИО	Дата	Подпись	
Главный аудитор					
Аудитор(ы)					
Руководитель/ специ- алист объекта аудита					
УТВЕРЖДАЮ: Руководитель груп- пы внутренних ауди- торов					

Приложение №4

Форма Плана корректирующих действий по несоответствиям, выявленным при проведении внутреннего аудита

ПЛАН КОРРЕКТИРУЮЩИХ ДЕЙСТВИЙ по несоответствиям, выявленным при проведении внутреннего аудита					
Объект аудита:		Отчет №			

Номер пункта Отчета	Причина несоответствия	Мероприятия: коррекция и/или корректирующее действие	Срок выполнения		Ответственный исполнитель (должность, ФИО)
			план	факт	
1	2	3	4	5	6
		Должность	ФИО	Дата	Подпись
Разработал: Руководитель/специалист объекта аудита					
Согласовано: Руководитель группы внутренних аудиторов					
Согласовано/ознакомлены: Ответственные исполнители					
Результаты проверки выполнения корректирующих действий и их результативности: По каждому мероприятию Плана КД указывается выполнено/не выполнено (для коррекций), выполнено/не выполнено, результативно/нерезультативно (для КД)					
Проверку проводил: Главный аудитор					



Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
(ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко)

П Р И К А З

15.06.2015

№ 66

г. Пенза

Об утверждении инструкции по делопроизводству ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

В целях повышения качества и обеспечения единого порядка работы с документами в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», **п р и к а з ы в а ю:**

1. Утвердить прилагаемую Инструкцию по делопроизводству ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» (далее - Инструкция).

2. Руководителям структурных подразделений ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко организовать изучение настоящей Инструкции во вверенном структурном подразделении, обеспечить организацию делопроизводства в соответствии с указанной Инструкцией.

3. Установить персональную ответственность руководителей структурных подразделений за соблюдение требований Инструкции.

4. Начальнику отдела документационного обеспечения Разиной Н.В. письменно, персонально под роспись ознакомить всех заинтересованных лиц с настоящим приказом (согласно листу ознакомления).

5. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Главный врач

С.В. Евстигнеев

Представитель руководства по СМК

И.В. Фролова

Начальник юридического отдела

Н.В. Флеонова

Начальник отдела документационного обеспечения

Н.В. Разина

УТВЕРЖДЕНА
приказом ГБУЗ «Пензенская
областная клиническая больница
им. Н.Н. Бурденко»

от 15.06.2015 г. № 66

ИНСТРУКЦИЯ
по делопроизводству ГБУЗ «Пензенская областная клиническая
больница им. Н.Н. Бурденко»

СОДЕРЖАНИЕ

Назначение и область применения	3
Ответственность	3
Изменения 3	
Определения и сокращения	4
I. Общие положения	5
II. Правила подготовки и оформления документов	5
2.1. Организационно-распорядительные документы, создаваемые ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», и правила их оформления	5
2.2 Правила оформления реквизитов документов ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» ..	7
III. Особенности подготовки и оформления отдельных видов документов	21
3.1. Подготовка и оформление Локальных нормативных актов (Положений, Правил, Инструкций) ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	21
3.2. Подготовка и оформление приказов ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	26
3.3 Подготовка и оформление записок (служебных, докладных, объяснительных) ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	30
IV. Организация документооборота и исполнения документов	32
4.1. Организация документооборота	32
4.2. Организация доставки документов	33
4.3. Прием, обработка и распределение поступающих документов ..	33
4.4. Порядок подготовки и прохождения исходящих документов	34
V. Организация контроля исполнения документов	35
5.1. Общие положения	35
5.2. Сроки исполнения документов	35
5.3. Порядок организации контроля исполнения	36
5.4. Порядок снятия документов с контроля	36
VI. Организация работы с документами в делопроизводстве	36
6.1. Составление номенклатуры дел	36
6.2. Подготовка документов к последующему хранению	37
6.3. Организация оперативного хранения документов	39
6.4. Порядок передачи документов на хранение в архив	39
6.5. Экспертиза ценности документов	40

6.6. Подготовка и передача документов в архив	42
7. Хранение и использование печатей и штампов	43
Нормативные ссылки.....	44
Приложение № 1 к Инструкции по делопроизводству.....	45
Приложение № 2 к Инструкции по делопроизводству.....	46
Приложение № 3 к Инструкции по делопроизводству.....	47
Приложение № 4 к Инструкции по делопроизводству.....	48
Приложение № 5 к Инструкции по делопроизводству.....	49
Приложение № 6 к Инструкции по делопроизводству.....	51
Приложение № 7 к Инструкции по делопроизводству.....	52
Приложение № 8 к Инструкции по делопроизводству.....	53
Приложение № 9 к Инструкции по делопроизводству.....	54
Приложение № 10 к Инструкции по делопроизводству.....	55
Приложение № 11 к Инструкции по делопроизводству.....	56
Приложение № 12 к Инструкции по делопроизводству.....	56

Назначение и область применения

Инструкция по делопроизводству ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» (далее – **Инструкция**) разработана в целях установления единых требований к подготовке, обработке, хранению и использованию образующихся в деятельности ПОКБ документов, делопроизводства ПОКБ и повышения его эффективности путём унификации состава и форм документов, технологий работы с ними и обеспечения контроля исполнения документов.

Инструкция разработана в соответствии с требованиями:

- международного стандарта ISO 9001:2008, п.4.2.3 «Управление документацией»;
- государственного стандарта Российской Федерации ГОСТ Р 51141-98;
- государственного стандарта Российской Федерации ГОСТ Р 6.30-2003;
- перечня типовых управленческих архивных документов, образующихся в процессе деятельности государственных органов, органов местного самоуправления и организаций, с указанием сроков хранения;
- иных нормативных и методических документов, регулирующих вопросы документационного обеспечения управления, учёта и обеспечения сохранности документов.

Инструкция устанавливает общие требования к документированию управленческой деятельности ПОКБ, включая подготовку, согласование, утверждение, регистрацию, учёт и контроль исполнения документов, в том числе с помощью автоматизированных (компьютерных) технологий.

Положения Инструкции не распространяются на организацию работы с документами, содержащими сведения, составляющие государственную тайну.

Особенности работы с документами, содержащими конфиденциальную информацию (служебную и иную тайну, персональные данные), регулируются специальными локальными нормативными актами.

Требования Инструкции к работе с бухгалтерской и иной специальной документацией распространяются лишь в части общих принципов работы с документами, а также подготовки документов к передаче на архивное хранение.

Ответственность

Ответственным за организацию разработки и актуализации настоящей Инструкции является начальник ОДО.

Ответственными за исполнение требований данной Инструкции являются все работники ПОКБ.

Изменения

Внесение изменений/дополнений в настоящую Инструкцию осуществляется путем ее переиздания на основании приказа главного врача с обязательным ознакомлением всех работников ПОКБ.

Определения и сокращения

Определения

Записки служебные/докладные/объяснительные – внутренний документ ПОКБ, который служит для передачи информации с одного уровня управления на другой, доведения сведений, побуждающих принимать определенные решения, т.е. иницилирующих управленческие решения, а также позволяющих выбрать тот или иной способ управленческого воздействия.

Контролируемый документ - документ, который постоянно поддерживается в актуализированном виде, путем своевременного внесения в него в установленном порядке всех утвержденных изменений и дополнений, оформленных и представленных разработчиком документа или организацией на то уполномоченной.

Локальный нормативный акт – внутренний документ ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», который принимается главным врачом ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» в письменной форме в виде Положения, Порядка, Правил, Инструкций, рассчитанный на неоднократное применение и устанавливающий правила и порядок поведения (права и обязанности) ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» в целом, всех или отдельных категорий ее работников, требования к осуществлению определенных видов деятельности и не противоречащий законодательству РФ.

Организационно-распорядительный документ – вид письменного документа, в котором фиксируют решение административных и организационных вопросов, а также вопросов управления, взаимодействия, обеспечения и регулирования деятельности ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», его структурных подразделений.

Подлинник документа – 1) внутренний документ ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» на бумажном носителе, оформленный подлинными подписями должностных лиц и печатью ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», если последнее предусмотрено; 2) документ, полученный ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» от сторонней организации в качестве официального документа, изданный типографским или другим способом в виде массового тиража или оформленный подлинными подписями и печатью сторонней организации.

Распорядительный документ – внутренний документ ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», который принимается главным врачом ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» или другими уполномоченными лицами в письменной форме, рассчитанный на однократное применение или касающийся только одного работника и регламентирующий по вертикали управления исполнительно-распорядительную деятельность, обусловленную функциями и задачами ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко».

Сокращения

ЛНА – локальный нормативный акт.

ОДО – отдел документационного обеспечения ПОКБ;

ПОКБ - ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»;

СМК – система менеджмента качества.

ЭК – экспертная комиссия.

I. Общие положения

1.1 ОДО осуществляет организацию, ведение и совершенствование системы документационного обеспечения управления в ПОКБ на основе единой технической политики и применения современных технических средств в работе с документами, а также методическое руководство и контроль за соблюдением установленного порядка работы с документами.

1.2 Непосредственное ведение делопроизводства в структурных подразделениях осуществляется работником, назначенным приказом ПОКБ, и совмещающим выполнение делопроизводственных обязанностей с функциональными обязанностями.

II. Правила подготовки и оформления документов

2.1. Организационно-распорядительные документы, создаваемые ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», и правила их оформления

2.1.1. Деятельность обеспечивается системой взаимоувязанной управленческой документации. Её состав определяется полномочиями ПОКБ, единоначальным порядком разрешения вопросов, объёмом и характером взаимосвязей между структурными подразделениями.

Документы ПОКБ представлены двумя большими группами:

- получаемые извне, от других организаций (входящие документы);
- созданные в ПОКБ (внутренние документы).

2.1.2. Организационная деятельность ПОКБ фиксируется в организационно-распорядительных документах, содержащих правила, нормы, положения, определяющие статус, компетенцию, структуру, функциональное содержание учреждения в целом, его структурных подразделений и работников, их права, обязанности, ответственность и другие аспекты.

Организационно-распорядительные документы являются правовой основой деятельности ПОКБ и обязательны для исполнения.

К организационно-распорядительным документам относятся:

а) организационные документы – Устав ПОКБ; структура управления ПОКБ; Положение о ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»; положения о коллегиальных и совещательных органах (положение о коллегии, о совете и т.п.); положения о подразделениях; должностные инструкции работников; Положения, Порядки, Правила, Инструкции, регламентирующие отдельные виды деятельности (например, Инструкция по делопроизводству Правила внутреннего трудового распорядка и т.п.), носящие статус ЛНА.

Порядок управления положениями о подразделениях, должностными инструкциями и структурой управления ПОКБ определен «Инструкцией по разработке, согласованию, утверждению и использованию структуры управления ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», должностных инструкций и положений о подразделениях».

Порядок подготовки и оформления ЛНА определен в п. 3.1 настоящей Инструкции;

б) распорядительные документы – решения, указания, приказы;

Порядок подготовки и оформления распорядительных документов определен в п. 3.2 настоящей Инструкции.

в) справочно-информационные документы – письма, акты, протоколы, справки, служебные, докладные и т.п.

Порядок подготовки и оформления справочно-информационных документов определен в п. 3.3 настоящей Инструкции.

2.1.3. Документы ПОКБ изготавливаются при помощи средств электронно-вычислительной техники на бланках и имеют установленный комплекс обязательных реквизитов и порядок их расположения. Работники ПОКБ оформляют реквизиты организационно-распорядительных документов в порядке, установленном настоящей Инструкцией.

Отдельные документы, авторами которых являются работники ПОКБ, должны быть выполнены от руки (заявление, объяснительная записка и т.п.).

2.1.4. Документы в ПОКБ оформляются на соответствующих бланках - бланки письма и приказа, общие бланки (Приложения №№ 1–3).

Бланки документов должны использоваться строго по назначению.

Введение в обращение по мере необходимости новых бланков документов осуществляется по разрешению (поручению) главного врача ПОКБ (**далее – главный врач**). Соответствующие предложения вносятся руководителем ОДО.

2.1.5. Бланки документов ПОКБ изготавливаются на стандартных листах бумаги формата А4 (210х297 мм). Виды бланков документов, используемых в ПОКБ, утверждены настоящей инструкцией.

2.1.6. Документы, издаваемые совместно от имени ПОКБ и других учреждений, ведомств, оформляются на стандартных листах бумаги без использования утверждённых бланков, с учетом обязательных для каждого вида документов реквизитов.

2.1.7. При подготовке документов применяется текстовый редактор Word for Windows версии от 6.0 и выше с использованием шрифтов Times New Roman:

- а) размером № 13 - 14 – для оформления текста документа;
- б) размером № 14 - 12 – для оформления реквизита «Адресат»;
- в) размером № 14 - для реквизита «УТВЕРЖДАЮ» и для оформления реквизита «Приложение» к приказу;
- г) размером № 14 и ниже - для оформления табличных материалов.

2.1.8. Каждый лист документа, оформленный как на бланке, так и без него, должен иметь поля:

- 25 мм – левое (далее – **левая граница текстового поля**);
- 12 мм – правое (далее – **правая граница текстового поля**);
- 12 мм – верхнее;
- 20 мм – нижнее.

2.1.9. При подготовке текстов документов используются стандартные правила машинописи. Реквизиты документа отделяются друг от друга двумя межстрочными интервалами (тройное нажатие клавиши «Enter») (наименование вида документа от даты и регистрационного номера, дату от заголовка, заголовок от текста, текст от подписи и т.п.).

2.1.10. Наименование вида документа (АКТ, ПРИКАЗ, ПРОТОКОЛ и т.п.) печатается ПРОПИСНЫМИ буквами.

2.1.11. При наборе текстов должны соблюдаться следующие отступы от **левой границы текстового поля**:

- 0 мм – для размещения реквизитов «Текст» (без абзацев), «Отметка о наличии приложения», «Отметка об исполнителе», «Отметка об исполнении документа и направлении его в дело», наименование должности в реквизитах «Подпись» и «Гриф согласования документа», «Виза согласования», в заверительной надписи слово «Верно», в протоколах - слова «СЛУШАЛИ», «ВЫСТУПИЛИ», «РЕШИЛИ», а также слова «Примечание» и «Основание», если в тексте имеются примечания или выделенная в самостоятельный абзац ссылка на документ, послуживший основанием к его созданию;

- 125 мм – для начала абзаца в тексте.

2.1.12. При изготовлении документов на двух или более страницах вторую и последующие страницы нумеруют. Номера страниц проставляют арабскими цифрами посередине верхнего поля листа. Допускается распечатка документов с использованием оборотной стороны листа с применением «зеркального поля». В этом случае нумеруют страницы на лицевой и оборотной сторонах листа.

2.2 Правила оформления реквизитов документов ГБУЗ

«Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

Настоящие правила устанавливают состав обязательных реквизитов документов ПОКБ и требования к их оформлению.

2.2.1. **Наименование организации (учреждения)** (реквизит 08) – «Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» с указанием сокращенного наименования «ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко» долж-

но соответствовать наименованию, указанному в Уставе ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко».

2.2.2. Справочные данные об организации (реквизит 09).

Данный реквизит содержит справочные данные о ПОКБ и используется на бланках письма. Включает в себя почтовый и электронный адрес, номера телефона, факса, ОКПО, ИНН, КПП.

2.2.3. Наименование вида документа (реквизит 10) (приказ, протокол, решение, справка, акт, служебная записка и т.д.).

Реквизит применяется, как на документах, оформленных на бланках, так и на документах, подготовленных на стандартных листах бумаги.

2.2.4. Дата документа (реквизит 11).

Датой документа является:

- дата его *подписания* (распорядительные документы, письма, справки);
- дата его *утверждения* (регламент, план, инструкция, положение, отчёт);
- дата *события (заседания)*, зафиксированного в документе (акт, протокол).

Дата документа на распорядительных документах, письмах проставляется работником, осуществляющим его регистрацию после подписания уполномоченным должностным лицом.

Дата утверждения проставляется должностным лицом одновременно с личной подписью в грифе «УТВЕРЖДАЮ».

Дата протокола, акта вносится исполнителем на документе при его подготовке.

Документы, изданные ПОКБ совместно с двумя или более органами (организациями, учреждениями), должны иметь одну дату, которая соответствует наиболее поздней дате подписания.

Реквизит «Дата документа», а также даты в тексте документов оформляют **цифровым способом** в последовательности: день месяца, месяц, год. День месяца и месяц оформляют двумя парами арабских цифр, разделенными точкой; год - четырьмя арабскими цифрами (07.01.2012). В обозначении месяца и дня месяца, содержащего одну цифру, обязательно проставляется ноль.

В документах, оформленных на бланках ПОКБ или на бланках унифицированных форм (ОКУД), в приложениях к распорядительным документам, в грифах утверждения и согласования документа, дата проставляется в специально отведённом для неё месте. В иных документах

(заявления, служебные и докладные записки) дата проставляется ниже подписи лица, от имени которого составлен данный документ.

В тексте документов ПОКБ, содержащих сведения финансового характера, а также при обозначении периода времени (действия) возможно использование словесно-цифрового способа оформления даты (на пример: «За период с 01 апреля 2000 г. по настоящее время...», «в течение 2009 г.» и т.п.).

2.2.5. Регистрационный номер документа (реквизит 12).

Реквизит является обязательным для каждого созданного в ПОКБ и полученного от других организаций и физических лиц документа.

Порядок регистрации документов и присвоения им регистрационных номеров определён в разделе IV настоящей Инструкции.

2.2.6. Ссылка на регистрационный номер и дату документа (реквизит 13).

Реквизит включает в себя регистрационный номер и дату документа, на который даётся ответ. Ссылка на номер используется при оформлении служебных писем, которые являются ответами на поступивший запрос, поручение. Сведения в реквизит переносятся с поступившего документа и соответствуют регистрационному номеру и дате поступившего документа.

Наличие этого реквизита **исключает необходимость упоминания** номера и даты поступившего документа **в тексте письма**, что освобождает текст от вспомогательной, справочной информации.

2.2.7. Место составления или издания документа (реквизит 14) указывают в том случае, если затруднено его определение по реквизиту «наименование организации» общего бланка или бланка конкретного вида документа (приказа). Место составления или издания документа указывают с учётом принятого административно-территориального деления, оно включает только общепринятые сокращения (г. Пенза; г. Кузнецк Пензенской области и т.п.).

В письме место издания документа помещается в реквизите «Справочные данные об организации».

Место издания в документах **не** указывается, если оно включено в состав наименования организации, например: «Пензенская городская клиническая больница № 4».

2.2.8. Адресат (реквизит 15).

Документы адресуют организациям, их структурным подразделениям, должностным или физическим лицам.

При адресовании документа организации, её структурному подразделению без указания должностного лица их наименование пишутся в **именительном** падеже.

Реквизит «Адресат» размещают на расстоянии 90 мм от левой границы текстового поля, все строки реквизита **центрируются** по отношению к самой длинной строке (75 мм). Не допускается размещение на разных строках реквизита «Адресат» таких наименований как «Российская Федерация», «Пензенская область», «г. Нижний Ломов» и т.п.

Например, (здесь и далее в примерах наименование организаций и их справочные данные являются условными):

Министерство здравоохранения
Пензенской области

При направлении документа конкретному должностному лицу наименование организации и подразделения указывается в **именительном** падеже, а должность и фамилия – в **дательном**, его инициалы указывают **перед** фамилией.

Например:

Министерство здравоохранения
Пензенской области
главному специалисту-эксперту
А.И. Петрову

При адресовании документа руководителю организации её наименование входит в состав наименования должности адресата.

Например:

Генеральному директору
объединения «Ростекстиль»
В.Д. Иванову

или

Объединение «Ростекстиль»
Генеральному директору
В.Д. Иванову

Если документ отправляют в несколько однородных организаций, или несколько структурных подразделений одной организации, то их следует указать обобщенно.

Например:

Администрации районов
Пензенской области
(по списку)

или

Главам администраций
муниципальных районов и городских
округов Пензенской области
(по списку)

При таком адресовании документа к нему прилагается список (ре-
естр) рассылки.

В состав реквизита «Адресат» входит почтовый адрес. Элементы
почтового адреса на документах, конвертах и др. почтовых отправлени-
ях указывают в последовательности, установленной Правилами оказа-
ния услуг почтовой связи:

1. наименование адресата (наименование организации – юридиче-
ского лица или фамилия, инициалы для физических лиц);
2. название улицы, номер дома (номер квартиры – для физических
лиц);
3. название населенного пункта (города, поселка и т.п.);
4. название области, края, автономного округа (области), республи-
ки;
5. страна (для международных отправлений);
6. почтовый индекс.

Например:

ул. Пушкина, д. 163, г. Пенза, 440018.

При адресовании письма в организацию указывают её наименова-
ние, затем почтовый адрес.

Например:

Государственное учреждение
Всероссийский
научно-исследовательский
институт документоведения
и архивного дела
ул. Профсоюзная, д. 82,
Москва, 117393

При адресовании документа физическому лицу указывают фамилию и инициалы получателя, затем - почтовый адрес.

Например:

Бельдовой М.В.
Новоясеневский проспект,
д. 12, кв. 32, Москва, 117574

При адресовании документа должностному лицу инициалы ставятся *перед* фамилией, при адресовании физическому лицу - *после* неё.

Документ не должен содержать более четырех адресатов. Слово «копия» перед вторым, третьим и четвертым адресами не указываются.

Почтовый адрес не проставляется на документах, направляемых общеизвестным корреспондентам:

Например:

Правительство
Пензенской области

2.2.9. Гриф утверждения документа (реквизит 16).

Документ утверждается главным врачом (или иным должностным лицом – руководителем), либо специально издаваемым распорядительным документом (приказом).

При утверждении документа должностным лицом гриф утверждения документа должен состоять из слова УТВЕРЖДАЮ (без кавычек, прописными буквами), наименования должности лица, утверждающего документ, его подписи, инициалов, фамилии и даты утверждения.

На документах, подлежащих утверждению, гриф утверждения проставляется справа на расстоянии 80 мм от левой границы текстового поля первого листа документа, все элементы реквизита центрируются относительно самой длинной строки (максимальная длина строки 90 мм).

Гриф утверждения оформляется следующим образом:

УТВЕРЖДАЮ
Главный врач ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница
им. Н.Н. Бурденко

(личная подпись)

(инициалы, фамилия)

(дата утверждения)

При наличии двух грифов утверждения их располагают на одном уровне по горизонтали, при этом самая длинная строка одного реквизита не должна превышать середины текстового поля (85 мм).

Например:

УТВЕРЖДАЮ		УТВЕРЖДАЮ	
Главный врач		Главный врач	
ГБУЗ «Пензенская областная		ГБУЗ «Областная	
клиническая больница		психиатрическая больница им.	
им. Н.Н. Бурденко»		К.Р. Евграфова»	
_____ (личная подпись)	_____ (инициалы, фамилия)	_____ (личная подпись)	_____ (инициалы, фамилия)
00.00.0000		00.00.0000	
(дата утверждения)		(дата утверждения)	

При утверждении документа постановлением, решением, приказом, протоколом гриф утверждения состоит из слов УТВЕРЖДЕНО (УТВЕРЖДЕНА, УТВЕРЖДЕНЫ или УТВЕРЖДЁН), наименования утверждающего документа в творительном падеже, его даты и номера. Слово «УТВЕРЖДЕНО» согласуется в роде и числе с видом утверждаемого документа.

Например:

УТВЕРЖДЕНА
приказом ГБУЗ «Пензенская
областная клиническая больница
им. Н.Н. Бурденко
от _____ № _____

ИНСТРУКЦИЯ по делопроизводству

2.2.10. Резолюция (реквизит 17).

В состав резолюции входят следующие элементы: фамилия, инициалы исполнителя (исполнителей), содержание поручения, срок исполнения, подпись, дата.

Если в резолюции по исполнению поручений, содержащихся в распорядительных документах, приказах, протоколах заседаний, письмах (поручениях), обращениях граждан указано несколько должност-

ных лиц (работников) и не определено лицо, отвечающее за его «свод» (обобщение), то лицо, указанное в поручении первым, является основным исполнителем поручения. Основной исполнитель:

- а) организует работу по исполнению документа;
- б) осуществляет «свод (обобщение)» всей информации ПОКБ по исполнению документа;
- в) несёт персональную ответственность за его исполнение.

Соисполнители представляют основному исполнителю предложения, подписанные руководителем соответствующего структурного подразделения ПОКБ, в течение первой половины срока, отведённого для исполнения поручения.

Основной исполнитель имеет право:

- а) изменять срок исполнения документа в сторону его уменьшения. При этом установленный им срок должен быть в обязательном порядке доведён до сведения соисполнителей;
- б) определять срок представления информации от соисполнителей (который в обязательном порядке доводит до соисполнителей);
- в) определять порядок согласования подготовки итогового документа;
- г) проводить согласительные совещания (при необходимости).

На документах, не требующих указаний по исполнению и имеющих типовые сроки исполнения, в резолюции указываются исполнитель, подпись автора резолюции, дата.

Допускается оформление резолюции на отдельном листе.

2.2.11. Заголовок к тексту документа (реквизит 18).

Заголовок к тексту обязателен для каждого вида документа. Он должен быть кратким и точно передавать содержание текста. Заголовок должен быть согласован с наименованием вида документа.

Заголовок должен отвечать на вопрос:

Например:

«о чем?» (о ком?)»

П Р И К А З

Об утверждении штатного расписания

«чего?» («кого?»)

ДОЛЖНОСТНАЯ ИНСТРУКЦИЯ главного бухгалтера

Заголовок составляется лицом, готовящим проект документа.

Заголовок должен содержать две основные части: тему (предмет, вопрос) и действие, которое производится или должно быть произведено, например: «О проведении инвентаризации».

К тексту документов, оформленных на бланках формата А5, заголовок допускается не указывать.

Заголовок документа записывается при его регистрации в соответствующие регистрационные формы (регистрационно-контрольная карточка, электронная база данных, журнал (книга)).

2.2.12. **Отметка о контроле** (реквизит 19) обозначает, что документ поставлен на контроль.

Контролю подлежат все зарегистрированные документы, требующие исполнения.

Срок проставляется в форме даты завершения исполнения.

Отметку о контроле за исполнением документа обозначают буквой «К», словом или штампом «Контроль» на наиболее важных документах.

В ПОКБ отметка о контроле проставляется специалистом ОДО на первом листе документа на свободном от информации месте его правого верхнего поля. В отдельном случае отметку о контроле в виде обозначения «**К**» собственноручно проставляет должностное лицо, наложившее резолюцию на документе.

2.2.13. **Отметка о наличии приложений** (реквизит 21).

К *служебному письму* отметка о приложении оформляется следующим образом:

Приложение: на 5 л. в 2 экз.

Отступив от текста два межстрочных интервала (**тройное нажатие клавиши «Enter»**), от левой границы текстового поля документа с прописной буквы печатается слово «Приложение» (**всегда** в единственном числе), после которого проставляется двоеточие.

Если письмо имеет приложения, не названные в тексте, то указывают его наименование, число листов и число экземпляров. При наличии нескольких приложений их нумеруют, например:

Приложение: 1. Справка о ... на 3 л. в 2 экз.
 2. Проект договора... на 8 л. в 1 экз.

Если приложения сброшюрованы, то число листов не указывают. В этом случае указывается только количество экземпляров одним из двух способов, в зависимости от того, имеется ли ссылка на приложение в тексте или нет:

Приложение: в 2 экз.

или

Приложение: Техническое задание на разработку Типовой инструкции по документационному обеспечению управления организаций в 2 экз.

Если к документу прилагается другой документ, также имеющий приложение, отметку о наличии приложения оформляют следующим образом:

Приложение: письмо Росархива от 05.06.2005 № 02-6/172 и приложение к нему, всего на 3 л.

Если приложение направляют не во все указанные в документе адреса, то отметку о его наличии оформляют следующим образом:

Приложение: на 3 л. в 5 экз. только в первый адрес.

Приложения к приказам оформляются по правилам, установленным в разделе 3.2. настоящей Инструкции.

2.2.14. Подпись (реквизит 22).

2.2.14.1. В состав реквизита «подпись» в документе, **оформленном на бланке** ПОКБ, входят: наименование должности лица, подписавшего документ, личная подпись, расшифровка подписи (инициалы, фамилия).

2.2.14.2. Наименование должности в реквизите «Подпись» печатается от левой границы текстового поля.

Инициалы и фамилия в реквизите «Подпись» размещается с пробелом между инициалами и фамилией на уровне последней строки наиме-

нования должности. При единоличном подписании документа выравнивание последней буквы фамилии осуществляется по правой границе текстового поля.

Например:

Главный врач

С.В. Евстигнеев

При подписании документа несколькими лицами их подписи располагают одну под другой в последовательности, соответствующей занимаемой должности. При этом:

- наименования должностей лиц, подписывающих документ, отделяют друг от друга **удвоенным межстрочным интервалом** (тройное нажатие клавиши «Enter»);

- выравнивание первой буквы наименования должностей (при их написании в одну строку) осуществляется по левой границе текстового поля;

- в расшифровке подписи выравнивание производится по первой букве инициалов в фамилии с самым большим количеством буквенных знаков. При этом, последняя буква этой фамилии, выравнивается по правой границе текстового поля.

Например:

Главный врач

С.В. Евстигнеев

Главный бухгалтер

Н.И. Щербакова

При указании в многострочном реквизите «Подпись» расшифровки должности в первой строке указывается наименование должности, во второй и последующих - наименование структурного подразделения. Максимальная длина строки при написании расшифровки должности не должна превышать 85 мм. При этом все строки располагаются от левой границы текстового поля документа.

Например:

Начальник отдела
документационного обеспечения

И.И. Иванов

2.2.14.3. Если должностное лицо, подпись которого заготовлена на проекте документа, временно отсутствует, то документ подписывает лицо, исполняющее его обязанности, или его заместитель. При этом обязательно указывается фактическая должность лица, подписавшего документ, его инициалы и фамилия. **Не** допускается подписывать документы с предлогом «**за**» или проставлением косой черты перед наименованием должности.

2.2.14.4. При подписании документа несколькими лицами, равными по должности, либо представляющими разные органы (например, в совместно подготовленных служебных письмах), подписи располагают на одном уровне.

Главный врач ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»		Главный врач ГБУЗ «Областная психиатрическая больница им. К.Р. Евграфова»	
личная подпись	инициалы, фамилия	личная подпись	инициалы, фамилия

2.2.14.5. При оформлении документов **не на утверждённых бланках** ПОКБ в состав реквизита «подпись» входят: **полное наименование должности** лица, подписавшего документ с указанием наименования организации (структурного подразделения), личная подпись; расшифровка подписи (инициалы, фамилия).

Например:

Главный врач ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	личная подпись	инициалы, фамилия
---	----------------	-------------------

2.2.14.6. В документах, составленных комиссией, указываются не должности лиц, подписывающих документ, а их обязанности в составе комиссии в соответствии с распределением обязанностей.

Например:

Председатель комиссии	личная подпись	В.М. Котов
Члены комиссии:	личная подпись	Н.П. Зайцев
	личная подпись	К.Ф. Зимин
	личная подпись	С.А. Клемин

Подписи *членов комиссии* располагаются в алфавитном порядке по первой букве фамилий.

2.2.14.7. Протоколы коллегиального органа (совета, собрания, коллегии и т.п.) подписываются председателем этого органа и секретарём.

2.2.15. Согласование проекта документа проводится при необходимости оценки обоснованности документа, соответствия его правовым актам или ранее принятым решениям.

Существует два вида согласования (внешнее и внутреннее), которые проводятся с использованием двух реквизитов **«Гриф согласования документа»** (реквизит 23) и **«Визы согласования документов»** (реквизит 24).

Согласование проекта документа с органами, учреждениями и организациями, должностными лицами, интересы которых в нём затрагиваются, - **внешнее** согласование.

2.2.15.1. Внешнее согласование документа оформляется грифом «согласование документа».

Гриф «согласование документов» состоит из слова СОГЛАСОВАНО (без кавычек, ПРОПИСНЫМИ буквами), центрируется относительно самой длинной строки реквизита (максимальная длина 85 мм), должности лица (в именительном падеже), с которым согласован документ (включая наименование организации), личную подпись, расшифровку подписи (инициалы, фамилия в именительном падеже) и дату согласования документа.

Например:

СОГЛАСОВАНО

Директор Территориального фонда
обязательного медицинского страхования
Пензенской области

(личная подпись) (инициалы, фамилия)

00.00.0000

Гриф согласования располагается **ниже** реквизита «Подпись» и отделяется от него двумя межстрочными интервалами (тройное нажатие клавиши «enter»).

При наличии возражений по тексту документа они излагаются на отдельном листе и прилагаются к его проекту. При этом гриф согласования не подписывается.

При наличии двух грифов согласования их располагают на одном уровне по горизонтали, при этом самая длинная строка одного реквизита не должна превышать середины текстового поля (85 мм).

Например:

СОГЛАСОВАНО
главный врач
ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница
им. Н.Н. Бурденко

(личная подпись) (инициалы, фамилия)
00.00.0000
(дата утверждения)

СОГЛАСОВАНО
главный врач
ГБУЗ «Пензенская областная
детская клиническая больница
им. Н.Ф. Филатова»

(личная подпись) (инициалы, фамилия)
00.00.0000
(дата утверждения)

Согласование документа в виде грифа(ов) согласования может оформляться на отдельном листе(ах), в котором указывается наименование вида документа (проекта) и заголовок к его тексту (о чем?). В этом случае на обороте последнего листа экземпляра документа, остающегося для хранения в ПОКБ, делается отметка «Лист согласования прилагается». Заполненный лист внешнего согласования подписывается руководителем структурного подразделения, осуществлявшего согласование, и прилагается к подлиннику документа.

Если согласование осуществляется письмом, протоколом или другим видом документа, гриф согласования оформляется следующим образом:

СОГЛАСОВАНО
Письмо Министерства
здравоохранения
Пензенской области
от 05.06.2012 № 430-162

2.2.15.2. **Визы** согласования документа (**внутреннее** согласование документов) – реквизит документа, указывающий на согласие или несогласие должностного лица ПОКБ (иного органа, учреждения) с содержанием документа (**далее – виза**).

При необходимости оценки целесообразности документа, его обоснованности, соответствия действующему законодательству и право-

вым актам проводится согласование документа. Внутреннее согласование оформляется путем визирования проекта документа должностным лицом. Виза включает в себя личную подпись и должность визирующего документа и расшифровку подписи (инициалы, фамилию), например:

Начальник юридического отдела

Н.В. Флеонова
подпись

Замечания, особые мнения и дополнения к проекту документа излагаются на отдельном листе, прилагаются к документу и оформляются следующим образом:
Замечания прилагаются

Начальник юридического отдела Личная подпись Н.В. Флеонова

2.2.16. Визы согласования документа проставляют после изложения текста документа. В тех случаях, когда документ подписывает главный врач ПОКБ, визы согласования проставляют на расстоянии двух межстрочных интервалов после подписи главного врача в нижней левой части лицевой стороны первого листа документа. Возможно оформление виз документа на отдельном листе согласования.

При наличии замечаний редакционного характера (опечатки, нарушения правил русского языка, нарушения в оформлении реквизитов документов и т. д.) они вносятся в текст проекта и возвращаются исполнителю для исправления.

2.2.16.1. Служебные и докладные записки, письма подлежат согласованию руководителями структурных подразделений и заместителями главного врача.

2.2.16.2. Если в процессе визирования в проект документа вносятся существенные изменения, документ подлежит повторному визированию. Повторного визирования не требуется, если при доработке в проект документа внесены уточнения, не меняющего его сути.

2.2.17. **Оттиск печати** (реквизит 25) заверяет подлинность подписи должностного лица на документах, удостоверяющих права лиц, фиксирующих факты, связанные с финансовыми средствами, а также на иных документах, предусматривающих заверение подлинной подписи.

Иные круглые печати ставятся на копиях документов для удостоверения их соответствия подлинникам.

Оттиск печати должен захватывать окончание наименования должности лица, подписавшего документ, не перекрывая личной подписи должностного лица.

2.2.18. Отметка о заверении копии (реквизит 26).

При заверении соответствия копии документа (включая ксерокопию) подлиннику ниже реквизита «Подпись» проставляют заверительную надпись «Верно» (без кавычек); должность лица, заверившего копию; личную подпись; расшифровку подписи (инициалы, фамилию); дату заверения:

Например:

Верно

Начальник отдела кадров

личная подпись

инициалы, фамилия

00.00.0000

Отметка о заверении копии документа удостоверяется оттиском круглой печати ОДО, отдела кадров ПОКБ или иного структурного подразделения, имеющего её.

2.2.19. Отметка об исполнителе (реквизит 27).

Реквизит оформляется только в служебных письмах, включает в себя инициалы и фамилию исполнителя документа, номер его телефона, которые печатаются шрифтом № 10. При направлении документов за пределы Пензенской области рекомендуется указывать также код города для ускорения и упрощения связи.

Отметку об исполнителе документа располагают от левой границы текстового поля документа на лицевой стороне его последнего листа.

Например:

Н.С. Максимова

(8412)36-46-40

На документе, подготовленном по поручению руководителя группой исполнителей, в отметке об исполнителе указывается фамилия **основного** (указанного в резолюции первым) исполнителя.

2.2.20. Отметка об исполнении документа и направлении его в дело (реквизит 28) включает в себя следующие данные: ссылку на дату

и номер документа, свидетельствующего о его исполнении, или при отсутствии такого документа - краткие сведения об исполнении; слова «В дело»; номер дела, в котором будет храниться документ.

Отметку об исполнении документа и направлении его в дело располагают от левой границы текстового поля документа на лицевой стороне его последнего листа ниже отметки об исполнителе. Отметку об исполнении и дату проставляет исполнитель документа или руководитель структурного подразделения, в котором исполнен документ.

Например,
01.02.2006 отправлен факс.
В дело № 00-00
Личная подпись, инициалы, фамилия
Дата

или

Издан приказ от 11.01.2012 № 1
«О создании комиссии...»
В дело № 00-00
Личная подпись, инициалы, фамилия
Дата

Размещается эта отметка в левом нижнем углу от левого поля документа на лицевой стороне его первого листа.

2.2.21. Отметка о поступлении документа в организацию (реквизит 29).

Отметка о поступлении документа в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко проставляется в виде штампа (либо от руки) в нижней части правого поля лицевой стороны первого листа документа, который содержит информацию о наименовании ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, очередной порядковый номер и дату поступления документа (при необходимости - время поступления).

Данный реквизит используется только на полученных (входящих) документах.

2.2.22. Текст документа. Текстом управленческого документа является выраженное средствами делового языка содержание управленческих действий. Текст документа должен содержать достоверную и аргументированную информацию.

Текст документа оформляют в виде связанного текста, анкеты, таблицы или соединения этих форм.

Форма связанного текста документа содержит грамматически и логически согласованную информацию об управленческих действиях и применяется при составлении правил, положений, писем, распорядительных документов. Как правило, он состоит из двух частей. В первой части указывают причины, основания, цели составления документа, во второй (заключительной) - решения, выводы, просьбы, предложения, рекомендации. Текст может содержать одну заключительную часть, например:

приказы - распорядительную часть без констатирующей;

письма, заявления - просьбу без пояснения; справки,

докладные записки - оценку фактов, выводы.

В тексте документа, подготовленного на основании документов других организаций или ранее изданных документов, указывают их реквизиты: наименование документа, наименование организации - автора документа, дату документа, регистрационный номер, заголовок к тексту. Содержание его должно быть увязано с ранее изданными по данному вопросу документами.

Если текст содержит несколько решений, выводов и т.д., то его следует разбивать на разделы, подразделы, пункты, которые нумеруются арабскими цифрами. Допустимо использовать следующие формы изложения: в письмах:

- от первого лица множественного числа («направляем на рассмотрение», «просим осуществить поставку»);

- от первого лица единственного числа («прошу выделить», «считаю необходимым сообщить»);

- от третьего лица единственного числа (ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко «не возражает»);

- в распорядительных документах (приказах, распоряжениях и т.д.):

- от первого лица единственного числа («ПРИКАЗЫВАЮ»);

в совместных распорядительных документах:

- от первого лица множественного числа («приказываем», «решили»);

в протоколах:

- от третьего лица множественного числа («слушали», «постановили»);

в положениях, инструкциях, актах, справках:

- от третьего лица единственного или множественного числа («отдел осуществляет функции», «в состав комиссии входят», «собрание постановило»).

Форма анкеты применяется при изложении цифровой или словесной информации об одном объекте по определенному набору признаков.

Форма таблицы применяется при изложении цифровой или словесной информации о нескольких объектах по ряду признаков.

III. Особенности подготовки и оформления отдельных видов документов

3.1. Подготовка и оформление локальных нормативных актов (Положений, Порядков, Правил, Инструкций) ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

3.1.1. В ПОКБ разрабатываются и используются следующие виды ЛНА: Положение, Порядок, Правила, Инструкция.

3.1.2. Положение принимается в том случае, если в нём устанавливаются системно связанные между собой правила по вопросам, отнесенным к ПОКБ.

Порядок определяет требования к реализации соответствующей процедуры.

В Правилах устанавливаются нормы и требования, обязательные для выполнения.

В Инструкции излагается порядок осуществления какой-либо деятельности или порядок применения положений актов.

3.1.3. Положения, Порядки, Правила и Инструкции применяются как самостоятельные акты, утверждаемые главным врачом. Утверждение оформляется в форме грифа утверждения или путём издания распорядительного документа (приказа) об их утверждении, либо оформления протокола коллегиального органа.

3.1.4 Разработка ЛНА осуществляется по указанию главного врача или в инициативном порядке при необходимости регламентации какого-либо вида деятельности с учетом требований международных, государственных и национальных стандартов, настоящей Инструкции, а также других документов, регулирующих деятельность ПОКБ.

3.1.5 Разработчик на основании распоряжения главного врача разрабатывает в соответствии с установленными требованиями проект ЛНА и согласовывает с его заинтересованными подразделениями, которые определяются назначением и областью действия ЛНА. Проект ЛНА в обязательном порядке согласовывается с начальником ОДО, осуществляющим нормоконтроль оформления ЛНА, и представителем руководства по СМК.

3.1.6 Внутреннее согласование ЛНА с оформлением реквизита «Виза согласования» проставляется в приказе ниже поля утверждающей подписи главного врача, включает в себя должность и подпись визирующего документ, расшифровку подписи (инициалы, фамилию) и дату подписания, и хранится в ОДО вместе с подлинником документа (ЛНА), являющимся неотъемлемой частью приказа.

Например:

Начальник отдела кадров

_____ Личная подпись	Н.В. Разина инициалы, фамилия	_____ дата
-------------------------	----------------------------------	---------------

3.1.7 Разработчик готовит проект приказа на утверждение и введение ЛНА в действие и направляет его совместно с согласованным проектом документа главному врачу на утверждение.

3.1.8 Дата введения ЛНА определена в приказе на его утверждение и введение в действие. ЛНА постоянного действия утверждаются и вводятся приказами по основной деятельности, ЛНА с ограниченным сроком действия – приказами по оперативной деятельности.

3.1.9 Порядок подготовки проекта ЛНА соответствует общему порядку подготовки проектов приказов.

3.1.10 В ПОКБ гриф утверждения используется для утверждения внутренних организационных документов (положения о структурных подразделениях, должностные инструкции, график отпусков и т.п.).

Приказом утверждаются документы, имеющие статус ЛНА (положения о постоянно действующих комиссиях, советах, Инструкция по делопроизводству и т.п.).

3.1.11 ЛНА должен содержать следующие разделы в приведенной последовательности:

- титульный лист;
- содержание;
- назначение и область применения;
- ответственность;
- изменения;
- определения, сокращения и обозначения;
- основной раздел, содержащий описание процедуры;
- нормативные ссылки;
- приложения.

3.1.12 На титульном листе указываются наименование вида документа (Положение, Порядок, Правила, Инструкция), наименование излагаемой процедуры и размещается гриф утверждения. Форма титульного листа приведена в Приложении № 12.

3.1.13 В «Содержании» указывают наименования разделов (при необходимости пунктов), приложений с указанием их заголовков и номера страниц, на которых они помещены. Если объем документа составляет не более 10 страниц, содержание не приводится.

3.1.14 Раздел «Назначение и область применения» устанавливает основное назначение ЛНА и сферу его распространения, а также основание для разработки ЛНА.

3.1.15 В разделе «Ответственность» определены должностные лица, несущие ответственность за разработку ЛНА, также должностные лица/подразделения, на которые распространяются требования ЛНА. Раздел начинают со слов:

«Ответственным за организацию разработки и актуализации настоящего Положения является ...».

Ответственными за исполнение данного Положения являются ...».

3.1.16 Раздел «Изменения» устанавливает порядок внесения изменений/дополнений в ЛНА. Раздел начинают со слов:

«Внесение изменений/дополнений в настоящее Положение осуществляется путем его переиздания на основании приказа главного врача с обязательным ознакомлением ...».

В данном разделе также указывается срок действия документа, если данный ЛНА является документом с ограниченным сроком действия.

3.1.17 Раздел «Определения, сокращения и обозначения» устанавливает определения и термины, которые используются в документе, перечень применяемых сокращений с расшифровкой, а также используемые по тексту графические (схематические) обозначения.

Определения и сокращения перечисляют в алфавитном порядке.

3.1.18 Разделы, содержащие описание процедуры, определяют, что должно быть сделано, кем, когда, где, как, какие документы при этом используют, каким образом контролируют и т.п. Название раздела должно отражать смысл его содержания. Количество разделов определяется объемом и порядком изложения процедуры.

Текст документа, заголовки и графический материал излагают в соответствии с требованиями раздела 4 ГОСТ Р 1.5-2004.

Документ излагают в виде текста, таблицы или блок-схемы. Предпочтение отдается способу, наиболее четко отражающему суть документа.

При наличии в документе таблицы, в тексте делают на нее ссылку. Таблицы нумеруются арабскими цифрами по порядку их размещения в тексте. Под номером таблицы указывают ее наименование. Например, «Таблица 12

Порядок разработки, согласования и утверждения инструкций»

В случае если таблица располагается на нескольких листах, ее шапку повторяют на каждой странице.

3.1.19 Раздел «Нормативные ссылки» содержит перечень внешних нормативных и внутренних нормативных документов, на которые в тексте ЛНА сделана ссылка. Порядок перечисления внешних документов - по степени значимости, затем перечисляются внутренние документы ПОКБ:

- положения;
- порядки;
- правила;
- инструкции;
- другие нормативные документы (например, приказы).

3.1.20 Раздел «Приложение» содержит материал, дополняющий положения ЛНА (формы документов, таблицы, графический материал большого формата).

Приложения оформляют в соответствии с п. 3.10 ГОСТ Р 1.5-2004.

Приложения обозначают арабскими цифрами. Каждое приложение должно начинаться с новой страницы, с указанием в правом верхнем углу страницы слова «Приложение» и номера Приложения. Приложение может иметь заголовок, который записывают с прописной буквы отдельной строкой с выравниванием по правому краю.

3.1.21 Все разрабатываемые документы оформляются на компьютере с использованием текстового редактора MS Word.

Текст выполняется шрифтом Times New Roman размером 12 (для основного текста)/14 (для заголовков).

При оформлении текста используется формат с выравниванием по ширине. Абзацы текста выполняются с «красной строки» и отделяются друг от друга интервалом 6 пт.

В верхнем колонтитуле каждого листа (кроме титульного) указывают номер страницы и общее количество страниц, например, 8 из 20. Нумерацию страниц выравнивают по центру.

Для предотвращения непреднамеренного использования недействительных (неконтролируемых) бумажных и электронных копий в электронный документ, хранящийся на выделенном сетевом ресурсе, вводится колонтитул «Является контролируемым документом только в электронном виде на общем ресурсе локальной сети».

3.1.22 Текст ЛНА печатается на стандартном листе формата А4.

Текст излагается от третьего лица единственного или множественного числа. В тексте используются слова: «должен», «следует», «необходимо», «запрещается», «не допускается».

Заголовок к тексту положения (порядка, правил, инструкции) отвечает на вопрос «О чем?» или «чего?».

Основной раздел ЛНА делится на главы, пункты и подпункты. Главы должны иметь названия.

Главы нумеруются римскими цифрами. Нумерация пунктов и подпунктов производится арабскими цифрами.

Прочие разделы ЛНА не нумеруются.

3.1.23 Хранение, учет, идентификация, защита и восстановление ЛНА осуществляется следующим образом:

- подлинником является бумажный экземпляр ЛНА, являющийся приложением к приказу о его утверждении и введении в действие. Подлинники ЛНА постоянного срока действия хранятся в ОДО в папке «Приказы по основной деятельности», подлинники ЛНА с ограниченным сроком действия – в папке «Приказы по оперативной деятельности»;

- подлинник ЛНА, сохраненный в формате электронного документа (PDF), размещается на внутреннем сетевом ресурсе в папке с соответствующей идентификацией и является контролируемым документом, используемым в работе всеми работниками ПОКБ. Доступ к папке осуществляется по следующему пути: Рабочий стол/Общая папка/ЛНА.

После утверждения и введения в действие документа начальник ОДО предварительно проверяет идентичность бумажного экземпляра подлинника с электронным (в том числе четкое воспроизведение табличных и графических элементов) и размещает электронную версию на сетевом ресурсе. Полный доступ к сетевому ресурсу (для размещения, замены или изъятия файлов) имеет только начальник ОДО и специалисты отдела АСУ, для всех остальных работников ПОКБ электронные документы доступны только для чтения.

Ознакомление работников ПОКБ с приказом об утверждении и введении в действие ЛНА осуществляет ответственный специалист ОДО под роспись в Листе ознакомления.

Восстановление документов обеспечивается наличием подлинников и с помощью резервного копирования данных. Специалист отдела АСУ еженедельно производит полное копирование данных за неделю.

При необходимости, в подразделениях ПОКБ изготавливаются для использования в работе контролируемые бумажные копии ЛНА с подлинника или контролируемой электронной копии документа, размещенного на выделенном сетевом ресурсе. Статус контролируемого документа определяется наличием на нем подписи руководителя подразделения и даты изготовления контролируемой копии. Контролируемые документы хранятся в отдельной папке с соответствующей идентификацией и имеют полный перечень. Ответственность за комплектацию папки, сохранность и своевременную замену контролируемых копий измененных/отменённых ЛНА несут ответственные за делопроизводство в подразделении, назначенные приказом ПОКБ (см. п. 1.2 настоящей Инструкции).

Допускается использование в справочных целях работниками подразделений бумажных копий документов, самостоятельно изготовленных с контролируемой электронной копии документа, размещенного на сетевом ресурсе, без их учета и обозначения.

Бумажные копии ЛНА по запросу могут быть направлены заинтересованным внешним сторонам, с письменного разрешения главного врача. Данные экземпляры не учитываются и изменения в них не вносятся.

3.1.24 Внесение изменений

Изменения в ЛНА вносятся путем их переиздания в соответствии с изложенной выше процедурой. Изменения вносятся в случае изменений используемой нормативной базы, структуры управления ПОКБ, затрагивающих регламентируемую документом сферу деятельности, изменений законодательства и иных нормативных правовых актов Российской Федерации, а также требований к описываемой в документе деятельности по результатам анализа деятельности ПОКБ, внутренних аудитов СМК и с учетом оценки потребителями качества предоставляемых услуг. Решение о необходимости изменений в ЛНА принимаются в рамках текущего анализа деятельности и анализа СМК.

3.2. Подготовка и оформление приказов ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

3.2.1. Приказ является распорядительным документом, в котором фиксируют **решения** правового характера, принятые в пределах полномочий ПОКБ в соответствии с законодательством Российской Федерации, **касающиеся вопросов** управления, взаимодействия, организации, обеспечения и иного регулирования деятельности ПОКБ, его структурных подразделений, работников ПОКБ.

Приказы всех видов подписываются главным врачом (исполняющим его обязанности).

3.2.2. При подготовке, оформлении и согласовании проектов приказов работники ПОКБ должны руководствоваться настоящей Инструкцией.

3.2.6. После подписания и регистрации приказа, ОДО обеспечивает:

- ознакомление с ним всех лиц, ответственных за его исполнение внутри ПОКБ;

- изготовление необходимого количества экземпляров для его рассылки через ОДО по составленному листу ознакомления по форме, приведённой в приложении № 4 к настоящей Инструкции;

- заведующие структурными подразделениями осуществляют ознакомление с приказами внутри структурного подразделения.

Исполненные листы ознакомления с приказами хранятся в ОДО ПОКБ.

3.2.7. Приказы ПОКБ должны иметь следующие **обязательные реквизиты**:

3.2.7.2. **наименование организации** (реквизит 08) – указывают полное и сокращенное наименование в соответствии с Уставом ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко».

В приказах, издаваемых ПОКБ совместно с иными органами, наименования органов печатают прописными буквами, выделяют полужирным шрифтом размером № 14, располагают друг под другом через один межстрочный интервал (двойное нажатие клавиши «Enter»);

3.2.7.3. **наименование вида документа** (реквизит 10) – **П Р И К А З**;

3.2.7.4. **дата документа** (реквизит 11). Датой приказа является дата его регистрации.

Дату приказа проставляют в день его подписания главным врачом (исполняющим обязанности главного врача). Приказы, издаваемые

ПОКБ совместно с иными органами, имеют одну (единую) дату, соответствующую дню подписания приказа руководителем органа, который подписал его последним. Дату оформляют цифровым способом в порядке, установленном пунктом 2.3.5. настоящей Инструкции.

3.2.7.5. регистрационный номер документа (реквизит 12).

Приказы всех видов нумеруются отдельной порядковой нумерацией в пределах календарного года.

Регистрационный номер приказа, издаваемого совместно с иными органами, состоит из регистрационных номеров каждого из органов, проставляемых через косую черту в порядке указания наименований организаций (реквизит 08) – авторов приказа.

3.2.7.6. заголовок к тексту (реквизит 18) оформляют по общим правилам, установленным пунктом 2.3.12. настоящей Инструкции. Заголовок к тексту приказа центрируют относительно самой длинной строки, печатают с прописной буквы без кавычек, тем же размером шрифта, что и текст приказа и выделяют полужирным шрифтом. Точку в конце заголовка не ставят.

3.2.7.8. текст документа (реквизит 20) отделяют от реквизита 18 «заголовок к тексту» двойным нажатием клавиши «Enter».

Приказы составляют на русском литературном языке с использованием официально-делового стиля изложения текста. Структура текста должна обеспечивать логическое развитие темы правового регулирования. Формулировки в тексте приказа должны быть точными и ясными, не допускающими возможности неоднозначного толкования приказа.

В тексте должны употребляться термины (определения), используемые в законодательстве Российской Федерации, на основании или во исполнение которого издаётся данный приказ. Использование синонимов и сходных по смыслу выражений в тексте приказов **ЗАПРЕЩАЕТСЯ**.

Текст приказа, как правило, состоит из двух частей: констатирующей и распорядительной.

В констатирующей части (преамбуле) приказа (за исключением приказов по кадровым вопросам) даётся разъяснение целей и мотивов его принятия, делается ссылка на законодательство Российской Федерации, на основании или во исполнение которого издаётся данный приказ, а также ссылка на нормативные правовые акты, дающие ПОКБ полномочия на регулирование правоотношений, предусмотренных текстом приказа.

Она может начинаться словами «В целях...», «В соответствии...», «Во исполнение...» и т.д.

Ссылки на законодательство Российской Федерации оформляются по следующей схеме: наименование вида документа, наименование организации (автора), дата документа, регистрационный номер документа и заголовок к тексту (например, Указ Президента Российской Федерации от 01.02.2005 № 111 «О порядке сдачи квалификационного экзамена государственными гражданскими служащими Российской Федерации и оценки их знаний, навыков и умений (профессионального уровня)»).

Преамбула приказа завершается словом «**п р и к а з ы в а ю:**», которое печатают строчными буквами, вразрядку. Если слово «**п р и к а з ы в а ю:**» не может разместиться на той строке, на которой его начали печатать, применяется форматирование текста преамбулы приказа, размещённого на одной строке со этим словом, с целью размещения его (слова «**п р и к а з ы в а ю:**») на одной строке.

Если содержание приказа не нуждается в пояснении, то его текст содержит только распорядительную часть. В этих случаях текст приказа начинается со слова «**ПРИКАЗЫВАЮ:**», оформляемого заглавными буквами и располагающегося на отдельной строке по центру листа.

В текстах приказов по кадровым вопросам, касающимся личного состава ПОКБ (приём, увольнение, перевод и т.п.) слово «**приказы-ваю:**» отсутствует.

В распорядительной части приказа от первого лица единственного числа излагают решения и поручения.

Распорядительную часть делят на пункты (подпункты), если исполнение приказа предполагает несколько исполнителей или выполнение различных по характеру действий. Пункты (подпункты) печатают с абзаца, нумеруют арабскими цифрами с точкой в конце.

Если к приказу (основному документу) прилагаются планы, сметы, списки, перечни, расчеты и т.п.), то в тексте основного документа необходима ссылка на них, как на приложения.

При условии, если подготавливаемый проект приказа влечёт за собой изменения или дополнения других действующих документов, эти изменения (дополнения) готовятся одновременно с текстом указанного проекта. В случае необходимости принятия решения о признании ранее изданных приказов ПОКБ утратившими силу, указанное решение вносится в подготавливаемый проект отдельным пунктом. Текст пункта в этом случае должен начинаться словами «Признать утратившим силу...».

Поручения, содержащиеся в проектах приказов, должны содержать конкретных исполнителей поручений и указание сроков их исполнения.

Если приказ изменяет (дополняет) ранее изданный документ или какие-то его положения, то один из пунктов распорядительной части текста приказа должен содержать ссылку на этот документ (пункт документа) с указанием его даты, номера и заголовка.

В тексте приказа употребляются только полные официальные наименования органов, учреждений и организаций.

При необходимости употребления наименования учреждения, другого документа 3 и более раз, применяется следующий способ сокращения:

- государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко (далее – областная больница);

- приказ Министерства здравоохранения и социального развития Пензенской области от 10.01.2009 № 33 «О создании комиссии» (далее – приказ).

При последующем упоминании в тексте наименования данного учреждения (документа) используется его обозначение, приведённое в скобках.

Сведения об управленческом действии передаются глаголом в неопределенной форме и дополнением с обозначением объекта действия.

Пункты, которые включают управленческие действия, носящие распорядительный характер, начинаются с глагола в неопределенной форме.

Например: 1. Создать рабочую группу в составе....

В том случае, *если действие предполагает конкретного исполнителя*, соответствующий пункт приказа должен начинаться с указания должности и фамилии исполнителя (инициалы в тексте ставятся после фамилии) в дательном падеже.

Например:

1. Начальнику отдела документационного обеспечения Горбатову В.С. подготовить проект «Инструкции об организации работы по».

2. Начальнику юридического отдела Купаеву И.В. предоставить необходимые нормативные правовые акты и методические документы.

В последнем пункте распорядительной части приказа указывают подразделение или должностное лицо (с указанием направления деятельности в соответствии с должностными обязанностями), на которых возлагается контроль за исполнением приказа.

Например:

5. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя главного врача по медицинской части Фролову И.В.

или

5. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заведующую аптекой Палиенко Л.В.

В случае если исполнение того или иного приказа планирует контролировать лично главный врач, в последнем пункте приказа используется фраза «Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой».

Действия однородного характера могут быть перечислены в одном пункте.

Например:

5. Признать утратившими силу:

5.1. приказ главного врача ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» от 01.01.2012 № 21 «О создании комиссии...»;

5.2. приказ главного врача ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» от 13.05.2010 № 121 «О внесении изменений в приказ....».

3.2.7.9. Отметка о наличии приложения (реквизит 21). Если приказ имеет приложение, то в тексте приказа обязательно должна содержаться **ссылка на него**.

Реквизит «Отметка о наличии приложения» оформляется в правом верхнем поле первого листа (формат А4) приложения на расстоянии 80 мм от левой границы текстового поля (максимальная длина строки 90 мм) и содержит следующий текст: Приложение № с указанием наименования распорядительного документа (приказ), органа, издавшего его (ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»), даты, и регистрационного номера. Все элементы реквизита центрируются относительно самой длинной строки. Строки в реквизите печатаются через 1 межстрочный интервал.

Реквизит оформляется следующим образом:

Приложение № 1
к приказу ГБУЗ «Пензенская
областная клиническая
больница им. Н.Н. Бурденко
от _____ № _____

Если в приказе одно приложение, оно не нумеруется. Нумерация страниц в каждом приложении осуществляется отдельно, начиная со 2 страницы приложения в середине верхнего поля листа.

3.2.7.10. **Подпись (реквизит 22)** оформляют по общим правилам, установленным пунктом 2.2.14. настоящей Инструкции.

Подпись отделяется от текста 2 - 3 межстрочными интервалами (минимально - тройное нажатие клавиши «Enter»).

3.2.7.11. **Визы согласования документа (реквизит 24)** оформляют по правилам, установленными настоящей Инструкцией.

3.2.7.12. Оформленные в соответствии с требованиями настоящей инструкции приказы передаются на подпись Главному врачу (исполняющему его обязанности) в ОДО. Внесение изменений в подписанный приказ, а также в согласованный проект документа без проведения повторного согласования **не допускается**.

3.3 Подготовка и оформление записок (служебных, докладных, объяснительных) ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

3.3.1. **Докладная записка** – это документ, адресованный руководителю данной или вышестоящей организации, содержащий обстоятельное изложение какого - либо вопроса с выводами и предложениями составителя.

Докладная записка может быть внешней и внутренней.

Внешние докладные записки представляются руководителю вышестоящей организации.

Внутренние докладные записки создаются по инициативе работника, или по заданию его непосредственного руководителя с целью повышения эффективности деятельности.

Внешние докладные записки составляются на общем бланке ПОКБ, внутренние – на стандартном листе бумаге.

3.3.2. **Служебная записка** – это документ, по назначению близкий к докладной записке, но составляемый по вопросам материально-технического, информационного, хозяйственного обеспечения работником или руководителем структурного подразделения ПОКБ на имя главного врача или специалиста (руководителя) другого структурного подразделения ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.

Служебная записка оформляется на стандартном листе бумаги и адресуется конкретному должностному лицу.

3.3.3. **Объяснительная записка** – это документ, объясняющий причины какого-либо действия, факта, случая, происшествия, составляемый работником и представляемый вышестоящему должностному лицу.

Объяснительная записка составляется на стандартном листе бумаге, адресуется конкретному должностному лицу и пишется лично составителем от руки.

3.3.4. Документы, перечисленные в пп. 3.5.1. – 3.5.3. имеют следующие обязательные реквизиты:

3.3.4.1. **наименование организации (структурного подразделения)** (реквизит 08) - автора документа. При оформлении *внешних* докладных записок реквизит «наименование организации» заложен в утверждённой форме общего бланка. При оформлении *внутренних* докладных, служебных и объяснительных записок данный реквизит оформляется в составе реквизита «подпись» (см. пп. 3.5.4.8.).

3.3.4.2. **наименование вида документа** (реквизит 10) – **СЛУЖЕБНАЯ (ДОКЛАДНАЯ) ЗАПИСКА**. Реквизит оформляют прописными буквами, полужирным шрифтом № 17 и выравнивают по центру;

3.3.4.3. **дата** (реквизит 11) и **регистрационный номер** (реквизит 12) документа.

Датой докладной (служебной) записки является дата их составления и подписания. Общие правила оформления реквизита «дата» приведены в пп. 2.2.4. настоящей Инструкции.

Регистрационные номера докладным (служебным запискам) присваиваются в ОДО.

3.3.4.4. **заголовок к тексту** (реквизит 18). Реквизит оформляют при составлении внешних докладных записок по общим правилам, изложенным в пп. 2.2.11. настоящей Инструкции;

3.3.4.5. **адресат** (реквизит 15). Адресатом в служебных (докладных) записках является сотрудник ПОКБ (для внутренних документов) или должностное лицо вышестоящего органа (для внешних докладных записок). Общие правила оформления реквизита «адресат» приведены в пп. 2.2.8. настоящей Инструкции;

3.3.4.6. **текст** (реквизит 20).

Текст докладной записки состоит из двух или трёх смысловых частей: в первой излагают причины, факты, события, послужившие поводом для её написания, во второй части анализируется сложившаяся ситуация и приводятся возможные варианты решения, третья содержит выводы и предложения о конкретных действиях, которые, по мнению соста-

вителя, необходимо предпринять. Вторая часть в докладной может отсутствовать – в этом случае текст докладной записки содержит обоснование и выводы и предложения составителя.

Текст *служебной* записки состоит из обоснования (изложения причин составления) и предложения, просьбы, заявки и т.п.

Текст *объяснительной* записки состоит из двух частей: первая часть содержит факты, послужившие поводом к её написанию, вторая – причины, поясняющие сложившуюся ситуацию;

3.3.4.8. **подпись** (реквизит 22). Общие правила оформления подписи приведены в пп. 2.2.14. настоящей Инструкции.

Внутреннюю докладную (служебную) записку и объяснительную подписывает составитель, внешнюю – Главный врач (либо один из заместителей по его поручению).

Например:

Начальник отдела кадров

ФИО

3.3.5. До представления соответствующему должностному лицу записки (докладные, служебные, объяснительные) при необходимости визируются заинтересованными должностными лицами.

IV. Организация документооборота и исполнения документов

4.1. Организация документооборота

4.1.1. Движение документов в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко с момента их создания или получения до завершения исполнения или отправки образуют документооборот.

4.1.2. Порядок прохождения документов и операции, производимые с ними в ПОКБ, регламентируются инструкцией по делопроизводству.

4.2. Организация доставки документов

4.2.1 Доставка документов в ПОКБ осуществляется средствами почтовой и электрической связи.

С помощью почтовой связи доставляются письменная корреспонденция в виде простых и регистрируемых писем, бандеролей, печатные издания.

4.2.2 По каналам электрической связи поступают электронные документы, факсограммы, телеграммы, телефонограммы.

4.3. Прием, обработка и распределение поступающих документов

4.3.1. Документы, поступающие в ПОКБ на бумажных носителях - почтой, в электронном виде, факсограммы, проходят первичную обработку, предварительное рассмотрение, регистрацию, рассмотрение руководством и доставляются исполнителям.

Прием, первичная обработка документов и их регистрация осуществляется в ОДО.

4.3.2. Специалист ОДО не позднее следующего рабочего дня с момента поступления почтовой корреспонденции, производит вскрытие конвертов (за исключением конвертов с пометкой «лично»), проверяет правильность доставки, целостность упаковки документов. Ошибочно доставленные документы пересылаются по принадлежности или возвращаются отправителю.

4.3.3. Полученный документ регистрируется. На полученном документе проставляется регистрационный штамп - ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», г. Пенза, ул. Лермонтова, 28, входящий номер. Дата». Регистрационный штамп проставляется согласно ГОСТа 6.30-2003 в правой нижней части лицевой стороны первой страницы документа. В случае если место, предназначенное для штампа, занято текстом письма, штамп может быть проставлен в ином месте, обеспечивающем прочтение. Поступающая корреспонденция регистрируется в Журнале регистрации входящих документов.

4.3.4. Документы, адресованные руководству ПОКБ, а также без указания конкретного лица или структурного подразделения предварительно рассматриваются в ОДО, а затем направляются руководству или в подразделение.

4.3.5. Предварительное рассмотрение документов проводится с целью распределения поступивших документов на требующие обязательного рассмотрения руководством и направляемые непосредственно в структурные подразделения и ответственным исполнителям.

Предварительное рассмотрение осуществляется исходя из оценки их содержания, на основании установленного в организации распределения обязанностей.

Без предварительного рассмотрения передаются по назначению документы, адресованные непосредственно структурным подразделениям или должностным лицам.

4.3.6. После предварительного рассмотрения и регистрации, документы передаются на рассмотрение главному врачу или в его отсутствие лицу, исполняющему обязанности главного врача.

4.3.7. Рассмотренные руководством документы, с резолюцией, в которой указываются ответственные исполнители (в соответствии с распределением обязанностей), возвращаются в ОДО, где документы передаются на исполнение.

4.3.8. Поступившие телеграммы принимаются под расписку с представлением даты и времени приема, регистрируются, а затем передаются на рассмотрение руководству.

4.3.9. Текст поступившей телефонограммы записывается секретарем в Журнал телефонограмм и оперативно передается руководителю.

4.4. Порядок подготовки и прохождения исходящих документов

4.4.1. Подготовка и прохождение исходящих документов в ПОКБ осуществляется в следующем порядке:

- составление проекта документа и его печатание,
- согласование и визирование документа,
- подписание (утверждение),
- регистрация (только регистрируемых документов),
- отправка документа.

4.4.2. В ОДО проверяется правильность оформления документов, наличие приложений. Неправильно оформленные документы возвращаются исполнителю на доработку. На отправляемом документе, а также на его копиях проставляются дата и исходящий номер. Документ регистрируется в Журнале регистрации исходящих документов.

4.4.3. Документы, отправляемые ПОКБ передаются посредством почтовой и электрической связи.

4.4.4. Обработка документов для отправки почтовой связью осуществляется ОДО в соответствии с действующими Правилами оказания услуг почтовой связью.

4.4.5. С помощью средств электрической связи ОДО осуществляет передачу факсограмм, электронных документов.

V. Организация контроля исполнения документов

5.1. Общие положения

5.1.1. Цель контроля - обеспечения высокой эффективности управления, совершенствование форм и методов работы, повышение общего уровня исполнительской дисциплины, обеспечение своевременного и полного выполнения принятых решений.

Контроль осуществляют: главный врач, руководители структурных подразделений больницы и ОДО.

5.1.2. Контроль исполнения документов включает постановку документа на контроль, регулирование хода исполнения, снятие исполненного документа с контроля, направление исполненного документа в дело, учет, информирование руководителей о состоянии исполнения документов.

5.1.3. Контролю подлежат все зарегистрированные документы, требующие исполнения.

5.1.4. При постановке документа на контроль в правом верхнем поле документа ставится отметка о контроле, которую обозначают буквой «К» или словом (штампом) «Контроль».

5.2. Сроки исполнения документов

Письма, заявления и обращения должны быть рассмотрены лицом, которому оно (они) направлено в следующий срок:

5.2.1. письма, заявления и обращения, поступившие от органов государственной власти, должны быть рассмотрены в срок, указанный главным врачом, при отсутствии указанного срока - в срок, указанный в самом тексте письма, заявления, обращения. При отсутствии срока, указанного главным врачом, текстом письма, заявления, обращения - ответ должен быть сделан не позднее 10 дней с момента получения;

5.2.2. Письма, заявления, обращения, поступившие от юридических лиц, должны быть рассмотрены и на них дан ответ в срок, указанный главным врачом, либо текстом письма, заявления, обращения, но не более чем 20 дней после его получения;

5.2.4. Письма, заявления, обращения, поступившие от физических лиц, должны быть рассмотрены не позднее 20 дней с момента его получения, если иное не установлено главным врачом или текстом письма,

заявления, обращения. Служебные записки «внутреннего обращения» подлежат рассмотрению в срок, согласованный руководством больницы, руководителями подразделений, либо в срок не более 10 дней после получения.

5.2.5. Контрольные письма, заявления, обращения (включая служебные записки) подлежат рассмотрению в срок «контрольной даты».

5.2.6. Письма, заявления, обращения, поступившие в структурные подразделения ПОКБ от органов государственной власти, а также письма от административных органов и письма досудебного (судебного) порядка должны быть представлены главному врачу с текстом ответа в срок не более 3 дней с момента их получения (в определенных случаях информация может быть доведена устно по телефону).

5.3. Порядок организации контроля исполнения

5.3.1. После резолюции главного врача, или исполняющего обязанности главного врача, поступившие документы направляются исполнителю. Также исполнитель расписывается в Сопроводительном реестре на отправленные документы из ОДО.

5.3.2. Исполнение документа предусматривает: сбор и обработку необходимой информации, подготовку проекта документа, его оформление, согласование, представление на подписание (утверждение) руководством ПОКБ, подготовку к пересылке адресату.

Исполнитель определяет необходимое количество экземпляров документа, передает документ на тиражирование.

5.3.3. При оперативном решении вопросов без составления дополнительных документов, исполнитель делает отметки на документе: о дате поступления (если образовался интервал времени между поступлением документа и его доставкой исполнителю), о датах промежуточных исполнения (запрос сведений, телефонные переговоры и т.д.) о дате и результатах окончательного исполнения. Все отметки размещаются на свободных от текста местах.

5.3.4. При невозможности выполнения документа в установленный срок исполнитель заранее информирует об этом ОДО. В информации излагаются причины невыполнения, мотивированная просьба о переносе срока. Вопросы переноса сроков исполнения решаются главным врачом.

5.3.5. Проверка хода исполнения осуществляется на всех этапах до истечения срока исполнения и включает промежуточный запрос каждые две недели о состоянии исполнения документов, у которых приближается срок исполнения, еженедельное представление исполнителям перечня документов, подлежащих исполнению на текущей неделе, ежедневное напоминание, содержащее перечень документов, подлежащих исполнению на следующий день.

5.4. Порядок снятия документов с контроля

Основанием для снятия документов с контроля является полное исполнение поставленных в них задач (заложенных в них требований), подтверждающие документально.

Документ считается снятым с контроля с момента отметки даты фактического исполнения.

VI. Организация работы с документами в делопроизводстве

6.1. Составление номенклатуры дел

6.1. **Номенклатура дел** – систематизированный перечень заголовков (наименований) дел, заводимых в ПОКБ, ее структурных подразделениях с указанием сроков их хранения, оформленных в установленном порядке.

6.2. Номенклатура дел составляется в целях обоснованного распределения документов и формирования дел, обеспечения поиска документов и учета дел. Она является классификационным справочником и используется при построении информационно-поисковой системы.

6.3. Каждое дело, включенное в номенклатуру, должно иметь индекс. Индекс дела состоит из индекса структурного подразделения (по классификатору структурных подразделений) и порядкового номера дела в пределах подразделения. При наличии в деле нескольких томов (частей), индекс проставляется на каждом томе с добавлением «т. 1», «т. 2» и т.д.

6.4. Заголовки дел должны кратко отражать основное содержание и состав документов дела, в процессе формирования и оформления дел они могут уточняться.

6.5. Номенклатура дел в ПОКБ составляется на основе номенклатуры дел структурных подразделений. Подписывается непосредственным исполнителем, утверждается главным врачом.

6.6. Номенклатура дел пересоставляется и согласовывается заново в случае коренных изменений функций и структуры организации, затем представляется в ГБУ «Госархив Пензенской области» на рецензирование куратору больницы.

6.7. Номенклатура дел ПОКБ согласовывается с экспертно-проверочной комиссией (ЭПК) Управления культуры и архива Пензенской области.

6.8. Номенклатура дел на очередной год утверждается не позднее, чем за 20 дней до начала года.

6.9. Названиями разделов номенклатуры дел ПОКБ являются названия структурных подразделений, в которых формируются номенклатурные дела.

6.10. После утверждения номенклатуры дел больницы структурные подразделения получают выписки из соответствующих ее разделов для использования в работе.

6.11. В течение года в утвержденную номенклатуру дел вносятся сведения о заведении дел, о включении новых дел и т.д. По окончании делопроизводственного года в конце номенклатуры составляется итоговая запись о количестве заведенных дел.

6.2. Подготовка документов к последующему хранению

6.2.1. Исполненные документы формируются (группируются) в дела в соответствии с номенклатурой дел.

При формировании дел необходимо соблюдать следующие общие правила:

- помещать в дело только исполненные, правильно оформленные документы в соответствии с заголовками дел по номенклатуре;
- помещать вместе все документы, относящиеся к разрешению одного вопроса;
- помещать приложения вместе с основными документами;
- группировать в дело документы одного календарного года, за исключением переходящих дел;
- раздельно группировать в дела документы постоянного и временного сроков хранения.

6.2.2. В дело не должны помещаться документы, подлежащие возврату, лишние экземпляры, черновики; дело не должно превышать 250 листов.

6.2.3. Номер дела, в котором должен быть подшит документ, определяет исполнитель. На документе проставляются: отметка «В дело № ...», дата, запись исполнителя или руководителя структурного подразделения.

Документы внутри дела располагаются в хронологической последовательности.

В зависимости от сроков хранения проводится полное или частичное оформление дел.

Полному оформлению подлежат дела постоянного, временного (свыше 10 лет) хранения и по личному составу. Полное оформление дела предусматривает:

- подшивку или переплет дела, только после проведения экспертизы ценности документов;
- нумерацию листов в деле;
- оставление заверительной надписи в конце дела;
- составление внутренней описи документов дела (для приказов, особо ценных и личных дел и дел, заголовки которых не раскрывают конкретного содержания документов) в начале дела;
- оформление обложки дела.

В целях обеспечения сохранности и закрепления порядка расположения документов, включенных в дело, все листы его, кроме листов заверительной надписи, нумеруются арабскими цифрами валовой нумерацией в правом верхнем углу, не задевая текста документов, простым графическим карандашом.

Дела временного (до 10 лет включительно) хранения подлежат частичному оформлению; дела допускается хранить в скоросшивателях, не проводить пересистематизацию документов в деле, листы дела не нумеровать, заверительные надписи не составлять.

С момента заведения и до передачи в Госархив области дела хранятся по месту их формирования. Дела находятся в рабочих комнатах или в специально отведенных для этой цели помещениях. Номенклатура дел или выписка из нее помещается на внутренней стороне шкафа.

На обложку каждого дела заносятся наименование фонда, структурного подразделения, индекс дела, номер тома, если дело состоит из нескольких томов, заголовков, дата (год) заведения дела и срок хранения.

Индекс дела и год его заведения указываются и на корешках обложек дел.

Ответственность за правильное формирование, сохранность и сдачу дел в архив возлагается на лиц, ответственных за делопроизводство. Выносить служебные дела из здания Пензенской областной клинической больницы им. Н.Н. Бурденко категорически запрещается. Отдельные документы из дел не выдаются. В исключительных случаях документ может быть изъят из дела, вместо него подкладывается заполненная карта-заместитель дела (приложение 13). Контроль за возвратом документа возлагается на лицо, ответственное за ведение архива, после чего карта-заместитель дела уничтожается.

Выдача документов или письменных справок по ним представителям других организаций разрешается только руководством ПОКБ на основании письменных запросов этих организаций.

6.3. Организация оперативного хранения документов

6.3.1. С момента заведения и до передачи в архив, ГБУ «Госархив Пензенской области» дела хранятся по месту их формирования.

Руководители структурных подразделений и сотрудники, отвечающие за делопроизводство, обязаны обеспечивать сохранность документов и дел.

В целях повышения оперативного поиска документов дела располагаются в шкафах в соответствии с номенклатурой дел. Номенклатура дел или выписка из нее помещается на внутренней стороне шкафа.

На корешках обложек дел указываются индексы по номенклатуре дел.

Завершенные дела постоянного и долговременного (свыше 10 лет) сроков хранения хранятся по месту их формирования в течение трех лет, а затем сдаются в ГБУ «Госархив Пензенской области».

6.3.2. Выдача дел другим подразделениям производится с разрешения руководителя ОДО. Выдача дел сотрудникам подразделений для работы осуществляется под расписку. На выданное дело заводится карта-заместитель. В ней указывается структурное подразделение, индекс дела, дата его выдачи, кому дело выдано, дата его возвращения, предусматриваются графы для расписок в получении и приеме дела.

6.3.3. Дела выдаются во временное пользование сотрудникам структурных подразделений на срок не более одного месяца. После истече-

ния указанного срока дело должно быть возвращено на место его хранения.

6.3.4. Сторонним организациям дела выдаются на основании их письменных запросов с разрешения руководителя или его заместителя, курирующего службу ОДО, по актам.

6.3.5. Изъятие документов из дел постоянного срока хранения допускается в исключительных случаях и производится с разрешения руководителя федерального органа исполнительной власти с оставлением в деле заверенной копии документа и акта о причинах выдачи подлинника.

6.4. Порядок передачи документов на хранение в архив

6.4.1. Документы ПОКБ являются источником комплектования ГБУ «Госархив Пензенской области» и после проведения экспертизы их ценности в установленном порядке подлежат обязательной передаче на постоянное хранение в архив ГБУ «Госархив Пензенской области», как составная часть Архивного фонда Российской Федерации.

6.4.2. Дела с исполненными документами постоянного и долговременного (свыше 10 лет) хранения передаются в архив ПОКБ через пять лет после их завершения в делопроизводстве.

6.4.3. Дела временного срока хранения (до 10 лет включительно) передаче в архив ПОКБ не подлежат. Они хранятся в структурных подразделениях и по истечении сроков хранения подлежат уничтожению в установленном порядке.

6.4.4. В ГБУ «Госархив Пензенской области» передаются дела согласно утверждённым описям по актам передачи документов.

6.4.5. В случае ликвидации или реорганизации структурного подразделения ПОКБ, работник, ответственный за ведение делопроизводства данного структурного подразделения, в период проведения ликвидационных (реорганизационных) мероприятий формирует все имеющиеся документы в дела, оформляет дела и передает их в архив ПОКБ, независимо от сроков хранения.

6.5. Экспертиза ценности документов

6.5.1. Экспертиза ценности документов – изучение документов на основании критериев их ценности в целях определения сроков хране-

ния документов и отбора их для включения в состав ГБУ «Госархив Пензенской области».

6.5.2. Экспертиза ценности документов в ПОКБ на стадии делопроизводства проводится: при составлении номенклатуры дел; в процессе формирования дел, при подготовке дел к передаче в архив ПОКБ.

6.5.3. Для организации и проведения экспертизы ценности документов в ПОКБ создается экспертная комиссия (далее именуется – ЭК)

6.5.4. Функции и права ЭК, а также организация их работы определяются положениями, которые утверждаются главным врачом ПОКБ. Положение о ЭК до его утверждения подлежит согласованию с ЭПК Управления культуры и архива Пензенской области.

6.5.5. Экспертиза ценности документов постоянного и временно-го хранения осуществляется ежегодно в структурных подразделениях ПОКБ непосредственно лицами, ответственными за ведение делопроизводства совместно с ЭК, под непосредственным методическим руководством архива ПОКБ.

6.5.6. При проведении экспертизы ценности документов осуществляется отбор дел постоянного и временного (свыше 10 лет) хранения для передачи в архив ПОКБ; отбор дел с временными сроками хранения и с пометкой «До минования надобности», подлежащих дальнейшему хранению в структурных подразделениях; выделение к уничтожению дел за предыдущие годы, сроки хранения которых истекли, оформляются актом.

6.5.7. Отбор документов постоянного хранения проводится на основании перечней документов с указанием сроков их хранения и номенклатуры дел ПОКБ путем полистного просмотра дел. В делах постоянного хранения подлежат изъятию дублетные экземпляры документов, черновики, неоформленные копии документов и не относящиеся к вопросу документы с временными сроками хранения. Окончательное решение по результатам экспертизы ценности документов принимает ЭПК Управления культуры и архива Пензенской области.

6.5.8. По результатам экспертизы ценности документов составляются описи дел постоянного, временного (свыше 10 лет) хранения и по личному составу, а также акты о выделении дел к уничтожению.

6.5.9. Опись дела – архивный справочник, содержащий систематизированный перечень единиц хранения архивного фонда, коллекции и предназначенный для их учета и раскрытия содержания. Отдельная

опись представляет собой перечень дел с самостоятельной валовой (порядковой) законченной нумерацией.

6.5.10. Описи составляются отдельно на дела постоянного хранения; дела временного (свыше 10 лет) хранения; дела по личному составу; на дела временного (до 10 лет) хранения описи не составляются.

6.5.11. В ПОКБ в каждом структурном подразделении описи на дела постоянного хранения составляются ежегодно под непосредственным методическим руководством ГБУ «Госархив Пензенской области». По этим описям документы сдаются в ГБУ «Госархив Пензенской области».

Описи дел, подготовленные структурными подразделениями, служат основой для подготовки сводной описи дел учреждения, которую готовит ГБУ «Госархив Пензенской области».

6.5.12. Описи дел структурных подразделений составляются по установленной форме и представляются в ГБУ «Госархив Пензенской области» не позднее чем через три года после завершения дел в делопроизводстве.

6.5.13. Описательная статья описи дел структурного подразделения имеет следующие элементы: порядковый номер дела (тома, части) по описи; индекс дела (тома, части); заголовок дела (тома, части); дата дела (тома, части); количество листов в деле (томе, части); срок хранения дела.

6.5.14. При составлении описи дел соблюдаются следующие требования: каждое дело вносится в опись под самостоятельным порядковым номером (если дело состоит из нескольких томов (частей), то каждый том (часть), в том числе сформированное в отдельный том приложение к делу, вносится в опись под самостоятельным номером; порядок нумерации дел в описи – валовой; графы описи заполняются в точном соответствии с теми сведениями, которые вынесены на обложку дела; при внесении в опись подряд дел с одинаковыми заголовками пишется полностью заголовок первого дела, а все остальные однородные дела обозначаются словами «то же», при этом другие сведения о делах вносятся в опись полностью (на каждом новом листе описи заголовок воспроизводится полностью); графа описи «примечание» используется для отметок о приеме дел, особенностях их физического состояния, о передаче дел другим структурным подразделениям со ссылкой на необходимый акт, о наличии копий и т.п.

6.5.15. В конце описи вслед за последней описательной статьей делается итоговая запись, в которой указывается (цифрами и прописью)

количество дел, числящихся по описи, первый и последний номера дел по описи, а также оговариваются особенности нумерации дел в описи (литерные номера и пропущенные номера).

6.5.16. Опись дел структурного подразделения подписывается составителем с указанием его должности, согласовывается с руководителем службы ОДО и утверждается руководителем структурного подразделения.

Опись дел до ее утверждения должна быть согласована с ЭК ПОКБ.

6.5.17. Опись дел структурного подразделения организации составляется в двух экземплярах, один из которых передается вместе с делами в ГБУ «Госархив Пензенской области», а второй остается в качестве контрольного экземпляра в структурном подразделении.

6.5.18. Отбор документов за соответствующий период к уничтожению и составление акта о выделении их к уничтожению производится после составления сводных описей дел постоянного хранения за этот же период. Указанные описи и акты рассматриваются на заседании ЭК ПОКБ одновременно. Согласованные ЭК акты и описи утверждаются руководителем только после утверждения экспертно-проверочной комиссией Управления культуры и архива Пензенской области, после этого организация имеет право уничтожить дела, включенные в данные акты в соответствии с установленным порядком.

6.5.19. Акт о выделении документов к уничтожению составляется, как правило, на дела всего учреждения. Если в акте указаны дела нескольких структурных подразделений, то название каждого структурного подразделения указывается перед группой заголовков дел этого подразделения.

6.6. Подготовка и передача документов в архив

6.6.1. В архив ПОКБ передаются дела с исполненными документами постоянного, временного (свыше 10 лет) хранения и по личному составу. Их передача производится только по описям дел.

6.6.2. Дела с исполненными документами постоянного и временно-го (свыше 10 лет) хранения передаются в архив ПОКБ не позднее чем через три года после их завершения в делопроизводстве.

6.6.3. Дела временного (до 10 лет включительно) хранения передаче в архив ПОКБ, как правило, не подлежат. Они хранятся в структурных подразделениях и по истечении сроков хранения подлежат уничтожению в установленном порядке.

6.6.4. Передача дел в архив ПОКБ осуществляется по графику, составленному архивом, согласованному с руководителями структурных подразделений и утвержденному главным врачом.

6.6.5. В период подготовки дел структурным подразделением к передаче в архив ПОКБ сотрудником архива предварительно проверяется правильность их формирования, оформления и соответствие количества дел, включенных в опись, количеству дел, заведенных в соответствии с номенклатурой дел ПОКБ. Все выявленные при проверке недостатки в формировании и оформлении дел работники структурного подразделения обязаны устранить.

6.6.6. Прием каждого дела производится заведующим архивом ПОКБ в присутствии работника структурного подразделения. При этом на обоих экземплярах описи против каждого дела, включенного в нее, делается отметка о наличии дела. В конце каждого экземпляра описи указываются цифрами и прописью количество фактически принятых дел, дата приема-передачи дел, а также подписи заведующего архивом ПОКБ и лица, передавшего дела.

Вместе с делами в архив ПОКБ передаются регистрационные карточки на документы и (или) программные средства и базы данных, содержащие информацию о регистрации и исполнении передаваемых документов. Заголовок каждой картотеки или базы данных включается в опись.

6.6.7. В случае ликвидации или реорганизации структурного подразделения ПОКБ лицо, ответственное за ведение делопроизводства данного структурного подразделения, в период проведения ликвидационных мероприятий формирует все имеющиеся документы в дела, оформляет дела и передает их в архив ПОКБ, независимо от сроков хранения. Передача дел осуществляется по описям дел и номенклатуре дел.

7. Хранение и использование печатей и штампов

7.1. Печать является механическим приспособлением, устройством, содержащим клише печати для нанесения оттиска на бумаге. Оттиск печати заверяет подлинность подписи должностного лица, подписи на документах, удостоверяющих права лиц, фиксирующих факты, связанные с финансовыми средствами, а также на иных документах предусматривающих заверение подлинности подписи.

Штамп – устройство прямоугольной формы для проставления отметок справочного характера о получении, регистрации, исполнении документов и др.

7.2. ПОКБ имеет печати и штампы. Печати изготавливаются в строго ограниченном количестве исключительно в служебных целях.

7.3 Ответственными за хранение и использование печатей и штампов устанавливаются:

- мастичной круглой печати с наименованием ПОКБ – секретарь ПОКБ;

- других печатей и штампов – руководители соответствующих структурных подразделений ПОКБ.

7.4. Служебные записки (заявки) на изготовление печатей и штампов после получения положительной резолюции на изготовление представляются заведующему хозяйством, который осуществляет их заказ и получение в организации, имеющей соответствующее разрешение на выполнение данного вида деятельности.

7.5. Изготовленные печати и штампы учитываются заведующим хозяйством в специальном журнале с проставлением оттисков и выдаются им под личную роспись руководителям структурных подразделений Минздравсоцразвития Пензенской области, отвечающих за их использование и сохранность.

7.6. Печати и штампы в структурных подразделениях ПОКБ должны храниться в металлических шкафах или сейфах, запираемых на ключ.

7.7. Уничтожение печатей происходит в случаях реорганизации, ликвидации ПОКБ (структурного подразделения ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко), переименования ПОКБ или его структурного подразделения, имеющего печать с изображением своего наименования.

Пришедшие в негодность и утратившие значение печати и штампы подлежат возврату по месту выдачи, где они уничтожаются в установленном порядке с составлением акта.

Нормативные ссылки

1. ISO 9001:2008 Quality management systems – Requirements (Системы менеджмента качества. Требования).

2. ГОСТ Р 51141-98 «Делопроизводство и архивное дело. Термины и определения», утверждён постановлением Госстандарта Российской Федерации от 27.02.1998 № 28.

3. ГОСТ Р 6.30-2003 «Унифицированные системы документации. Унифицированная система организационно-распорядительной документации. Требования к оформлению документов», принят и введён в действие постановлением Госстандарта Российской Федерации от 03.03.2003 № 65-ст.

4. ГОСТ Р 1.5-2004 «Стандарты национальные Российской Федерации. Правила построения, изложения, оформления и обозначения», утвержден и введен в действие Приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 30 декабря 2004 г. № 155-ст.

5. Перечень типовых управленческих архивных документов, образующихся в процессе деятельности государственных органов, органов местного самоуправления и организаций, с указанием сроков хранения, утверждён приказом Минкультуры России 25.08.2010 № 558.

**Приложение № 1 к Инструкции
по делопроизводству**

ОБРАЗЕЦ БЛАНКА ПИСЬМА

Министерство здравоохранения
Пензенской области

**Государственное бюджетное
учреждение здравоохранения
«Пензенская областная клиническая
больница им. Н.Н. Бурденко»
(ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко)**

Директору
Территориального
фонда обязательного
медицинского страхования
Пензенской области
Е.А. Аксеновой

ул. Лермонтова, д. 28, г. Пенза, 440026
Тел/факс (8412) 54–86–00, 54–85–34
E-mail: burdenko@e-pen.ru
ОКПО 01938530, ОГРН 1025801446527
ИНН/КПП 5837008741/583701001

	№	_____
на № _____	от _____	_____

**Приложение № 2 к Инструкции по
делопроизводству**

ОБРАЗЕЦ БЛАНКА ПРИКАЗА



**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Пензенская областная клиническая больница
им. Н.Н. Бурденко»
(ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко)**

П Р И К А З

№ _____

г. Пенза

О проведении инвентаризации

**Приложение № 3 к Инструкции
по делопроизводству**

ОБРАЗЕЦ ОБЩЕГО БЛАНКА

Министерство здравоохранения
Пензенской области

**Государственное бюджетное
учреждение здравоохранения
«Пензенская областная клиническая
больница им. Н.Н. Бурденко»
(ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко)
г. Пенза, ул. Лермонтова, д. 28**

№ _____

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
(ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко)**

**Приложение № 5 к Инструкции
по делопроизводству**

ГБУЗ «Пензенская
областная клиническая
больница
им. Н.Н. Бурденко

АКТ

_____ № _____
г. Пенза

УТВЕРЖДАЮ
главный врач ГБУЗ «Пензенская
областная клиническая больница
им. Н.Н. Бурденко

о выделении к уничтожению
документов, не подлежащих
хранению

_____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)
Дата _____

На основании _____
(название и выходные данные перечня документов с указанием сроков их хранения)
отобраны к уничтожению как не имеющие научно-исторической цен-
ности и утратившие практическое значение документы фонда № _____

(название фонда)

№ п/п	Заголовок дела или групповой заголовок документов	Крайние даты	Номера описей	Индекс дела по номенклатуре или № дела по описи	Кол- во ед. хр.	Сроки хранения и номера ста- тей по пе- речню	Приме- чание
1	2	3	4	5	6	7	8

Итого _____ ед. хр. за _____ годы
(цифрами и прописью)

Описи дел постоянного хранения за _____ годы утверждены, по
личному составу согласованы с ЭПК Управления культуры и архива
Пензенской области

(протокол от _____ № _____)

Наименование должности лица,
проводившего экспертизу
ценности документов

(подпись)

(расшифровка подписи)

Дата

СОГЛАСОВАНО

Протокол ЭК ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко

от _____ № _____

Документы в количестве _____ ед. хр.,
(цифрами и прописью)

весом _____ кг сданы в _____
(наименование организации)

на переработку по приемо-сдаточной накладной от _____ № _____

Наименование должности
работника,
сдавшего документы

(подпись)

(расшифровка подписи)

Дата _____

**Приложение № 6 к Инструкции по
делопроизводству**

ЛИСТ-ЗАВЕРИТЕЛЬ ДЕЛА № _____

В деле подшито и пронумеровано _____ листов,
(цифрами и прописью)

в том числе:

литерные номера листов _____;

пропущенные номера листов _____

+ листов внутренней описи _____

Особенности физического состояния и формирования дела	Номера листов
1	2

Наименование должности

работника

Дата _____

(подпись)

(расшифровка подписи)

**Приложение № 7 к Инструкции по
делопроизводству**

ГБУЗ «Пензенская областная клиническая
больница им. Н.Н. Бурденко»

Фонд № _____

УТВЕРЖДАЮ

главный врач ГБУЗ «Пензенская
областная клиническая больница
им. Н.Н. Бурденко

ОПИСЬ № _____
дел временного (свыше 10 лет) хранения

за _____ год

(подпись) (расшифровка подписи)
Дата _____

Название раздела (структурного подразделения организации)						
№ п/п	Индекс дела	Заголовок дела	Крайние даты	Срок хранения	Кол-во листов	Примечание
1	2	3	4	5	6	7

В данный раздел описи внесено _____ ед.
хр., _____
(цифрами и прописью)
с № _____ по № _____, в том числе:
литерные номера: _____
пропущенные номера: _____

Наименование должности
составителя описи

Дата _____

(подпись) (расшифровка подписи)

Наименование должности
руководителя архива
(лица, ответственного за архив)

Дата _____

(подпись) (расшифровка подписи)

СОГЛАСОВАНО

Протокол ЭК ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко
от _____ № _____

**Приложение № 8 к Инструкции по
делопроизводству**

ГБУЗ «Пензенская областная клиническая
больница им. Н.Н. Бурденко»

Фонд № _____

УТВЕРЖДАЮ

главный врач ГБУЗ «Пензенская
областная клиническая больница
им. Н.Н. Бурденко

ОПИСЬ № _____
дел по личному составу

за _____ год

(подпись) (расшифровка подписи)
Дата _____

Название раздела					
№ п/п	Индекс дела	Заголовок дела	Крайние даты	Кол-во листов	Примечание
1	2	3	4	5	6

В данный раздел описи внесено _____ ед.
хр., _____

с № _____ по № _____ (цифрами и прописью), в том числе:

литерные номера: _____

пропущенные номера: _____

Наименование должности
составителя описи

(подпись) (расшифровка подписи)
Дата _____

Начальник отдела кадров
(специалист по кадрам)

(подпись) (расшифровка подписи)
Дата _____

СОГЛАСОВАНО

Протокол (ЭК) ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко
от _____ № _____

СОГЛАСОВАНО

Протокол ЭПК Управления культуры и архива
Пензенской области
от _____ № _____

**Приложение № 9 к Инструкции по
делопроизводству**

ГБУЗ «Пензенская областная клиническая
больница им. Н.Н. Бурденко»

Фонд № _____

УТВЕРЖДАЮ

главный врач ГБУЗ «Пензенская
областная клиническая больница
им. Н.Н. Бурденко

ОПИСЬ № _____
дел постоянного хранения

за _____ год

(подпись) (расшифровка подписи)
Дата _____

Название раздела (структурного подразделения организации)					
№ п/п	Индекс дела	Заголовок дела	Крайние даты	Кол-во листов	Примечание
1	2	3	4	5	6

В данный раздел описи внесено _____ ед.
хр., _____
(цифрами и прописью)
с № _____ по № _____, в том числе:
литерные номера: _____
пропущенные номера: _____

Наименование должности
составителя описи

(подпись) (расшифровка подписи)

Наименование должности
руководителя архива
(лица, ответственного за архив)

(подпись) (расшифровка подписи)

Дата _____

УТВЕРЖДЕНО

СОГЛАСОВАНО

Протокол ЭПК Управления культуры и архива
Пензенской области
от _____ № _____

Протокол ЭК ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко
от _____ № _____

**Приложение № 10 к Инструкции по
делопроизводству**

Код гос. архива _____

Код организации _____

Ф. № _____

Оп. № _____

Д. № _____

(Наименование архивного учреждения)

(Наименование организации и структурного подразделения)

ДЕЛО № _____ ТОМ № _____

(Заголовок дела)

(Крайние даты)

На _____ листах

Хранить _____

Ф. № _____

Оп. № _____

Д. № _____

**Приложение № 11 к Инструкции по
делопроизводству**

Государственное бюджетное
учреждение здравоохранения
«Пензенская областная клиническая
больница им. Н.Н. Бурденко»

УТВЕРЖДАЮ
главный врач ГБУЗ «Пензенская
областная клиническая больница
им. Н.Н. Бурденко»

Номенклатура дел на _____ год

_____ _____
подпись ФИО

Дата _____ Индекс _____

дата

Индекс дела	Заголовок дела	Кол-во ед.хр.	Срок хранения и № статей по перечню	Примечание
1	2	3	4	5
Название раздела				

Заведующий архивом
организационно-методического отдела

_____ _____
подпись ФИО

СОГЛАСОВАНО
Протокол ЭК ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко
от _____ № _____

СОГЛАСОВАНО
Протокол ЭПК архивного учреждения
от _____ № _____

ИТОГОВАЯ ЗАПИСЬ О КОЛИЧЕСТВЕ ЗАВЕДЕННЫХ ДЕЛ

По срокам хранения	Всего	В том числе переходящих
Постоянного		
Временного (свыше 10 лет)		
Временного (до 10 лет включительно)		
Итого		

Заведующий архивом
организационно-методического отдела

_____ _____
подпись ФИО

**Приложение № 12 к Инструкции по
делопроизводству**

УТВЕРЖДЕНО
приказом ГБУЗ «Пензенская
областная клиническая больница
им. Н.Н. Бурденко»
от «___» ___ 20__ г. № ___

Вид ЛНА (Положение/Порядок/Правила/Инструкция)

Наименование ЛНА

**ГБУЗ «Пензенская областная клиническая
больница им. Н.Н. Бурденко»**

г. Пенза



Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
(ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко)

П Р И К А З

15.06.2015

№ 67

г. Пенза

Об утверждении инструкции по разработке, согласованию, утверждению и использованию структуры управления, должностных инструкций и положений о подразделениях ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

В целях повышения качества и обеспечения единого порядка работы с документами в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», **п р и к а з ы в а ю:**

1. Утвердить прилагаемую Инструкцию по разработке, согласованию, утверждению и использованию структуры управления, должностных инструкций и положений о подразделениях ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» (далее - Инструкция).

2. Руководителям структурных подразделений ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко организовать изучение настоящей Инструкции во вверенном структурном подразделении.

3. Установить персональную ответственность руководителей структурных подразделений за соблюдение требований Инструкции.

4. Начальнику отдела документационного обеспечения Разиной Н.В. письменно, персонально под роспись ознакомить всех заинтересованных лиц с настоящим приказом (согласно листу ознакомления).

5. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Главный врач

С.В. Евстигнеев

Представитель руководства по СМК

И.В. Фролова

Начальник юридического отдела

Н.В. Флеонова

Начальник отдела документационного обеспечения

Н.В. Разина

УТВЕРЖДЕНА
приказом ГБУЗ «Пензенская
областная клиническая больница
им. Н.Н. Бурденко»

от 15.06.2015 г. № 67

ИНСТРУКЦИЯ
по разработке, согласованию, утверждению и использованию
структуры управления, должностных инструкций и положений о
подразделениях ГБУЗ «Пензенская областная клиническая
больница им. Н.Н. Бурденко»

СОДЕРЖАНИЕ

Назначение и область применения	3
Ответственность	3
Изменения	3
Определения, сокращения и обозначения	3
I Общие положения.....	5
II Принципы формирования структуры управления	5
III Порядок разработки положений о структурных подразделениях и должностных инструкций.....	6
3.1 Общие требования к порядку разработки положений о структурных подразделениях и должностных инструкций.....	6
3.2 Порядок построения и изложения положения о структурном подразделении	8
3.3 Порядок построения и изложения должностных инструкций	9
3.4 Требования к оформлению положений о структурных подразделениях и должностных инструкций.....	10
3.5 Порядок согласования, утверждения и ознакомления.....	10
Приложение № 1 Шаблон Положения о структурном подразделении	12
Приложение № 2 Шаблон Должностной инструкции.....	12

Назначение и область применения

Инструкция по разработке, согласованию, утверждению и использованию структуры управления, должностных инструкций и положений о подразделениях (**далее – Инструкция**) разработана в целях установления единых принципов формирования и требований к порядку управления организационно-кадровой документации ПОКБ: структурой управления, положениями о подразделениях, должностными инструкциями.

Задачами настоящей Инструкции является:

- определение порядка закрепление отдельных видов деятельности ПОКБ за структурными единицами взаимосвязей структурных единиц, включая отношения подчинения;

- определения полномочий и ответственности структурных единиц.

Требования данной Инструкции являются обязательными для всех работников ПОКБ.

Ответственность

Ответственным за организацию разработки и актуализации настоящей Инструкции является начальник отдела кадров.

Ответственными за исполнение требований данной Инструкции являются все работники ПОКБ.

Изменения

Внесение изменений/дополнений в настоящую Инструкцию осуществляется путем ее переиздания на основании приказа главного врача с обязательным ознакомлением всех работников ПОКБ.

Определения, сокращения и обозначения

Определения

Должностная инструкция – организационно-правовой документ, устанавливающий служебную роль каждого работника ПОКБ в структуре управления, его обязанности, права, ответственность, полномочия, содержащий квалификационные требования к должности.

Положение о подразделениях – организационно-правовой документ, устанавливающий порядок образования подразделений ПОКБ.

Система менеджмента качества – совокупность взаимосвязанных или взаимодействующих элементов для установления политики и це-

лей в области качества и достижения этих целей, а также руководства и управления организацией применительно к качеству.

Структурная единица – подразделение или отдельный работник ПОКБ.

Структура управления - распределение в определенном порядке обязанностей, ответственности, полномочий и взаимоотношений между структурными единицами ПОКБ.

Сокращения

ДИ – должностные инструкции;

ЕТКС – Единый тарифно-квалификационный справочник работ и профессий рабочих;

ОК – отдел кадров ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»;

ПОКБ - ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»;

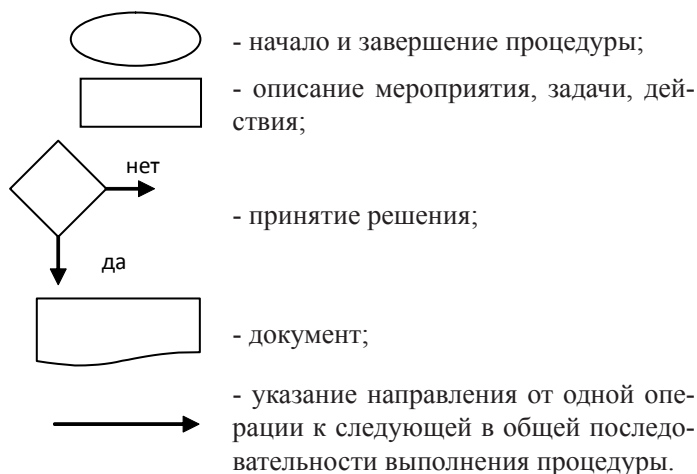
ПП – положение о подразделениях;

РФ – Российская Федерация;

СМК – система менеджмента качества;

ЮО – юридический отдел ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко».

Обозначения



I Общие положения

1.1 Взаимосвязь и подчиненность всех структурных единиц ПОКБ представлена в структуре управления.

1.2 Функции и задачи подразделений определены в положениях о подразделениях, обязанности, полномочия и ответственность руководителей и работников - в должностных инструкциях.

1.3 Характер полномочий в ПОКБ определяется:

- видом полномочий, т.е. видами ресурсов ПОКБ, которыми могут пользоваться работники;
- степенью полномочий, т.е. объемами потребляемых ресурсов.

1.4 В ПОКБ применяются следующие согласованные с законодательством РФ виды и степени ответственности:

- уголовная;
- административная;
- дисциплинарная;
- полная материальная;
- неполная материальная.

II Принципы формирования структуры управления

2.1 Отношения подчинения в ПОКБ определяются:

- административным (структурным) подчинением, т.е. подчиненностью структурных единиц;
- функциональным подчинением по определенному направлению деятельности, выполняемому проекту или задаче;
- подчинением в рамках выделенных процессов СМК.

2.2 Функциональное подчинение определяется соответствующими временными рамками и может разделяться на долгосрочное и краткосрочное. Функциональное подчинение долговременного характера определяется на структуре управления, и в должностных инструкциях. Функциональное подчинение, обозначенное определенными временными рамками и поставленными конкретными задачами или проектами, определяется соответствующими распорядительными документами (приказами, распоряжениями).

2.3 Подчиненность в рамках выделенных процессов СМК определяется во внутренней нормативной документации на процессы СМК и распорядительных документах, определяющих ответственность и полномочия по управлению процессами СМК.

2.4 В ПОКБ выделены следующие виды структурных единиц:

- главный врач;
- заместители главного врача, главная медицинская сестра, директор;
- заведующий региональным сосудистым центром, главный инженер;
- врач-диетолог, логопед, специалист по охране труда;
- поликлиника, аптека, пансионат, диспансер, стационар, централизованная стерилизационная, бухгалтерия, архив, склад;
- центры, отделы, службы, отделения, кабинеты, лаборатории, группы различного назначения и функционала.

2.5 Структурные единицы ПОКБ формируются с учетом однородности выполняемой деятельности и необходимости закрепления за каждой структурной единицей специализации в виде общего характера ее действия на разных этапах деятельности.

2.6 Отношения подчинения в ПОКБ могут меняться в соответствии с потребностями ПОКБ, но в каждый момент времени каждая структурная единица ПОКБ должна иметь только одну линию подчинения, по которой она получает распоряжения, т.е. одного непосредственного руководителя в рамках административного подчинения, выполнения одной задачи, функции, процесса или проекта.

2.7 Административное (структурное) подчинение отмечается на структуре управления сплошными стрелками, функциональное – пунктирными стрелками. Отношения подчинения (административного и функционального) для каждой конкретной структурной единицы должны быть определены в должностных инструкциях.

2.8 Структура управления утверждается приказом ПОКБ и пересматривается по мере необходимости. Ответственным за организацию разработки и пересмотра структуры управления является начальник отдела кадров.

III Порядок разработки положений о структурных подразделениях и должностных инструкций

3.1 Общие требования к порядку разработки положений о структурных подразделениях и должностных инструкций

3.1.1 ДИ разрабатываются на все должности работников.

3.1.2 Положения о структурных подразделениях разрабатываются на все подразделения, указанные в структуре управления.

3.1.3 Работа по подготовке проекта ПП, ДИ начинается после утверждения структуры управления и штатного расписания.

3.1.4 Разработка новых ПП, ДИ или пересмотр действующих производится в следующих случаях:

- изменение функций и задач структурных подразделений;
- изменения обязанностей работников;
- переименования должности работника;
- введения новых должностей работников;
- по истечению срока действия ПП, ДИ;
- по решению руководства ПОКБ.

3.1.5 Базовыми материалами для разработки ПП, ДИ являются:

- структура управления ПОКБ;
- штатное расписание;
- ЕТКС;
- профессиональные стандарты.

3.1.6 Проекты ПП, ДИ разрабатывают руководители структурных подразделений или назначенные руководителем работники по своему направлению деятельности. Для руководителей высшего звена ДИ разрабатываются отделом кадров совместно с юридическим отделом.

3.1.7 Методическое руководство и организацию разработки ПП и ДИ осуществляют юридический отдел и отдел кадров.

3.1.8 Срок действия ПП, ДИ – 5 лет с момента утверждения.

3.1.9 Последовательность разработки положений о структурных подразделениях и должностных инструкций представлена в Таблице 1.

Таблица 1
Порядок разработки ПП и ДИ

Блок-схема процедуры	Наименование операции	Исполнитель	Требование	Результат
<pre> graph TD Start([Начало]) --> 1[1] Structure[Структура управления, штатное расписание] --> 1 1 --> PP1[Проект ДИ, ПП] PP1 --> 2[2] 2 --> PP2[Проверенный проект ДИ, ПП] PP2 --> D1{Необходимость в доработке} D1 -- да --> 4[4] D1 -- нет --> 3[3] 3 --> PP3[Согласованный проект ДИ, ПП] PP3 --> D2{Необходимость в доработке} D2 -- да --> 4 D2 -- нет --> 5[5] 5 --> PP4[Подписанный проект ДИ, ПП] PP4 --> 6[6] 6 --> PP5[Утвержденные ДИ, ПП] PP5 --> End([Конец]) 4 --> 2 4 --> 3 </pre>	1. Разработка проекта ДИ, ПП	Разработчик ДИ, ПП	п.п.3.2-3.4, Приложение №№ 1, 2 к настоящей Инструкции	Проект ДИ, ПП в электронном виде
	2. Нормоконтроль проекта ДИ, ПП	Начальник ОК	п. 3.5 настоящей Инструкции	Проверенный проект ДИ, ПП в электронном виде/ Перечень замечаний к проекту ДИ, ПП
	3. Согласование проекта ДИ, ПП	Начальник ЮО	п. 3.5 настоящей Инструкции	Проект ДИ, ПП, согласованный ЮО в электронном виде/ Перечень замечаний к проекту ДИ, ПП
	4. Доработка проекта ДИ, ПП	Разработчик ДИ, ПП	п.п. 3.2-3.4, Приложение №№ 1, 2 к настоящей Инструкции	Доработанный с учетом замечаний проект ДИ, ПП
	5. Оформление ДИ, ПП необходимыми подписями	Разработчик документа, руководитель СП-разработчика, начальник ЮО	п. 3.5 настоящей Инструкции	Проект ДИ, ПП в бумажном виде, оформленный подписями
	6. Утверждение ДИ, ПП	Главный врач	п. 3.5 настоящей Инструкции	Утвержденные ДИ, ПП

3.2 Порядок построения и изложения положения о структурном подразделении

3.2.1 Положения о структурном подразделении разрабатываются по единой установленной в ПОКБ форме и включают следующие разделы:

- Общие положения;
- Цель деятельности подразделения;
- Основные задачи подразделения;
- Основные функции подразделения;
- Права и ответственность;
- Взаимоотношения подразделения;
- Приложение «Перечень нормативно-правовых актов»

3.2.2 В разделе «Общие положения» должны быть указаны наименование структурного подразделения, его административная подчиненность, приведены нормативные документы, которыми оно должно руководствоваться в своей деятельности. В случае наличия внутренней подструктуры подразделения, приводится ее схематическое изображение.

3.2.3 В разделе «Цель деятельности подразделения» указывается основное направление деятельности подразделения.

3.2.4 В разделе «Основные задачи подразделения» указывается перечень задач подразделения, направленных на реализацию цели деятельности подразделения.

3.2.5 В разделе «Основные функции подразделения» перечисляется перечень функций подразделения, направленных на решение задач, стоящих перед подразделением.

3.2.6 В разделе «Права и ответственность» указываются основные права и перечень ответственностей подразделения.

3.2.7 Раздел «Взаимоотношения подразделений» должен отражать взаимоотношения подразделения, которые устанавливаются при выполнении функций и осуществляются в процессе выполнения задач.

3.2.8 В Приложении «Перечень нормативно-правовых актов» приводятся внешние документы, содержащие нормативно-правовые требования, применимые к деятельности подразделения, включая Стандарты и Порядки оказания медицинской помощи.

3.2.9 Шаблон «Положения о структурном подразделении» приведен в Приложении № 1 к настоящей Инструкции.

3.3 Порядок построения и изложения должностных инструкций

3.3.1 ДИ на работников разрабатываются по единой установленной в ПОКБ форме, и включают в себя следующие разделы:

- Общие положения;
- Требования к квалификации;
- Должностные обязанности;
- Права;
- Ответственность.

3.3.2 В разделе «Общие положения» должны быть установлены должностное положение руководителя и специалиста, административная и функциональная подчиненность, порядок назначения и освобождения от занимаемой должности, порядок замещения во время его отсутствия, взаимоотношения с другими должностными лицами и организациями, режим работы, перечень нормативно-правовых и других документов, которыми он должен руководствоваться.

3.3.3 В разделе «Требования к квалификации» устанавливаются квалификационные требования, требования к стажу, перечень нормативно-правовых и других документов, которые он должен знать или применять при осуществлении обязанностей.

3.3.4 В разделе «Должностные обязанности» приводится перечень основных выполняемых обязанностей.

3.3.5 В разделе «Права» должны устанавливаться служебные права работника, определенные данной должностью.

3.3.6 В Разделе «Ответственность» раскрывается содержание и формы ответственности должностного лица за результаты и последствия своей деятельности.

3.3.7 Шаблон «Должностной инструкции» приведен в Приложении № 2 к настоящей Инструкции.

3.4 Требования к оформлению положений о структурных подразделениях и должностных инструкций

3.4.1 Все разрабатываемые ДИ, ПП оформляются на компьютере с использованием текстового редактора MS Word и печатаются на белой бумаге формата А4.

3.4.2 Построение, содержание и изложение ДИ, ПП должно соответствовать требованиям настоящей Инструкции.

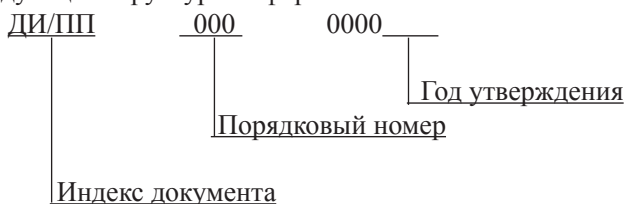
3.4.3 Наименование ДИ и название ПП должно соответствовать ее наименованию в штатном расписании и в структуре управления.

3.4.4 Заголовки разделов и подразделов, а также пункты и подпункты нумеруют арабскими цифрами и записывают с абзачного отступа.

3.4.5 Нумерацию страниц проставляют арабскими цифрами в центре листа сверху с указанием общего числа страниц.

3.4.6 Дата введения ДИ, ПП устанавливается с даты их утверждения главным врачом ПОКБ.

3.4.5 Каждому документу (ПП, ДИ) присваивается обозначение по следующей структурной форме:



Пример – ДИ 003 - 2015

3.5 Порядок согласования, утверждения и ознакомления

3.5.1 Руководитель структурного подразделения или лицо, им назначенное, на основании распорядительного документа, устного указания руководства или в инициативном порядке разрабатывает проект положения о структурном подразделении/ должностной инструкции в установленные сроки и в электронном виде отправляет его на согласование в ОК.

3.5.2 ОК осуществляет нормоконтроль проекта ПП, ДИ и при отсутствии замечаний направляет проверенный проект ПП, ДИ на согласование в ЮО. При наличии замечаний проект ДИ, ПП возвращается на доработку.

3.5.3 Начальник ЮО согласовывает проект ДИ, ПП или направляет перечень замечаний к проекту разработчику ПП, ДИ.

3.5.4 Разработчик ДИ, ПП обязан в установленные сроки (но не позднее пяти рабочих дней) устранить все выявленные замечания и повторно направить доработанный проект ДИ, ПП в ОК.

3.5.5 После прохождения электронного согласования ОК организует оформление подписями бумажного экземпляра ДИ, ПП и направляет его на утверждение главному врачу ПОКБ в срок не позднее пяти рабочих дней.

3.5.6 После утверждения ДИ начальник ОК при приеме на работу или при переиздании ДИ проводит ознакомление с ней под роспись работников данной должности на подлиннике ДИ, после чего делает копию ДИ и выдает ее руководителю структурного подразделения под роспись для постоянного пользования. Копии утвержденных ПП выдаются и хранятся у руководителя структурного подразделения.

3.5.7 На копии ДИ, ПП начальник ОК ставит подпись и дату выдачи копии. Выдача документов фиксируется в Журнале регистрации ПП и ДИ.

3.5.8 Ответственность за хранение подлинников ДИ, ПП возлагается на начальника отдела кадров.

3.5.9 Все изменения в ДИ, ПП вносятся переизданием этих документов. После переиздания или отмены документов (в случае сокращения штатных единиц или реорганизации ПОКБ) начальник ОК производит их замену или изъятие.

3.5.10 На подлинниках переизданных или отмененных документов начальник ОК ставит следующие надписи:

- на переизданных: «Переиздано(а): _____»,
дата переиздания

- на отмененных: «Отменено(а): _____»,
дата отмены

и сохраняет их в качестве документальной основы при возможном разрешении спорных вопросов в судебном порядке, например, в случае увольнения работника и в других подобных случаях в течение 75 лет.

Приложение № 1

Шаблон Положения о структурном подразделении

УТВЕРЖДАЮ
Главный врач
ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница
им. Н.Н. Бурденко»

С.В.
Евстигнеев
«__» _____ 2015г.

Положение о

наименование структурного подразделения

№ III _____

1. Общие положения

1.1 Положение о _____ (наименование СП) (далее Положение) устанавливает требования к организационной структуре _____ (наименование СП) определяет основные задачи и функции, взаимоотношения с другими подразделениями ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» (далее – ПОКБ) и внешними организациями, а также права и ответственность руководителя _____ (наименование СП).

1.2 Положение разработано в соответствии с нижеперечисленными нормативными документами:

- Уставом ПОКБ;
- Структурой управления ПОКБ;
- Инструкцией по разработке, согласованию, утверждению и использованию структуры управления, должностных инструкций и положений о подразделениях ПОКБ;
- другими внутренними нормативными документами, относящимися к сфере деятельности подразделения.

1.3 _____ (наименование СП) является самостоятельным структурным подразделением ПОКБ и подчиняется непосредственно _____ (должность) и функционально _____ (должность) по вопросам _____ (функциональная область, задача, проект).

1.4 _____ (наименование СП) создается и ликвидируется приказом главного врача ПОКБ.

1.5 _____ (наименование СП) в своей деятельности руководствуется действующими нормативными правовыми актами РФ и нормативными документами в области _____ (сфера деятельности СП) (перечень приведен в Приложении 1 к данному Положению), Уставом, приказами ПОКБ, настоящим Положением и другими внутренними нормативными документами, относящимся к сфере деятельности подразделения, включая требования системы менеджмента качества.

1.6 Непосредственное руководство _____ (наименование СП) осуществляет _____ (наименование должности и СП), который назначается и освобождается от должности приказом главного врача ПОКБ.

1.7. В период отсутствия _____ (наименование должности и СП) его обязанности исполняет другой специалист назначенный исполнять обязанности _____ (наименование должности и СП) приказом главного врача ПОКБ.

2. Цель деятельности подразделения

(В данном разделе указывается основное направление деятельности подразделения).

3. Задачи

3.1.

3.2.

(В данном разделе указываются основные задачи подразделения, направленные на реализацию цели деятельности подразделения. Задачи должны формулироваться конкретно, четко и кратко и соответствовать порядкам оказания медицинской помощи, применимым к деятельности подразделения).

4. Функции

4.1.

4.2.

(Данный раздел должен содержать перечень ключевых функций (включая выделенные функции по системе менеджмента качества), реализуемых подразделением для достижения задач и достижения цели деятельности подразделения. Ключевые функции определяют вклад подразделения в достижение задач ПОКБ.

Ключевые функции подразделения в концентрированном виде представляют функции работников подразделения, указанные в должностных инструкциях).

5. Права и ответственность

5.1. _____ (наименование должности и СП) имеет право:

5.1.1. получать поступающую в ПОКБ информацию по своему направлению деятельности для ознакомления, систематизированного учета и использования в работе;

5.1.2. запрашивать и получать от руководства ПОКБ и структурных подразделений ПОКБ, а также иных медицинских организаций информацию необходимую для выполнения возложенных на него задач и функций;

5.1.3. вносить предложения руководству ПОКБ по совершенствованию форм и методов работы _____ (наименование СП) в рамках своей компетенции;

5.1.4. участвовать в совещаниях при рассмотрении вопросов работы _____ (наименование СП);

5.1.5. требовать от руководства ПОКБ создания условий для выполнения служебных обязанностей.

5.2. _____ (наименование должности и СП) несет ответственность за:

5.2.1. невыполнение возложенных на _____ (наименование СП) функций и задач;

5.2.2. плохую организацию работы _____ (наименование СП), несвоевременное и неквалифицированное выполнение работниками _____ (наименование СП) приказов, распоряжений, поручений руководства ПОКБ, настоящего Положения и других внутренних нормативных документов, относящихся к сфере деятельности подраз-

деления, включая требования системы менеджмента качества, а также действующих нормативных правовых актов по своему направлению деятельности;

5.2.3. нерациональное и неэффективное использование подразделением материальных ресурсов;

5.2.4. ненадлежащее состояние трудовой и исполнительской дисциплины в подразделении, невыполнение работниками своих функциональных обязанностей;

5.2.5. несоблюдение правил внутреннего трудового распорядка, санитарно-противоэпидемического режима, противопожарной безопасности и техники безопасности;

5.2.6. ненадлежащее ведение медицинской и иной документации, предусмотренной действующими нормативными правовыми актами;

5.2.7. непредставление в установленном порядке достоверной статистической и иной информации о деятельности подразделения;

5.2.8. необеспеченность готовности подразделения к работе в условиях чрезвычайных ситуаций.

6. Взаимоотношения подразделения

(Данный раздел должен отражать взаимоотношения подразделения, которые устанавливаются при выполнении функций и осуществляются в процессе выполнения задач и достижения цели деятельности подразделения).

_____ (наименование СП) взаимодействует:

6.1. в целях обеспечения функций _____ (наименование СП) с руководителями структурных подразделений ПОКБ;

6.2. по вопросам документооборота с отделом документационного обеспечения ПОКБ;

6.3. по вопросам функционирования электронной почты, информационно-правовых систем, локальной компьютерной сети ПОКБ, а также работы всей компьютерной техники, закрепленной за структурным подразделением с отделом автоматизированной системы управления ПОКБ;

6.4. по организационным вопросам, организационно-методическим вопросам функционирования системы менеджмента качества, а также вопросам предоставления статистических данных с организационно-методическим отделом ПОКБ;

6.5. с другими структурными подразделениями ПОКБ, а также в пределах своей компетенции со сторонними организациями.

(В данном разделе могут указываться дополнительные взаимоотношения подразделения в соответствии с профилем оказываемой медицинской помощи).

Разработал:

_____ (наименование должности)
_____ (ФИО) «__» _____ 20__ г.

Согласовал:

Заместитель главного врача (по медицинской части,
по хирургической помощи, по экономическим вопросам (указать
согласно профилю))

_____ ФИО «__» _____ 20__ г.

Начальник юридического отдела

_____ ФИО «__» _____ 20__ г.

Начальник отдела кадров

_____ ФИО «__» _____ 20__ г.

Приложение
к Положению о

наименование структурного подразделения

№ ПП _____

**Перечень
нормативных правовых актов**

1. Конституция Российской Федерации.
2. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации».
3. Федеральный закон от 19.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
4. Федеральный закон от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств».
5. Федеральный закон от 08.01.1998 № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах».
6. Приказ Минздрава СССР от 04.10.1980 № 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения».
7. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.12.2012 № 1340н «Об утверждении Порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности»,
8. Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Пензенской области.

(Далее указать Порядки и Стандарты оказания медицинской помощи по соответствующему профилю).

Приложение № 2
Шаблон Должностной инструкции

УТВЕРЖДАЮ
Главный врач
ГБУЗ «Пензенская областная клиническая
больница им. Н.Н. Бурденко»

_____	_____
подпись	Фамилия ИО
« ____ » _____	20 ____ г.

Должностная инструкция

наименование должности

№ ДИ _____

1 Общие положения

1.1 Настоящая инструкция регламентирует должностные обязанности, права и ответственность _____ (наименование должности) ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» (далее ПОКБ).

1.2 _____ (наименование должности) подчиняется непосредственно _____ (наименование должности) и функционально _____ (наименование должности) по вопросам _____ (функциональная область, задача, проект).

1.3 _____ (наименование должности) принимается на работу и увольняется приказом главного врача.

1.4 В период временного отсутствия (отпуск, болезнь, пр.) _____ (наименование должности) его обязанности выполняет работник, назначаемый в установленном порядке приказом главного врача и несущий полную ответственность за ненадлежащее исполнение возложенных на него обязанностей.

1.5 _____ (наименование должности) в процессе своей работы взаимодействует со следующими должностными лицами/

структурными подразделениями и внешними организациями: *(указать взаимоотношения по должности)*.

1.6 В своей практической работе _____ *(наименование должности)* руководствуется действующим законодательством, нормативными документами в области _____ *(сфера деятельности СП, работника)*, действующими нормативными документами ПОКБ, включая требования системы менеджмента качества, приказами главного врача и настоящей должностной инструкцией.

1.7 Режим работы _____ *(наименование должности)* определяется правилами внутреннего трудового распорядка.

2 Требования к квалификации

2.1 На должность _____ *(наименование должности)* назначается лицо, имеющее _____ *(вид образования)* образование и стаж работы на _____ должностях не менее ____ лет.

(Список дополняется специфическими требованиями к должности, при необходимости)

2.2 _____ *(наименование должности)* должен знать:

- директивные и распорядительные документы, методические и нормативные материалы по вопросам выполняемой работы;
- профиль, специализацию, особенности структуры ПОКБ;
- передовой отечественный и зарубежный опыт в соответствующей области деятельности;
- методы обработки информации с использованием современных технических средств коммуникации и связи, компьютеров;
- основы экономики, организации труда, производства и управления;
- основы трудового законодательства;
- положения нормативных документов ПОКБ, включая требования системы менеджмента качества;
- правила внутреннего трудового распорядка;
- правила и нормы охраны труда и противопожарной защиты;
- этику делового общения, включая правила установления деловых контактов и ведения переговоров;

(Список знаний дополняется/изменяется в соответствии с предъявляемыми требованиями к должности).

3 Должностные обязанности

(В данном разделе определяются, какие должностные обязанности выполняет работник)

_____ (наименование должности) обязан:

3.1

3.2

3. Исходя из производственной необходимости, _____ (наименование должности) главным врачом, его непосредственным руководителем может поручаться выполнение разовых работ, не перечисленных в должностной инструкции.

(При описании обязанностей учитывать следующее:

1) Ключевое слово в предложениях, содержащих описание обязанностей, должно быть глаголом или отглагольным существительным.

2) Обязанности должны быть сформулированы четко, без повторов, по возможности кратко, должно быть понятно, что именно делает работник: организует выполнение действия или непосредственно его выполняет и т.д.)

3) При наличии выделенного функционала по системе менеджмента качества он должен быть отражен в должностных обязанностях работника)

4 Права

(В данном разделе указываются служебные права работника, определенные данной должностью) _____ (наименование должности) имеет право:

4.1 запрашивать, получать и пользоваться информационными материалами, локальными нормативными и нормативными правовыми актами, необходимыми для исполнения своих должностных обязанностей;

4.2 ходатайствовать перед руководством об оказании содействия в исполнении своих должностных обязанностей и прав;

4.3 принимать участие в семинарах и конференциях по вопросам выполняемой работы;

4.4 вносить на рассмотрение руководства предложения по вопросам организации работы структурного подразделения;

4.5 принимать решения в пределах своей компетенции.

4.6 иные права, предусмотренные трудовым законодательством Российской Федерации, законодательством Пензенской области, коллективным договором, локальными нормативными актами, трудовым договором, настоящей должностной инструкцией.

5 Ответственность

_____ (наименование должности) несет ответственность за:

5.1 невыполнение или несвоевременное выполнение должностных обязанностей, предусмотренных настоящей инструкцией, трудовым договором;

5.2 невыполнение указаний и поручений главного врача, _____ (наименование должности руководителя).

5.3 неисполнение требований внутренних нормативных документов ПОКБ (положений, инструкций и т.п.), включая требования системы менеджмента качества;

5.4 несоблюдение трудовой и производственной дисциплины;

5.5 несоблюдение правил и норм охраны труда и противопожарной безопасности;

5.6 несанкционированное разглашение врачебной и иной охраняемой законом тайны;

5.7 правонарушения, совершенные в период осуществления своей деятельности;

5.8 небрежное отношение к имуществу ПОКБ, в том числе к находящимся в его пользовании материальным ценностям (оргтехника, оборудование, приборы, материалы), за утерю вверенной ему документации, баз данных, служебной информации, программного обеспечения;

5.9 причинение материального ущерба.

(Список нарушений, за которые работник несет ответственность, может быть дополнен в соответствии с установленными к должности требованиями).

При переходе на другую работу или освобождении от занимаемой должности, _____ (наименование должности) обязан своевременно и надлежащим образом сдать дела либо лицу, вступающему в настоящую должность, либо непосредственному руководителю.

Разработал:

_____ (наименование должности)
_____ (ФИО) «__» _____ 20__ г.

Согласовал:

Начальник юридического отдела

_____ ФИО «__» _____ 20__ г.

Начальник отдела кадров

_____ ФИО «__» _____ 20__ г.

С инструкцией ознакомлен (а) и приступил (а) к выполнению:

_____ / _____ / «__» _____ 20__ г.
(подпись) (расшифровка подписи)

_____ / _____ / «__» _____ 20__ г.
(подпись) (расшифровка подписи)



**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
(ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко)**

П Р И К А З

23.09.2015

№ 116

г. Пенза

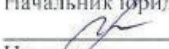
**Об утверждении «Положения о системе менеджмента качества ГБУЗ
«Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»**

В целях реализации Политики в области качества ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, повышения качества медицинской помощи и наиболее полного удовлетворения требований потребителей (пациентов и других заинтересованных сторон) и в соответствии с международным стандартом ISO 9001:2008, **п р и к а з ы в а ю:**

1. Утвердить «Положение о системе менеджмента качества ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» (Приложение к настоящему приказу).
2. Считать дату подписания настоящего приказа датой внедрения системы менеджмента качества ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» в соответствии с международным стандартом ISO 9001:2008.
3. Всем работникам ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко осуществлять деятельность в соответствии с требованиями «Положения о системе менеджмента качества ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» и указанными в нем документами СМК.
4. Ответственность за организацию внедрения и результативного функционирования СМК возложить на Фролову И.В. – заместителя главного врача по медицинской части – представителя руководства по качеству.
5. Начальнику отдела документационного обеспечения Разиной Н.В. довести приказ до всех работников ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.
6. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Главный врач

С.В. Евстигнеев

Начальник юридического отдела
 Н.В. Флеонова «22» 09 2015

Начальник
отдела документационного обеспечения
 Н.В. Разина «22» 09 2015

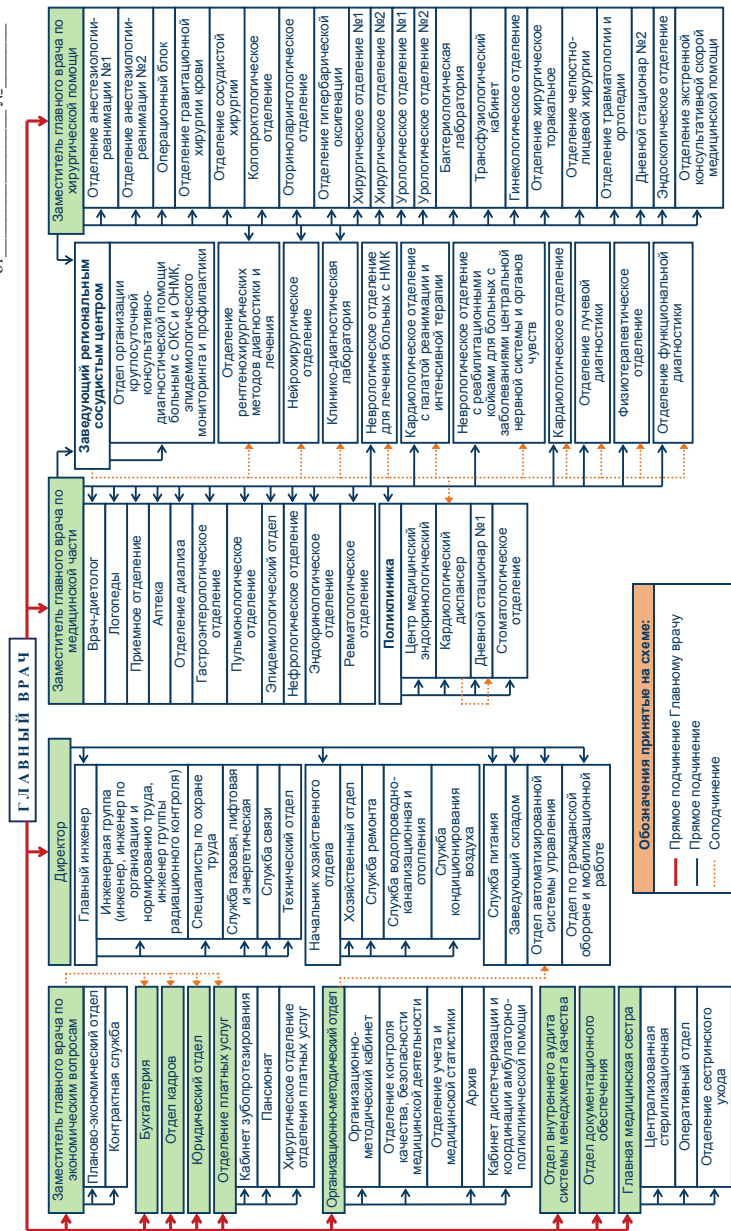
Представитель руководства
по качеству
 И.В. Фролова «22» 09 2015

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Конституция Российской Федерации от 12.12.1993 (с изменениями и дополнениями).
2. Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323 – ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с последующими изменениями и дополнениями).
3. ГОСТ Р ИСО 9001-2008 «Системы менеджмента качества. Требования».
4. И.В. Ушаков, Использование концепции PDCA в деятельности медицинской организации//Здравоохранение, 2006г., №4, с.159-165.
5. А.В. Решетников, Процессное управление в социальной сфере - М.: Медицина, 2001г., 503 с.
6. А.А. Старченко, Реализация обязанности страховщика по контролю качества медицинской помощи в системе ОМС// Здравоохранение, 2007г., № 11, с.57-67.
7. И.В. Ушаков, Возможности применения стандартов ГОСТ Р ИСО 9001-2001 в здравоохранении//Менеджер здравоохранения, 2006г., №4, с.38-45.
8. И.В. Ушаков, Мониторинг удовлетворенности потребителей медицинских услуг в соответствии с требованиями ГОСТ Р ИСО 9001-2001., //Сб. науч.- практ. работ. – Чита, РИФ Арт-Мастер, 2006г., с.51-53.
9. И.С. Кицул, Оценка удовлетворенности пациентов на основе требований стандарта ИСО 9000-2000 //Здравоохранение, 2006г., № 3, с. 33-38.
10. А.Г. Аганбегян, О некоторых механизмах управления качеством медицинской помощи населению// Менеджмент качества, 2007г., № 2, с.63-67.
11. А.В. Владимирцев, Ю.Ф. Шеханов, Принцип постоянного улучшения в проектах МС ИСО семейства 9000:2000 //Методы менеджмента качества, 2000г., № 10, с. 16-23.
12. М.А. Татарников, Повышение эффективности управления здравоохранения на основе стандартов СМК//Главный врач, 2007г., № 1, с. 25-31.
13. Ю.В. Немытин, Общее управление и управление качеством - процесс единый //Стандарты и качество, 2005г., № 6. с. 67-74.

Структура управления
ГБУЗ «Пензенская областная клиникальная больница им. Н.Н. Бурденко»

УТВЕРЖДЕНА
приказом ГБУЗ «Пензенская
областная клиникальная больница
им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____



С.В. Евстигнеев, А.В. Дылдин, В.Г. Шимохин

Внедрение системы менеджмента качества в многопрофильной больнице

Подписано в печать 16. 05. 2016. Формат 60х84 1/16.

Бумага ксероксная. Печать трафаретная.

Усл.печ.л. 24,41. Заказ № 16/05. Тираж 100 экз.

Отпечатано с готового оригинал-макета

в типографии ИП Соколова А. Ю.

440600, г. Пенза, ул. Кирова, 49, оф. 3.

Тел.: (8412) 56-37-16