

**КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН
САЛАМАТТЫК САКТОО
МИНИСТРЛИГИ**



ГСП, 720040, Бишкек шаары
Москва көчөсү, 148
Факс: 0 (312) 662320, тел. 621865
E-mail: mz@med.kg
ОКПО 00013014 ИНН 00610199210162
Регистр № СФКР 01-0009315
Биринчи май району. МСИ 004
Биринчи Май КРБ
Бишкек ш., «Айыл банк» ААК
а/с 1350108015183485 БИК 135001

**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

ГСП, 720040, г. Бишкек
ул. Московская, 148
Факс: 0 (312) 662320, тел. 621865
E-mail: mz@med.kg
ОКПО 00013014 ИНН 00610199210162
Регистр № СФКР 01-0009315
ГНИ Первомайского района 004
Первомайское РОК
ОАО «Айыл банк», г. Бишкек
р/с 1350108015183485 БИК 135001

04.08.15 № 454

ПРИКАЗ

на № _____ от _____

**«О совершенствовании системы управления качеством
в организациях здравоохранения Кыргызской
Республики»**

В рамках реализации Национальной программы реформирования здравоохранения «Ден-Соолук», в целях усиления системы управления качеством медицинских услуг, учитывающей интересы пациента и определяющей ответственность каждого участника процесса предоставления медицинских услуг

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить прилагаемые:
 - 1.1. Положение о комитете качества медицинских услуг на уровне организаций здравоохранения (Приложение 1);
 - 1.2. Положение об отделе по управлению качеством медицинских услуг на уровне организаций здравоохранения (Приложение 2);
 - 1.3. Положение о Технических/рабочих группах по управлению качеством на уровне структурных подразделений (Приложение 3);
 - 1.4. Положение о клиническом аудите (Приложение 4);
 - 1.5. Перечень медицинских карт, подлежащих обязательной экспертизе (Приложение 5);
 - 1.6. Организация технического обслуживания медицинского оборудования/техники и расходные ресурсы в организации здравоохранения (Приложение 6);
 - 1.7. Должностная инструкция клинического врача-эксперта отдела по управлению качеством в организации здравоохранения (Приложение 7);
 - 1.8. Должностная инструкция инженера по технике безопасности и охране труда (Приложение 8);
 - 1.9. Должностная инструкция врача-клинического фармаколога (Приложение 9);
 - 1.10. Должностная инструкция специалиста эксперта инфекционного контроля (Приложение 10);

1.11. Словарь терминов по управлению качеством медицинских услуг (Приложение 11).

1.12. Руководителям организаций здравоохранения обеспечить внедрение и реализацию настоящего Приказа:

2.1. привести нормативные документы ОЗ в соответствие с положениями и инструкциями, утвержденными настоящим приказом;

2.2. обеспечить Отделы по управлению качеством медицинских услуг специалистами в соответствии с приложением 2 и их должностными инструкциями (приложения 5-10);

2.3. обеспечить работу Комитетов качества медицинских услуг, Отделов по управлению качеством медицинских услуг и Технических/рабочих групп по управлению качеством на уровне структурных подразделений в соответствии с положениями настоящего приказа (приложения 1-11);

2.4. все расходы, связанные с внедрением и реализацией настоящего приказа производить в пределах предусмотренного консолидированного бюджета организации.

2. Заведующему отделом КОМП (Арстанкулов Т.К.) и заведующей ООЗ (Майтиевой В.С.) обеспечить реализацию настоящего Приказа.

3. Считать утратившим силу Приказ МЗ КР «Об утверждении Типового положения о Комитете по качеству и безопасности медицинской помощи в организациях здравоохранения» (№ 641 от 26.11.2012г.).

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителей министра Мурзалиева А. Дж. и Горина О.В.

Министр



Батырралиев Т.А.

Лист согласования
к проекту приказа Минздрава

**«О совершенствовании системы управления качеством в
организациях здравоохранения Кыргызской Республики»**

Приказ подготовлен УОМПиЛП

Заведующий отделом КОМП



Т.К. Арстанкулов

Исполнитель

Д. Алдашева

Согласовано:

Статс-секретарь

в отпуске

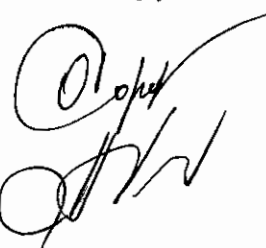
П.У. Суюмбаева

Заместитель министра



А.Д. Мурзалиев

Заместитель министра



О.В. Горин

Начальник УФ

З.Д. Назарова

и.о. нач УКРиМО



Н.Э. Джусупбекова

зав. юридическим сектором



Г.А. Саадабаева



Приложение 1
к Приказу МЗ КР 454
от 04.08.15 2015г.

Положение о Комитете качества медицинских услуг на уровне ОЗ

1. *Комитет качества ОЗ* – заседательный орган, деятельность которого проводится на общественных началах и направлена на *непрерывное повышение качества медицинских услуг*.

2. Председателем Комитета качества является заместитель руководителя ОЗ по лечебной работе.

3. Состав Комитета качества формируется из наиболее квалифицированных сотрудников ОЗ, компетентных в области качества и безопасности медицинских услуг (финансовый менеджер, зав. структурными подразделениями, главная м/с, специалисты ИК, клинический фармаколог/фармацевт/провизор, инженер по ТБ и др.). В состав Комитета могут входить и другие инициативные сотрудники ОЗ (рядовые врачи, м/с, младший персонал) и специалисты других организаций (ТУ ФОМС, ЦПЗ и ГСЭН, профессиональные организации, НКО, пациенты и т.д. – по согласованию).

4. Члены Комитета качества исполняют свои обязанности на общественных началах. В период выполнения поручений, связанных с отвлечением от основной деятельности, членам Комитета сохраняется заработная плата по основному месту работы.

5. Основной формой деятельности Комитета качества являются заседания, проводимые не реже 1 раза в квартал. Заседания Комитета оформляются протоколом по стандартной форме (приложение). ?

6. Члены Комитета качества имеют право инициировать внеочередные заседания и выносить проблемные вопросы на обсуждение.

7. Комитет качества рассматривает и согласовывает ежегодный план по УК, который вносит Отдел по УК и разработан на основе Планов по УК на уровне отделений.

8. После согласования с Комитетом качества план утверждается приказом руководителя организации, после чего передается в Отдел по УК для контроля за его исполнением.

9. План является рабочим документом и может непрерывно дополняться/изменяться решением Комитета качества, с учетом анализа хода его исполнения.

10. Комитет качества имеет право инициировать любые формы аудита структурных подразделений, рассматривать результаты аудитов, экономических претензий со стороны больных, обсуждение результатов анализа заболеваемости (включая ИСМП), мероприятий по охране здоровья персонала и разрабатывать рекомендации по УК.

11. Комитет имеет право приглашать на заседания и заслушивать сотрудников ОЗ и других вовлеченных внешних специалистов по текущим проблемам улучшения качества медицинских услуг.

12. Комитет качества имеет право привлекать внутренних наставников и внешних кураторов по оценке знаний и навыков медицинских специалистов по профильным направлениям, проблемным вопросам и позитивного опыта.

Приложение 2

к Приказу МЗ КР 454
от 04.08.15 2015г.

Положение

об Отделе по Управлению качеством медицинских услуг на уровне ОЗ

1. *Отдел по Управлению качеством (далее Отдел по УК) медицинских услуг на уровне ОЗ* – структурное подразделение организаций здравоохранения, деятельность которого направлена на системное управление качеством или *непрерывное повышение качества*, на улучшение административных, структурных (инфраструктура, медицинское оборудование, инструменты, лекарственное обеспечение и ИМН) и клинических процессов (клинические протоколы, стандарты и алгоритмы, наблюдение за практикой медицинских специалистов, мониторинг и оценка и пр.), организации инфекционного контроля и обеспечения безопасности медицинских процедур в ОЗ, а также реализует мероприятия по повышению уровня знаний и навыков персонала в области *непрерывного повышения качества*, наделенное соответствующими полномочиями в соответствии с утвержденным Положением и должностными инструкциями.
2. Отдел по Управлению качеством медицинских услуг на уровне ОЗ входит в состав АУП и подчиняется в своей деятельности непосредственно руководителю ОЗ и возглавляется заместителем руководителя ОЗ по лечебной работе.
3. Отдел по УК имеет свое штатное расписание, изменение структуры и внесение изменений в штатное расписание, состав Отдела с четким указанием функциональных обязанностей каждого члена Отдела утверждается внутренним приказом руководителя организации здравоохранения. К примеру, Отделы по УК могут быть созданы путем оптимизации ныне существующих в ОЗ организационно-методических отделов.
4. Количество специалистов устанавливается каждой ОЗ индивидуально в зависимости от уровня предоставления медицинских услуг (или от количестваоек и посещений в ОЗ). К примеру, Отдел может состоять от 5 до 8 специалистов на уровне ЦОВП и ТБ, от 8 до 10-12 специалистов на уровне ООБ и национальных институтов. Состав специалистов Отдела: врачи-эксперты (от 1 до 3-х человек), клинический фармаколог/фармацевт/провизор, специалисты ИК (с высшим образованием и/или м/с ИК), специалисты АСУ (медицинский статистик, IT-специалист), инженер по ТБ или медтехник/инженер оборудования по найму (до 2-х специалистов).
5. Деятельность Отделов по УК должна быть основана на разработанном и утвержденном в организации здравоохранения ежегодном *Плане по управлению качеством (УК)*, который составляется после всестороннего анализа работы всех структурных подразделений с выявлением проблемных зон, на основании результатов наблюдения за клинической практикой

медицинских специалистов, мониторинга и оценки качества медицинских услуг и постоянно корректируются в соответствии с текущей ситуацией. **План по УК** составляется для каждой организации здравоохранения с учетом имеющихся материально-финансовых ресурсов.

6. Принципы разработки Плана мероприятий по УК:

- 6.1. План по УК составляется с учетом результатов ежеквартальных оценок с целью определения приоритетов по каждому блоку мер. Затем следует определить конкретные пути и сроки реализации приоритетных мероприятий (краткосрочный, среднесрочный и долгосрочный), с расчетом бюджета и результатов измерения (индикаторов).
- 6.2. План должен содержать бюджет, рассчитанный на реализацию каждого мероприятия; бюджет плана должен быть составной частью утвержденного бюджета организации.
- 6.3. План по УК рекомендуется разрабатывать не более чем на 1 год с ежегодным пересмотром и внесении при необходимости изменений с учетом анализа хода его исполнения.
- 6.4. План по УК после обсуждения на заседании комитета качества и утверждается приказом руководителя организации, в котором назначаются лица, ответственные за выполнение намеченных мероприятий. По каждому мероприятию должен быть назначен специалист, отвечающий за его реализацию в отведенный срок и надлежащего качества. В целом ответственность и контроль за ходом выполнения плана возлагается на заместителя руководителя организации по лечебной работе.
- 6.5. Мероприятия по УК в плане должны быть конкретными и выполнимыми и иметь заданные сроки выполнения. Результат выполнения мероприятия должен быть конкретным и видимым. Не должны включать в План мероприятия, которые должны выполняться в рамках должностных обязанностей сотрудников/персонала отделения/ОЗ или предписаны внутриведомственными инструкциями и/или другими обязательными для исполнения документами.
 - Мероприятия по рациональному использованию ресурсов (инфраструктура ОЗ, кадры, штаты, медицинского оборудования, медикаментов, ИМН и др.).
 - Мероприятия по инфекционному контролю и безопасности медицинских процедур (контроль и профилактика внутрибольничных инфекций, управление медицинскими отходами, охрана здоровья сотрудников).
 - Мероприятия по улучшению клинической практики.
 - Мероприятия по минимизации рисков, связанных с профессиональной деятельностью и окружающей средой.План является рабочим документом и может дополняться/изменяться решением общего собрания коллектива ОЗ.

- 6.6. Комитет качества организации здравоохранения должен утверждать план.
- 6.7. План по УК утверждается руководителем (финансово ответственным лицом) организации здравоохранения, после чего передается в Отдел для контроля за его исполнением.
- 6.8. Отдел проводит анализ хода выполнения плана, а также анализирует динамику индикаторов эффективности реализации плана, рассматривает предложения по его коррекции и вносит соответствующие изменения.
7. Отдел по УК в ОЗ через Технические/рабочие группы по УК структурных подразделений и в соответствии с утвержденным планом проводит мероприятия по обеспечению качества и безопасности медицинской помощи:
 - 7.1. организует и развивает систему наставничества и курации из числа наиболее опытных квалифицированных специалистов в структурных подразделениях с четко сформулированными целями, задачами и результатами с последующим представлением результатов проведенных мероприятий на заседаниях коллектива ОЗ (в соответствии с утвержденным планом и не менее 1 раза в месяц);
 - 7.2. организует команду внутренних экспертов и проведение внутреннего аудита качества медицинских услуг (клинический аудит и мониторинг и оценку) на ежеквартальной основе по всем структурным подразделениям с последующим представлением результатов проведенных мероприятий на заседаниях коллектива ОЗ (в соответствии с утвержденным планом и не менее 1 раза в месяц);
 - 7.3. проводит Оценку прогресса внедрения эффективных технологий ОЗМиР с использованием стандартных Инструментов оценки здоровья матери и новорожденного ребенка (антенатальной и стационарной помощи в ОЗМиР) и с периодичностью 1 раз в год;
 - 7.4. разрабатывает/адаптирует внутренние документированные процедуры (протоколы, алгоритмы, чек-листы) в области повышения качества и безопасности медицинских процедур (в том числе по внедрению новых медицинских технологий), основанных на национальных и международных стандартах, с последующим согласованием на заседании Комитета качества и утверждением внутренним Приказом ОЗ;
 - 7.5. анализирует, разрабатывает и вносит в Отдел по УК предложения по улучшению качества, которые рассматриваются и утверждаются протоколом доводятся до сведения сотрудников структурного подразделения.
8. Отдел по УК несет ответственность за внедрение, поддержание и мониторинг качественного использования информационных систем в ОЗ.
9. Организации/институты внешних механизмов по улучшению качества медицинских услуг (ДПЗиСЭС, НПО Профилактическая медицина, ДЛОиМТ, ФОМС, МАК, проект ФОР, донорские организации и пр.) проводят свою деятельность через Отдел по Управлению качеством медицинских услуг на уровне ОЗ.

Приложение 3
к Приказу МЗ КР 454
от 04.08.15 2015г.

Положение
о Технических/рабочих группах по управлению качеством
на уровне структурных подразделений

1. *Технические/рабочие группы по управлению качеством (далее УК) на уровне структурных подразделений* – группы инициативных сотрудников или мульти-дисциплинарной команды, деятельность которых проводится на общественных началах и/или в рамках должностных инструкций, направлена на *непрерывное повышение качества медицинских услуг* и использующие модель «*планируй-делай-оценивай-действуй*»: разрабатывают вмешательство по повышению качества медицинских услуг (*планируют*), осуществляют вмешательство в небольшом масштабе (*делают*), оценивают результаты проведенных вмешательств (*оценивают*) и осуществляют или соответствующим образом изменяют вмешательство (*действуют*).
2. Состав Технической/рабочей группы по УК формируется из наиболее квалифицированных сотрудников структурных подразделений, компетентных в области качества и безопасности медицинских услуг (зав. отделением, старшая м/с, м/с ИК и др.). В состав Технической/рабочей группы по УК качества могут входить не только зав. отделения и старшая м/с, но и инициативные сотрудники отделения (врачи, средний и младший медицинский персонал, пациенты и т.д.).
3. Члены Технической/рабочей группы по УК исполняют свои обязанности на общественных началах, с поощрением в рамках КТУ. В период выполнения поручений, связанных с отвлечением от основной деятельности сохраняется заработная плата по основному месту работы.
4. Техническая/рабочая группа по УК после всестороннего анализа работы структурного подразделения с выявлением проблемных зон составляет ежеквартальный план, который должен быть согласован с Отделом по УК и включен в План по УК на уровне ОЗ.
5. План утверждается заведующим отделением после чего передается в Техническую/рабочую группу по УК для контроля за его исполнением.
6. План является рабочим документом и может непрерывно дополняться/изменяться решением Технической/рабочей группы по УК, с учетом анализа хода его исполнения.
7. Техническая/рабочая группа по УК несет ответственность за внедрение, поддержание и мониторинг качественного использования информационных систем в структурном подразделении.
8. Техническая/рабочая группа по УК в структурных подразделениях совместно с Отделом по УК в ОЗ и в соответствии с утвержденным планом

проводит мероприятия по обеспечению качества и безопасности медицинской помощи с последующим представлением результатов проведенных мероприятий на заседаниях коллектива (в соответствии с утвержденным планом и не менее 1 раза в месяц):

- 8.1. организует и развивает систему наставничества и курации из числа наиболее опытных квалифицированных специалистов с четко сформулированными целями, задачами и результатами;
 - 8.2. проводит внутренний клинический аудит и мониторинг качества медицинских услуг на ежеквартальной основе;
 - 8.3. проводит Оценку прогресса внедрения эффективных технологий ОЗМиР с использованием стандартных Инструментов оценки здоровья матери и новорожденного ребенка (антенатальной и стационарной помощи в ОЗМиР) и с периодичностью 1 раз в год;
 - 8.4. разрабатывает/адаптирует внутренние документированные процедуры (протоколы, алгоритмы, чек-листы) в области повышения качества и безопасности медицинских процедур (в том числе по внедрению новых медицинских технологий), основанных на национальных и международных стандартах, с последующим согласованием на заседании Комитета качества и утверждением внутренним Приказом ОЗ;
 - 8.5. анализирует, разрабатывает и вносит в Отдел по УК предложения по улучшению качества, которые рассматриваются и утверждаются протоколом доводятся до сведения сотрудников структурного подразделения.
9. Решения Технической/рабочей группы по УК обсуждаются и согласовываются с Отделом по УК на уровне ОЗ, утверждаются протоколом Комитета и подписывается всеми членами Комитета, доводятся до сведения администрации и сотрудников организации здравоохранения.

Приложение 4

к Приказу МЗ КР 454

от 04.08. 2015г.

Положение о клиническом аудите

Настоящее положение разработано для медицинских специалистов, менеджеров здравоохранения и лиц, формирующих политику, которые ответственны за предоставление качественных медицинских услуг для населения в организациях здравоохранения. В документе представлен стандартный подход к мониторингу выполнения критически важных мер при оказании медицинской помощи и предлагается системный процесс оценки качества медицинского обслуживания.

Клинический аудит – это процесс, направленный на улучшение качества оказания медицинских услуг пациентам и исходов, путем систематической оценки и анализа оказываемой помощи на соответствие четким критериям с последующим внедрением изменений. Клинический аудит больше используется для исследования структуры и процесса оказания помощи, его так же можно использовать для рассмотрения результатов в отношении здоровья.

Цель: улучшение качества медицинской помощи и снижение показателей предотвратимой заболеваемости и смертности.

Стратегические задачи аудита:

- обеспечение безопасности путем минимизации рисков, связанной с профессиональной деятельностью ОЗ (включая охрану здоровья и безопасности как пациентов, так и медицинского персонала) и окружающей среды;

- повышение эффективности оказания медицинской помощи;

- обеспечение прав и свобод пациентов.

Существуют две основные методологические стратегии улучшения качества - качественная и количественная, которые могут быть использованы как совместно, так и по отдельности.

Качественная оценка направлена на выявление основных типов мотиваций, мнений, отношений, поведения, ситуаций, причинно-следственных связей между процессами и явлениями.

Данные для качественной оценки собирают при помощи анализа нормативной документации, наблюдений, интервью, фокус-групп. Результатом качественной оценки является словесное описание определенного процесса, исследуемой ситуации, поведения медработника, практик проведения медицинских процедур и отношения представителей

исследуемых групп, выводы о выявленных причинах определенных явлений и процессов.

Однако качественная оценка не позволяет определить, какое количество людей придерживается выявленных типов поведения, какие факторы воздействия на них являются наиболее эффективными, а какие нет.

Количественная оценка явлений и процессов проводится в случае, когда структура оцениваемой ситуации по качеству является достаточно известной. Исследователи составляют перечень характеристик процесса, которые они хотят оценить, и разрабатывают числовые шкалы, по которым оценивают выбранные для оценки характеристики. Оценивание ряда характеристик осуществляется при помощи процедур измерения. К примеру, уровень знаний медработников, количество определенных действий (например, катетеризаций). Каждая из этих характеристик может быть описана с помощью чисел.

ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ СБОРА И АНАЛИЗА ДАННЫХ

- **Сбор существующих данных** (анализ документов), в ходе которого изучаются отчеты по результатам ранее проведенных исследований, данные статистики, другие документы (планы, включая документацию по закупкам изделий медицинского и не медицинского назначения, годовые отчеты; медицинские карты и т.д.).
- **Сбор новых данных** при помощи следующих методов: опрос (анкетирование и интервью), фокус - группа и наблюдение.

Клинический аудит в ОЗ проводится в 5 этапов:

I Этап. Подготовка

1. Процесс аудита проводится на плановой основе ежеквартально и по необходимости.
2. Создается мульти-дисциплинарная команда, состав этой команды будет зависеть от выбранной для аудита приоритетных проблем.
3. Непосредственно сбор и анализ данных могут проводить сотрудники ОЗ, не являющиеся медиками (например: медрегистраторы, лица работающие с медицинскими картами).
4. Найти руководства и стандарты, которые могут быть использованы в качестве источника критериев надлежащей практики.
5. На начальных этапах сосредотачиваются на наиболее распространенной и серьезной категории осложнений. Рассматривают критерии, относящихся к определенной теме и охватывают такие элементы практики:
 - которые являются скорее необходимыми, чем необязательными;
 - которые подкреплены достоверными научными доказательствами;
 - по отношению к которым можно провести аудит с использованием существующих медицинских записей в картах пациентов;

- которые реально выполнимы с учетом возможностей ОЗ в отношении персонала и ресурсов.
- 6. Определиться с методологией предстоящего аудита и правилами выборки.
- 7. Уточнить из каких источников следует отбирать необходимую информацию (журналы, медицинские карты, отчеты, и др.).
- 8. Составить стандартные унифицированные формы/оценочные карты или чек листы/опросники аудита (далее формы аудита).
- 9. Обучить персонал, который будет проводить внесение данных из медицинской документации в формы аудита.

II Этап. Проведение аудита

1. Проведение аудита в соответствии с избранной методологией, формами аудита и сроками проведения.
2. Верификация собранной информации.
3. Конфиденциальность процесса выборки данных является необходимым условием, при этом обычно фамилии мед. специалистов, оказывающих помощь не упоминается. Это позволяет соблюсти дух аудита, который не является карательной мерой, а представляет собой обучающий механизм по улучшению качества.
4. Анализ данных с целью выявления доли случаев, которые отвечают критериям надлежащей практики.
5. Подготовка протокола аудита и/или аналитического отчета.

III Этап. Обратная связь информирование о результатах, установление местных целей

1. Обсуждение полученных данных и ключевых рекомендаций с участниками процесса, руководством и персоналом ОЗ,
2. Разработка мероприятий по изменению или улучшению выявленных проблем с последующим внесением дополнений или изменений в существующие Планы по УК с расчетом бюджета для этих мероприятий.
3. По необходимости ОЗ может пригласить внешних экспертов для участия на этом этапе процесса.

IV Этап. Осуществление изменений

Осуществление изменений и действий для достижение целей будет зависеть от выявленных причин и от местных условий. Изменения чаще охватывают следующие разделы:

- Недостатки в организации медпомощи.
- Неадекватные знания.
- Неадекватные навыки.
- Ненадлежащее отношение медперсонала к пациенту.

V Этап. Повторная оценка практики

1. Информирование персонала о том, в какой степени достигнуты поставленные цели и принимается решение относительно необходимости проведения следующего цикла аудита.
2. Цикл/продолжительность аудита зависит от уровня ОЗ и установленных правил данной ОЗ.
 - Если в ходе аудита цель улучшению качества по данному направлению достигнута, то цикл завершается.
 - Если цель не достигнута и требует дальнейших действий по улучшению процесса, то цикл аудита повторяется.

Приложение 5
к Приказу МЗ КР 457
от 04.08. 2015г.

Перечень медицинских карт, подлежащих обязательной экспертизе

1. Медицинская документация летальных исходов.
2. Медицинская документация интра- и послеоперационных осложнений (кровотечение, ранение соседних органов, инфицирование и т.д.).
3. Медицинская документация осложнений анестезиологического пособия.
4. Медицинская документация, связанная с ошибками назначений и использования медикаментов.
5. Медицинская документация, связанная с ошибками идентификации пациентов, оперативного лечения и др.
6. Медицинская документация, связанная с осложнениями трансфузии крови и препаратов крови.
7. Вспышки инфекций, связанных с медицинскими процедурами.
8. Медицинская документация случаев, сопровождающихся жалобами пациентов.

Организация технического обслуживания медицинского оборудования/техники и расходные ресурсы в ОЗ

Медицинское оборудование/техника и расходные ресурсы в ОЗ должны планироваться с учетом объема предоставляемых услуг для населения.

Медицинское оборудование/техника классифицируется для:

- индивидуального ухода;
- лабораторное оборудование;
- дезинфекции;
- общее оборудование.

Для учета различий в создании и наличии таких поддерживающих услуг, как центральное стерилизационное, лабораторное и диагностика, оборудование может относиться к «*основным*» (должно быть в наличии) и «*желательным*» (желательно иметь, или иметь в совместном с больницей использовании).

Для каждого из указанных элементов важны рекомендации относительно того, **должен ли поставщик установить оборудование/технику** и нужно ли провести предварительную оценку и обучение перед установкой. Это особенно значимо в связи с тем, что большинство медицинского оборудования/техники потенциально оказывает влияние на строительные конструкции (С), механическую (М) или электрическую (Э) системы в ОЗ и что необходимо изучить и учитывать при планировании ОЗ/структурных подразделений.

Влияние на строительные конструкции: медицинское оборудование/техника, установка которого оказывает влияние на конструкцию здания (например, элементы, которые устанавливаются на стену или потолок).

Влияние на механические системы: медицинское оборудование/техника, установка которого оказывает влияние на механическую инженерную инфраструктуру (например, оборудование, для которого требуется горячее и/или холодное водоснабжение, и/или канализация, система подачи кислорода или сжатого воздуха).

Влияние на электрические системы: медицинское оборудование/техника, установка которого оказывает влияние на электромонтажные конструкции в больнице (в общем, это касается требований к высокому напряжению, но может также относиться к оборудованию с низким напряжением, например, компьютеры).

Технические характеристики/спецификации оборудования

При покупке качественного медицинского оборудования/техники с учетом безопасности пациентов персоналу ОЗ необходимо знать технические характеристики/ спецификации и поддерживающее его сервисное обслуживание.

Контракты на ежегодное техническое обслуживание, объем работы и требования для основного оборудования

Послепродажные технические услуги в контексте обслуживания начинаются сразу же после установки медицинского оборудования/техники.

Пункт «Обучение и установка» предлагаемый поставщиком медицинского оборудования, должен включать (i) техническое обучение (инженер по ТБ/медтехник/инженер по оборудованию) и (ii) обучение пользователей (медицинские специалисты), (iii) обучение основам клинического применения оборудования/техники медицинских специалистов.

После технического обучения инженер по ТБ/медтехник/инженер по оборудованию должны уметь проводить корректирующие мероприятия, которые не требуют специальных запасных частей. Они также должны уметь распознавать и правильно сообщать о технических неисправностях, которые требуют от поставщика оказания услуг на рабочем месте.

Во всех ОЗ должны заключаться Контракт на ежегодное техническое обслуживание (далее КЕТО) медицинского оборудования/техники с сервисными службами (Кыргызмедтехника и другие сервисные службы). КЕТО должен предусматривать как профилактические мероприятия, так и проведение ремонтных работ по вызову.

При этом в каждой ОЗ должны выделяться до 1,5% от консолидированного бюджета на техническое обслуживание медицинского оборудования/техники.

Виды контрактов

Базовый Контракт (только работы):

Соглашение, включающее в себя все возможные работы по техническому обслуживанию в течение оговоренного периода времени (не включает запасные части): позволяет ОЗ существенно сократить время простоя техники, увеличить ресурс использования за счет своевременного проведения профилактических осмотров и работ на установленном оборудовании.

Контракт с частичным покрытием запасных частей:

В дополнение услуги технического обслуживания включают в себя поставку неограниченного количества некоторых запасных частей к медицинскому оборудованию/технике. Используется для оптимизации расходов на поддержку работоспособности оборудования/техники, к его преимуществам

относится максимально быстрое восстановление техники при наиболее часто встречающихся типовых ремонтах.

Контракт с полным покрытием запасных частей от производителей:

Обслуживание по контракту с полным покрытием запасных частей производителей в дополнение предусматривает полное покрытие запасных частей производства. Такой вид технического обслуживания позволяет ОЗ максимально сократить время простоя техники в случае непредвиденных ситуаций, а также точно прогнозировать возможные расходы на то, чтобы поддерживать оборудование в работоспособном состоянии в течение периода действия договора.

Контракт с полным покрытием запасных частей производителей, поставленных в рамках различных проектов при инсталляции оборудования/техники

Услуги технического обслуживания оборудования по контракту с полным покрытием запасных частей производства и других производителей, поставленных в рамках различных проектов, предусматривают удовлетворение высоких потребностей современного больничного отделения, включая курсовое обучение персонала и полную поддержку в применении медицинского оборудования/техники, и обеспечивают в числе прочих достоинств длительное время безотказной работы медоборудования.

Приложение 7

к Приказу МЗ КР 454

от 04.08. 2015г.

Должностная инструкция

клинического врача – эксперта Отдела по управлению качеством в ОЗ

I. Общие положения

1. Настоящая должностная инструкция определяет должностные обязанности, права и ответственность клинического врача – эксперта Отдела по управлению качеством в ОЗ.
2. Назначение на должность и освобождение от нее проводится приказом руководителя организации в соответствии с действующим законодательством КР и подчиняется непосредственно руководителю ОЗ и зав. Отделом по УК.
3. Врач – эксперт Отдела по УК пользуется всеми трудовыми правами в соответствии с Трудовым кодексом КР.
4. На должность клинического врача – эксперта Отдела по УК назначается лицо, имеющее высшее медицинское образование (в соответствии с профилем ОЗ), прошедшее постдипломную подготовку по специальности, а также курсы по УК.

II. Клинический врач – эксперт Отдела по УК должен знать:

1. основы законодательства КР о здравоохранении и нормативно-правовые документы, регламентирующие деятельность ОЗ, действующие нормативно-правовые и инструктивно-методические документы по специальностям, нормативно-правовые документы по управлению качеством (включая инструменты ВОЗ, клинические протоколы и руководства, инструкции, стандарты операционных процедур и пр.);
2. основы организации лечебно-профилактической помощи на ПМСП и в больницах, скорой и неотложной медицинской помощи, санитарно-эпидемиологической службы, лекарственного обеспечения населения и ЛПО;
3. организационно-экономические основы деятельности ОЗ и медицинских работников в условиях бюджетно-страховой медицины;
4. организацию системы оказания медицинской помощи (задачи, организацию, структуру, штаты и оснащение клинических подразделений), разбирается как в административных, так и в лечебных вопросах, включая принципы регионализации, направления и перенаправления больных, содержание и разделы клинических направлений как самостоятельных клинических дисциплин;

*сп. в. ?
информ.
нормативы*

5. современные методы профилактики, диагностики, лечения и реабилитации и основы санитарного просвещения;
6. порядок проведения экспертизы временной нетрудоспособности и медико-социальной экспертизы;
7. правила внутреннего трудового распорядка;
8. правила и нормы охраны труда, техники безопасности, производственной санитарии и противопожарной защиты;
9. принципы планирования деятельности и отчетности ОЗ и отдельных служб, методы и порядок контроля ее деятельности;
10. соблюдать принципы профессиональной этики и деонтологии.

III. Компетентность клинического врача – эксперта Отдела по УК должна в себя включать:

1. коммуникативные навыки (умение слушать, исследовать и анализировать ситуацию, проблемы, определять возможные пути их решения);
2. достаточные знания об организации медицинской помощи в ОЗ;
3. тренерские и организационные навыки (руководство и фасилитация рабочих групп по качеству);
4. достаточные знания о концепции улучшения качества медицинской помощи, включая мониторинг и оценку, поддерживающую курацию и наставничество, умение использовать национальные руководства и рекомендации;
5. умение собирать и представлять необходимую информацию после проведенных мероприятий и наличие навыков написания отчета;
6. непрерывное повышение квалификации.

IV. Клинический врач – эксперт Отдела по УК в ОЗ должен:

1. оказывать организационно-методическую помощь и координировать работу сотрудников структурных подразделений по улучшению качества медицинской помощи;
2. разрабатывать внутренние документированные процедуры (протоколы, алгоритмы, чек-листы) в области качества и безопасности медицинских процедур (в том числе при внедрении новых медицинских технологий), основанных на национальных и международных стандартах, с последующим согласованием на заседании Комитета качества и утверждением внутренним Приказом ОЗ;
3. вовлекать внутренних наставников и внешних кураторов по оценке знаний и навыков медицинских специалистов по профильным направлениям, проблемным вопросам и позитивного опыта;

4. рассматривать результаты аудитов, экономических претензий со стороны больных, обсуждение результатов анализа заболеваемости (включая ИСМП), мероприятий по охране здоровья персонала и разрабатывать рекомендации по УК;

5. владеть навыками экспертизы и анализа учетно-отчетной медицинской документации и правила оформления медицинской документации;

6. проводить анализ оформления и ведения медицинской документации и качества лечебно-диагностического процесса, статистических данных;

7. осуществлять проверку не менее 10% закрытых карт в месяц на предмет, качества ведения медицинской документации в соответствии с утвержденными правилами;

8. проводить мониторинг и оценку ведения клинических случаев согласно утвержденным стандартам;

9. проводить аудит случаев, подлежащих обязательной экспертизе;

10. ежемесячно представлять результаты аудита заместителю главного врача по качеству и в Отдел УК;

11. составлять ежеквартальные отчеты о проведенных мероприятиях и ежегодные аналитические отчеты по результатам, проведенных оценок по улучшению качества, основываясь на статистических данных ОЗ;

12. представлять ежеквартальные отчеты и ежегодные аналитические отчеты на заседаниях Комитета качества;

13. вносить руководству ОЗ предложения и рекомендации по совершенствованию организации лечебно-диагностического процесса, улучшению оснащенности и обеспеченности структурных подразделений (ЛС, ИМН, расходные материалы и пр.), работы административно-хозяйственных и пара-клинических служб, условий трудовой деятельности;

14.

V. Клинический врач – эксперт Отдела по УК имеет право:

1. контролировать работу сотрудников структурных подразделений, отдавать им распоряжения в рамках их служебных обязанностей и требовать их четкого исполнения, вносить предложения руководству ОЗ по их поощрению или наложению взысканий;

2. запрашивать, получать и пользоваться информационными материалами и нормативно-правовыми документами, необходимыми для исполнения своих должностных обязанностей;

3. принимать участие в научно-практических конференциях и совещаниях, на которых рассматриваются вопросы, связанные с его работой;

4. проходить в установленном порядке аттестацию с правом получения соответствующей квалификационной категории по основной специальности;

5. повышать свою квалификацию на курсах усовершенствования по основной специальности не реже одного раза в 5 лет;

6. инициировать любые формы аудита структурных подразделений;

7. приглашать на заседания и заслушивать сотрудников ОЗ и других вовлеченных внешних специалистов по текущим проблемам улучшения качества медицинских услуг.

VI. Клинический врач-эксперт Отдела по УК несет ответственность за:

1. За ненадлежащее исполнение или неисполнение своих должностных обязанностей, предусмотренных настоящей должностной инструкцией и в пределах, определенных действующим трудовым законодательством КР.

2. За правонарушения, совершенные в процессе осуществления своей деятельности, в пределах, определенных действующим административным, уголовным и гражданским законодательством КР.

3. За причинение материального ущерба - в пределах, определенных действующим трудовым и гражданским законодательством.

Приложение 8

к Приказу МЗ КР 454

от 04.08. 2015г.

**Должностная инструкция
инженера по технике безопасности и охране труда**

I. Общие положения

1. Настоящая должностная инструкция определяет должностные обязанности, права и ответственность инженера по технике безопасности Отдела по управлению качеством в ОЗ.
2. Назначение на должность и освобождение от нее проводится приказом руководителя организации.
3. Инженер по технике безопасности и охране труда должен иметь высшее профессиональное техническое образование.

II. Инженер по технике безопасности и охране труда должен знать:

1. Законодательство о труде и охране труда КР, Постановления, распоряжения, приказы, другие руководящие и нормативные документы вышестоящих и других органов, касающиеся вопросов охраны труда, техники безопасности и производственной санитарии.
2. Основные технологические процессы эксплуатации медицинского оборудования и особенности эксплуатации оборудования, применяемого в организации.
3. Методы изучения условий труда на рабочих местах, организацию работы по охране труда, технике безопасности и производственной санитарии, систему стандартов безопасности труда.
4. Правила и средства контроля соответствия технического состояния медицинской техники и оборудования, инженерно- и санитарно-технического оснащения, требования безопасности ведения работ.
5. Порядок и сроки составления отчетности о выполнении мероприятий по охране труда, технике безопасности и производственной санитарии.
6. Правила и нормы охраны труда, техники безопасности, производственной санитарии и противопожарной защиты.
7. Правила внутреннего трудового распорядка.

III. Инженер по технике безопасности и охране труда должен:

1. осуществлять контроль за соблюдением в организации и ее подразделениях действующего законодательства, инструкций, правил и норм по охране труда, технике безопасности, производственной санитарии, за предоставлением работникам установленных льгот и компенсаций по условиям труда;
2. изучать условия труда на рабочих местах;

3. обеспечивать проверку технического состояния оборудования, определении его соответствия требованиям безопасного ведения работ, в необходимых случаях в установленном порядке принимает меры по прекращению эксплуатации этого оборудования или его ремонта;
4. осуществлять контроль за эффективностью и безопасности работы медицинской техники и оборудования, инженерно- и санитарно-технического оснащения;
5. контролировать своевременность испытаний, проверок и правильную эксплуатацию медицинской техники и оборудования (баллонов для сжатых газов, аппаратура работающая под высоким давлением, лифтов и другого оборудования), соблюдение графиков замеров производственного шума, воздушной среды, вибрации, выполнение предписаний органов надзора и контроля за соблюдением действующих правил по охране труда и окружающей среды, а также реализацию проектов строящихся и реконструируемых объектов здравоохранения, участвует в приемке их в эксплуатацию;
6. оказывать структурным подразделениям методическую помощь в разработке инструкций по охране труда и технике безопасности, правил эксплуатации медицинского оборудования;
7. принимать участие в разработке ежеквартальных планов по УК по разделу улучшения условий и охране труда, укреплению здоровья работников;
8. принимать участие во внедрении современных технологий, устройств и других средств защиты, мероприятий по созданию безопасных и здоровых условий труда, рациональных режимов труда и отдыха с учетом специфики ОЗ;
9. принимать участие в составлении программ обучения работников организации безопасным методам работы;
10. принимать участие в составлении раздела коллективного договора, касающегося вопросов улучшения условий труда, укрепления здоровья работников;
11. принимать участие в расследовании случаев производственного травматизма, профессиональных заболеваний, изучает вызвавшие их причины, анализирует эффективность проводимых мероприятий по их предупреждению;
12. составлять заявки и технические спецификации на закупку медицинской техники и оборудования, защитные устройства, своевременность выдачи работникам средств индивидуальной защиты;
13. осуществлять регистрацию и учет медицинской техники и оборудования, создает/поддерживает базу данных медицинской техники и оборудования, подготавливает документацию и проводит списание медицинской техники и оборудования;
14. обеспечивать техническое обслуживание эксплуатируемых техники и оборудования;

15. проводить информирование и обучение работников по правилам техники безопасности и производственной санитарии, созданию комфортных зон, мест отдыха.

IV. Инженер по технике безопасности и охране труда имеет право:

1. знакомиться с проектами решений руководства ОЗ, касающимися его деятельности;
2. вносить на рассмотрение руководства предложения по совершенствованию работы, связанной с предусмотренными настоящей инструкцией обязанностями;
3. в пределах своей компетенции сообщать непосредственно руководителю о всех выявленных в процессе деятельности недостатках и вносить предложения по их устранению;
4. запрашивать лично или по поручению руководства организации документы, необходимые для выполнения его должностных обязанностей;
5. требовать от руководителя организации оказания содействия в исполнении его должностных обязанностей и прав.

V. Инженер по технике безопасности и охране труда несет ответственность:

1. За ненадлежащее исполнение или неисполнение своих должностных обязанностей, предусмотренных настоящей должностной инструкцией и в пределах, определенных действующим трудовым законодательством КР.
2. За правонарушения, совершенные в процессе осуществления своей деятельности в пределах, определенных действующим административным, уголовным и гражданским законодательством КР.
3. За причинение материального ущерба - в пределах, определенных действующим трудовым и гражданским законодательством

Должностная инструкция врача- клинического фармаколога

1. Общие положения

1. Настоящая должностная инструкция определяет должностные обязанности, права и ответственность врача - клинического фармаколога - эксперта отдела по управлению качеством в ОЗ.

*Фр-ка
нормативы*
2. Назначение на должность и освобождение от нее проводится приказом руководителя организации в соответствии с действующим законодательством КР и подчиняется непосредственно руководителю ОЗ и заведующему отделом по УК.

3. Врач - клинический фармаколог - эксперт отдела по УК пользуется всеми трудовыми правами в соответствии с Трудовым кодексом КР.

4. Врач - клинический фармаколог - эксперт отдела по УК является координатором по рациональной фармакотерапии, профилактики, своевременного выявления и лечения побочных действий лекарственных средств, рационального составления заявок на лекарственные препараты и контролю за правильностью их использования.

2. Должностные обязанности

Врач - клинический фармаколог:

1. консультирует и контролирует проведение фармакотерапии в отделениях лечебно-профилактического учреждения;
2. участвует в курации больных, у которых диагностированы побочные проявления лекарственных препаратов или отмечается резистентность к проводимой фармакотерапии;
3. мониторинг неблагоприятных побочных действий лекарственных препаратов, в том числе серьезных и непредвиденных нежелательных реакций, связанных с применением лекарственных препаратов; обеспечивает своевременный сбор информации по выявлению побочных действий лекарственных препаратов и дальнейшее их предоставление в уполномоченный орган;
4. контролирует соблюдение правил парентерального введения лекарственных средств, своевременный учет и хранение;

5. организует разборы сложных случаев и ошибок по применению лекарственных препаратов, режима дозирования, взаимодействия и их побочного действия;
6. участвует в разработке лекарственного формуляра лечебно-профилактического учреждения, контролирует его соблюдение;
7. участвует в реализации программ (в соответствии с требованиями GCP) клинической апробации лекарственных препаратов, осуществляет контроль за ее проведением и проводит оценку полученных результатов;
8. консультирует врачей, проводящих клинические исследования;
9. осуществляет информационное обеспечение по зарегистрированным в Кыргызской Республике лекарственным средствам, а также лекарственным препаратам включенным в ПЖВЛС и КП/КР;
10. организует практические конференции по вопросам применения, побочного действия и взаимодействия лекарственных средств.
11. внедрение стандартов медицинской помощи в части лекарственной терапии;
12. Внедрение принципов доказательной медицины;
13. участие в микробиологическом мониторинге;
14. организация и проведение клинико-экономического анализа применения лекарственных препаратов, в том числе ABC/VEN-анализа, в целях рационального использования выделяемых финансовых средств;
- 15.; анализ рациональности объемов потребления лекарственных препаратов в соответствии с профилем медицинской организации;
16. определение ассортимента и объема закупок лекарственных препаратов медицинской организации в соответствии с утвержденными стандартами медицинской помощи и перечнями лекарственных препаратов;
17. организации регулярного информирования врачей по проблемам рационального применения лекарственных препаратов;

3. Квалификационные требования:

1. Врач - клинический фармаколог – специалист с высшим медицинским образованием, прошедший последипломную подготовку по клинической фармакологии, имеющий теоритические знания и практические навыки в соответствии с требованиями квалификационной характеристики.
2. Компетентность специалиста ИК должна в себя включать:

- коммуникативные навыки (умение слушать, исследовать и анализировать ситуацию, проблемы, определять возможные пути их решения);
- навыки по проведению экспертизы и анализа учетно-отчетной медицинской документации и правила оформления медицинской документации;
- тренерские и организационные навыки (руководство и фасилитация рабочих групп), поддерживающие курацию и наставничество;
- навыки по проведению фармакоэкономических исследований;
- навыки расчета показателей и написания аналитических отчетов;
- основы использования современных технических средств, коммуникаций и связи, вычислительной техники;
- непрерывное повышение квалификации.

4. Врач - клинический фармаколог должен знать:

1. нормативные правовые акты, регулирующие деятельность в области здравоохранения, в том числе в области регулирования сферы обращения лекарственных средств (Закон «О лекарственных средствах», технические регламенты и др.);
2. программы Правительства по развитию сферы обращения лекарственных средств;
3. программа действий Всемирной организации здравоохранения в области лекарственных средств;
4. концепцию основных лекарственных средств ВОЗ;
5. перечень жизненно-важных лекарственных средств Кыргызской Республики;
6. утверждённые КПКР согласно профилю организации здравоохранения;
7. общие вопросы обеспечения лекарственными препаратами различных групп населения,
8. основы законодательства КР о здравоохранении; нормативно-правовые документы, регламентирующие деятельность учреждений здравоохранения;
9. основы организации лечебно-профилактической помощи в больницах и амбулаторно-поликлинических учреждениях, скорой и неотложной медицинской помощи, службы медицины катастроф, санитарно-эпидемиологической службы,
10. лекарственного обеспечения населения и ЛПУ;

11. организационно-экономические основы деятельности учреждений здравоохранения и медицинских работников в условиях бюджетно-страховой медицины; основы социальной гигиены,
12. принципы регистрации лекарственных препаратов в Кыргызской Республики;
13. принципы проведения клинических испытаний лекарственных средств;
14. принципы контрольно-разрешительной системы регистрации лекарственных средств и медицинской техники;
15. этические нормы применения лекарственных средств, как при апробации новых, так и при применении зарегистрированных, включая наркотические анальгетики, психотропные и т.д.;
16. формы и методы работы с врачами по повышению их знаний по рациональному применению лекарственных средств;
17. медицинской этики и деонтологии; правовые аспекты медицинской деятельности;
18. общие принципы и основные методы клинической, инструментальной и лабораторной диагностики функционального состояния органов и систем человеческого организма;
19. этиологию, патогенез, клиническую симптоматику, особенности течения, принципы комплексного лечения основных заболеваний;
20. основы экспертизы временной нетрудоспособности и медико-социальной экспертизы;
21. основы санитарного просвещения; правила внутреннего трудового распорядка;
22. правила и нормы охраны труда, техники безопасности, производственной санитарии и противопожарной защиты.

5. Права

Врач - клинический фармаколог имеет право:

1. самостоятельно устанавливать диагноз по специальности на основании клинических наблюдений и обследования, сбора анамнеза, данных клинико-лабораторных и инструментальных исследований; определять тактику ведения больного в соответствии с установленными стандартами и требованиями; назначать необходимые для комплексного обследования пациента методы инструментальной, функциональной и лабораторной диагностики; проводить диагностические, лечебные, реабилитационные и

профилактические процедуры с использованием разрешенных методов диагностики и лечения; привлекать в необходимых случаях врачей других специальностей для консультации, обследования и лечения больных;

2. вносить предложения руководству учреждения по совершенствованию лечебно-диагностического процесса, в т.ч. по улучшению работы; по вопросам организации и условий труда;

3. запрашивать, получать и пользоваться информационными материалами и нормативно-правовыми документами, необходимыми для исполнения своих должностных обязанностей;

4. принимать участие в научно-практических конференциях и совещаниях, на которых рассматриваются вопросы, связанные с его работой;

5. вносить предложения по вопросам оптимизации лекарственного обеспечения;

6. Ответственность

Врач - клинический фармаколог несет ответственность за:

1. осуществление возложенных на него должностных обязанностей;

2. организацию своей работы, своевременное и квалифицированное выполнение приказов, распоряжений и поручений руководства, нормативно-правовых актов по своей деятельности;

3. соблюдение правил внутреннего распорядка, противопожарной безопасности и техники безопасности;

4. ведение медицинской и иной документации, предусмотренной должностными обязанностями;

5. своевременное предоставление достоверной статистической информации и информации о состоянии выполнения своих должностных обязанностей, полученных заданий и поручений, соблюдение сроков их исполнения;

6. обеспечение соблюдения трудовой и исполнительской дисциплины и выполнения функциональных обязанностей подчиненных ему работников (при их наличии);

7. оперативное принятие мер, включая своевременное информирование руководства, по пресечению выявленных нарушений правил техники безопасности, противопожарным и другим правилам, создающих угрозу деятельности учреждения здравоохранения, его работникам и пациентам.

**Должностная инструкция
Специалиста инфекционного контроля – эксперта Отдела по
управлению качеством в ОЗ**

1. Общие положения

- 1.1. Настоящая должностная инструкция определяет должностные обязанности, права и ответственность специалиста инфекционного контроля (ИК) – эксперта Отдела по управлению качеством в ОЗ.
- 1.2. В каждой организации здравоохранения, за счет общей штатной численности, должна быть введена ставки специалистов инфекционного контроля:
 - медсестра инфекционного контроля - вне зависимости от количества коек и профиля ОЗ;
 - специалист инфекционного контроля с высшим образованием (госпитальный эпидемиолог) – в многопрофильных и инфекционных стационарах. В остальных организациях на усмотрение руководителя ОЗ.
- 1.3. Назначение на должность и освобождение от нее проводится приказом руководителя организации в соответствии с действующим законодательством КР и подчиняется непосредственно руководителю ОЗ и заведующему отделом по УК.
- 1.4. Специалист ИК Отдела по УК пользуется всеми трудовыми правами в соответствии с Трудовым кодексом КР.
- 1.5. В лице специалиста ИК все сотрудники ОЗ должны видеть координатора по инфекционному контролю и вопросам профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи и оказывать ему содействие.

2. Квалификационные требования:

- 2.1. На должность специалиста ИК с высшим образованием – эксперта Отдела по УК назначается лицо, имеющее высшее медицинское образование (в соответствии с профилем ОЗ, либо по специальности эпидемиология и гигиена), прошедшее постдипломную подготовку по специальности, а также специальную подготовку по курсу «Инфекционного контроля» в КГМИПиПК.
- 2.2. На должность медсестры ИК – сотрудника Отдела по УК назначается лицо, имеющее среднее медицинское образование (в соответствии с профилем ОЗ), прошедшее специальную подготовку по курсу «Инфекционного контроля» в КГМИПиПК.
- 2.3. Компетентность специалиста ИК должна в себя включать:

- коммуникативные навыки (умение слушать, исследовать и анализировать ситуацию, проблемы, определять возможные пути их решения);
- навыки по проведению экспертизы и анализа учетно-отчетной медицинской документации и правила оформления медицинской документации;
- тренерские и организационные навыки (руководство и фасилитация рабочих групп по инфекционному контролю), поддерживающие курацию и наставничество;
- навыки по организации и проведению мониторинга и оценки состояния инфекционного контроля;
- навыки расчета показателей и написания аналитических отчетов;
- основы использования современных технических средств, коммуникаций и связи, вычислительной техники;
- непрерывное повышение квалификации.

3. Специалист ИК должен знать:

- 3.1. нормативные правовые акты, регулирующие деятельность в области здравоохранения, в том числе в области санитарно-эпидемиологического законодательства, действующие нормативно-правовые и инструктивно-методические документы по инфекционному контролю, обращению с медицинскими отходами и управлению качеством (включая инструменты ВОЗ, руководства, инструкции, стандарты операционных процедур и пр.);
- 3.2. стандартные меры предосторожности и алгоритмы безопасности выполнения диагностических и лечебных процедур, безопасное обращение с медицинскими отходами, проведение эффективных процедур стерилизации, дезинфекции;
- 3.3. основные организационно-распорядительные документы, регламентирующие деятельность уполномоченных государственных органов и организаций, осуществляющих государственный санитарный надзор;
- 3.4. основы законодательства о труде;
- 3.5. организационно-экономические основы деятельности ОЗ и системы оказания медицинской помощи (задачи, организацию, структуру, штаты и оснащение клинических подразделений);
- 3.6. учетно-отчетную деятельность ОЗ; основные виды медицинской документации;
- 3.7. принципы планирования деятельности и отчетности ОЗ и отдельных служб, методы и порядок контроля ее деятельности;
- 3.8. систему инфекционного контроля, инфекционной безопасности пациентов и медицинского персонала медицинского учреждения;
- 3.9. эпидемиологические особенности инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (нозокомиальные инфекции);

- 3.10. эпидемиологию инфекционных болезней и статистические методы обработки информации;
- 3.11. современные методы профилактики и диагностики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи;
- 3.12. методы контроля за состоянием окружающей среды и здоровьем человека;
- 3.13. критерии и показатели оценки состояния здоровья населения;
- 3.14. правила внутреннего трудового распорядка;
- 3.15. правила и нормы охраны труда, техники безопасности и противопожарной защиты;
- 3.16. медицинскую этику и деонтологию, психологию профессионального общения;

4. Должностные обязанности специалиста ИК с высшим образованием:

- 4.1. организация активного выявления, учета и регистрации инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП);
- 4.2. проведение эпидемиологического анализа (проведение оперативного и ретроспективного анализа заболеваемости,) и диагностики ИСМП;
- 4.3. проведение анализа карт эпидемиологического расследования; анализирует информационные материалы о состоянии инфекционной заболеваемости в регионе;
- 4.4. проведение экспертизы, расследования, обследования, исследования и иные виды оценок.
- 4.5. участие в расследовании случаев инфекционной заболеваемости с целью установления причинно-следственных связей;
- 4.6. проводит анализ выполнения плана профилактических прививок.
- 4.7. проверка и анализ оформления и ведения медицинской документации по ИК (журналы регистрации ИСМП, заноса инфекции в ОЗ, регистрации биоаварий и т.д.) на предмет качества ведения документации и собираемых эпидемиологических статистических данных;
- 4.8. подготовка аналитических отчетов по заболеваемости ИСМП и результатам, проведенных оценок по состоянию инфекционного контроля в ОЗ;
- 4.9. с целью выполнения функциональных обязанностей специалист ИК с высшим образованием осуществляет эпидемиологический анализ, предусматривающий:
 - изучение интенсивности, динамики и структуры заболеваемости различными нозологическими формами инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи;
 - формулирование и оценку гипотез о ведущих факторах риска;

- изучение микробиологических особенностей всех подразделений стационара;
 - определение приоритетных проблем профилактики для стационара в целом и для отдельных его подразделений;
 - разработку целенаправленных профилактических и контрольных мер;
 - оценку эффективности и качества проведенных мероприятий;
 - слежение за формированием госпитальных штаммов;
 - прогноз эпидемиологической ситуации;
 - современную диагностику и расследование вспышек, диагностику и предупреждение заносов.
- 4.10. ведение документации и составление ежеквартальных/ежегодных отчетов о проведенных мероприятиях по ИК;
- 4.11. представление информации и отчетов по ИК на заседаниях Комитета качества
- 4.12. организация и проведение мониторинга и оценки состояния инфекционного контроля, соблюдения алгоритмов безопасности медицинских процедур согласно утвержденным СОП;
- 4.13. участие и фасилитация в подготовке программ/планов инфекционного контроля ОЗ;
- 4.14. разработка внутренних документированных процедур (СОП, инструкции, алгоритмы, чек-листы) в области ИК и безопасности медицинских процедур (в том числе при внедрении новых медицинских технологий), основанных на национальных и международных стандартах, с последующим согласованием на заседании Комитета качества и утверждением внутренним Приказом ОЗ;
- 4.15. оценка существующих и вновь вводимых клинических процедур и медицинского оборудования с целью определения риска развития инфекции;
- 4.16. организация необходимых мероприятий по профилактике персонального инфицирования медицинского персонала стационара и осуществление контроля за их выполнением;
- 4.17. организация обучения медицинского персонала вопросам инфекционного контроля и профилактики внутрибольничных инфекций;
- 4.18. участие в определении оптимальных схем применения антибиотиков, дезинфектантов и антисептиков в данном стационаре совместно с другими специалистами (бактериологами и клиницистами);
- 4.19. оказывает консультативную помощь специалистам других подразделений по своей специальности.

4.20. осуществляет взаимодействие с государственными органами, иными организациями, заинтересованными в охране и укреплении здоровья населения, обеспечении его санитарно-эпидемиологического благополучия в пределах своей компетенции.

5. Должностные обязанности медсестры инфекционного контроля:

- 5.1. организация активного выявления, учета и регистрации инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП);
- 5.2. сбор информации и проведение анализа частоты ИСМП;
- 5.3. участие в расследовании случаев инфекционной заболеваемости с целью установления причинно-следственных связей;
- 5.4. проведение анализа карт эпидемиологического расследования;
- 5.5. проведение анализа выполнения плана профилактических прививок;
- 5.6. проверка и анализ оформления и ведения медицинской документации по ИК (журналы регистрации ИСМП, заноса инфекции в ОЗ, регистрации биоаварий и т.д.) на предмет качества ведения документации и собираемых эпидемиологических статистических данных;
- 5.7. участие в подготовке аналитических отчетов по заболеваемости ИСМП и результатам, проведенных оценок по состоянию инфекционного контроля в ОЗ. совместно со специалистом ИК с высшим образованием, при наличии его в штате ОЗ. В случае отсутствия в ОЗ специалиста ИК с высшим образованием, медсестра ИК имеет право привлекать к данной работе или консультироваться с эпидемиологом территориального ЦПЗиГСЭН;
- 5.8. ведение документации и составление ежеквартальных/ежегодных отчетов о проведенных мероприятиях по ИК (совместно со специалистом ИК с высшим образованием, при наличии его в штате ОЗ);
- 5.9. представление информации и отчетов по ИК на заседаниях Комитета качества (совместно со специалистом ИК с высшим образованием, при наличии его в штате ОЗ);
- 5.10. участие в проведении мониторинга и оценки состояния инфекционного контроля, соблюдения алгоритмов безопасности медицинских процедур согласно утвержденным СОП (совместно со специалистом ИК с высшим образованием, при наличии его в штате ОЗ);
- 5.11. участие в подготовке программ/планов инфекционного контроля ОЗ совместно со специалистом ИК с высшим образованием и/или членами Комитета качества медицинской помощи;
- 5.12. участие в разработке внутренних документированных процедур (СОП, инструкции, алгоритмы, чек-листы) в области ИК и безопасности

медицинских процедур (в том числе при внедрении новых медицинских технологий), основанных на национальных и международных стандартах, с последующим согласованием на заседании Комитета качества и утверждением внутренним Приказом ОЗ;

- 5.13. оценка существующих и вновь вводимых клинических процедур и медицинского оборудования с целью определения риска развития инфекции совместно со специалистом ИК с высшим образованием и/или клиническим экспертом;
- 5.14. организация необходимых мероприятий по профилактике персонального инфицирования медицинского персонала стационара и осуществление контроля за их выполнением (совместно со специалистом ИК с высшим образованием, при наличии его в штате ОЗ);
- 5.15. организация обучения медицинского персонала вопросам инфекционного контроля и профилактики внутрибольничных инфекций (совместно со специалистом ИК с высшим образованием, при наличии его в штате ОЗ);
- 5.16. оказание консультативной помощи специалистам других подразделений по инфекционному контролю;
- 5.17. осуществляет взаимодействие с главной медицинской сестрой, старшими медицинскими сестрами и медицинскими сестрами отделений ОЗ по вопросам ИК
- 5.18. осуществляет взаимодействие с государственными органами, иными организациями, заинтересованными в охране и укреплении здоровья населения, обеспечении его санитарно-эпидемического благополучия в пределах своей компетенции.

6. Специалист ИК имеет право:

- 6.1. контролировать работу сотрудников структурных подразделений, отдавать им распоряжения в рамках их служебных обязанностей и требовать их четкого исполнения, вносить предложения руководству ОЗ по их поощрению или наложению взысканий;
- 6.2. совместно с главной медицинской сестрой осуществлять контроль соблюдения санитарно-гигиенического и дезинфекционного режимов, правил асептики и антисептики, условий стерилизации, использования, хранения и обработки медицинского инструментария, материалов, обращения с медицинскими отходами;
- 6.3. вносить предложения по совершенствованию работы, связанной с предусмотренными данной должностной инструкцией обязанностями;

- 6.4. требовать от руководства оказания содействия в осуществлении своих обязанностей;
- 6.5. запрашивать, получать и пользоваться информационными материалами и нормативно-правовыми документами, необходимыми для исполнения своих должностных обязанностей;
- 6.6. принимать участие в научно-практических конференциях и совещаниях, на которых рассматриваются вопросы, связанные с его работой;
- 6.7. проходить в установленном порядке аттестацию с правом получения соответствующей квалификационной категории по основной специальности;
- 6.8. повышать свою квалификацию в установленном порядке;
- 6.9. инициировать любые формы аудита структурных подразделений, рассматривать результаты аудитов, экономических претензий со стороны больных, обсуждение результатов анализа заболеваемости ИСМП, мероприятий по охране здоровья персонала и разрабатывать рекомендации по УК;
- 6.10. приглашать на заседания и заслушивать сотрудников ОЗ и других вовлеченных внешних специалистов по текущим проблемам улучшения качества медицинских услуг;
- 6.11. вовлекать внутренних наставников и внешних кураторов по оценке знаний и навыков медицинских специалистов по профильным направлениям, проблемным вопросам и позитивного опыта;
- 6.12. вносить руководству ОЗ предложения и рекомендации по совершенствованию лечебно-диагностического процесса, улучшению обеспеченности структурных подразделений (ЛС, ИМН, расходные материалы и пр.), работы административно-хозяйственных и параклинических служб, вопросов организации и условий трудовой деятельности;
- 6.13. принимать участие в обсуждении вопросов охраны труда, выносимых на рассмотрение собраний (конференций) трудового коллектива (профсоюзной организации).

7. Специалист ИК несет ответственность за:

- 7.1. за ненадлежащее исполнение или неисполнение своих должностных обязанностей, предусмотренных настоящей должностной инструкцией и в пределах, определенных действующим трудовым законодательством КР;

7.2. за правонарушения, совершенные в процессе осуществления своей деятельности, в пределах, определенных действующим административным, уголовным и гражданским законодательством КР.

7.3. за причинение материального ущерба - в пределах, определенных действующим трудовым и гражданским законодательством КР.