



**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ
«ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР»**

ул. Кирова, стр 38, г. Астрахань, 414000

П Р И К А З

18.02.2026г.

№ 112

«Об организации и проведении внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ АО «ОКСЦ»

В соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации, приказом МЗ РФ от 10.04.2025г. № 180н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации», приказом МЗ СР РФ от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 года № 785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности», а так же в целях обеспечения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в государственном бюджетном учреждении здравоохранения Астраханской области «Областной клинический стоматологический центр» (далее - ГБУЗ АО «ОКСЦ»)) п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить:

1.1. Положение о порядке проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ АО «ОКСЦ» (Приложение №1);

1.2. Форму журнала внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ АО «ОКСЦ». (Приложение №2).

1.3. Экспертную карту качества медицинской помощи в амбулаторных условиях в ГБУЗ АО «ОКСЦ». (Приложение №3);

1.4. Критерии качества оказания медицинской помощи в ГБУЗ АО «ОКСЦ» (Приложение №4);

1.5. Комиссию по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности ГБУЗ АО «ОКСЦ» (Приложение №5).

1.6. Ежегодный план проведения плановых проверок Комиссией по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности ГБУЗ АО «ОКСЦ» (Приложение №6).

2. Назначить:

2.1. Заместителя главного врача по медицинской части Супруна В.П., заведующего Стоматологической поликлиникой № 4 Аширова З.Ф., заведующего Стоматологической поликлиникой № 5 Бурову Ю.В. ответственными за:

2.1.1. организацию проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ АО «ОКСЦ»;

2.1.2. соблюдение медицинскими работниками ограничений, налагаемых при осуществлении ими профессиональной деятельности в соответствии с ст. 74 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ;

2.1.3. соблюдение внутреннего распорядка медицинской организации;

2.1.4. организацию работы регистратуры;

2.1.5. предоставление ежеквартально, с нарастающим итогом, не позднее 10 числа месяца, следующего за отчетным периодом, заместителю главного врача по КЭР Лыгиной Ю.Е. сведений по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности в объеме не менее 50 экспертиз качества оказания медицинской помощи в квартал.

2.2. Заведующего организационно-методическим отделом Дерябина А.В. ответственным за:

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

2.3. Начальника хозяйственной отдела Меналиева И.М. ответственным за:

2.3.1. обеспечение комфортных условий пребывания пациентов в ГБУЗ АО «ОКСЦ», в том числе, обеспечение комфортных условий пребывания пациентов в медицинских организациях, включая организацию мест ожидания для пациентов, законных представителей и членов семей пациентов.

2.4. Заместителя главного врача по КЭР Лыгину Ю.Е. ответственной за:

2.4.1. своевременную подачу информации по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности.

2.5. Главную медицинскую сестру Ахмедову Р.Н., старших медицинских сестер Асадулаеву А.С., Масленникову А.А., Никитину О.В., Гюльмалян Р.Р., Лаптеву Н.П. ответственными за:

2.5.1. осуществление мероприятий по организации безопасного применения лекарственных препаратов в ГБУЗ АО «ОКСЦ»;

2.5.2. за безопасное обращение с медицинскими отходами.

2.6. Врача эпидемиолога Шахсуварову А.Ф. ответственным за:

2.6.1. осуществление мероприятий по обеспечению эпидемиологической безопасности в ГБУЗ АО «ОКСЦ»;

2.6.2. обеспечение эпидемиологической безопасности среды, контроль наличия дезинфицирующих и антисептических средств, рациональный выбор дезинфицирующих средств; обращение с отходами.

2.7. Заместителя главного врача по медицинской части Супруна В.П., начальника

хозяйственного отдела Меналиева И.М. , ответственными за:

2.7.1. осуществление мероприятий по организации безопасной среды для пациентов и работников медицинской организации в ГБУЗ АО «ОКСЦ»;

2.7.2. Техников по ремонту медицинского оборудования Пузакова В.Г., Степаненко А.В. ответственными за: обеспечение защиты от травмирования элементами медицинских изделий;

2.7.3. Специалиста по охране труда Зайцеву Е.Ф. ответственной за проведение мероприятий по снижению риска травматизма и профессиональных заболеваний работников ;

2.8. Заведующих структурными подразделениями ГБУЗ АО «ОКСЦ» Шабаетова Ш.А., Демичеву О.Г., Киселеву Н.А., Сайфулину И.Г., Абраамян М.Р., Шамсутдинова Р.М., Кацалап Н.Ю., Ерицян А.М., Мухамбетову Д.Р., Дронину С.В., Бурову Ю.В., Ковалеву В.В., Умералиева И.Ш., Николаева Д.Н. ответственными за:

2.8.1. обеспечение оказания медицинской помощи в ГБУЗ АО «ОКСЦ» в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций;

2.8.2. обеспечение получения информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи;

2.8.3. обеспечение своевременного оказания медицинской помощи при обращении пациента, а также на всех этапах ее оказания;

2.8.4. обеспечение оказания гражданам медицинской помощи в экстренной форме, включая проведение регулярного обучения (тренингов), наличие в медицинской организации лекарственных препаратов и медицинских изделий для оказания медицинской помощи в экстренной форме;

2.8.5. обеспечение соблюдения врачебной тайны, в том числе конфиденциальности персональных данных, используемых в медицинских информационных системах медицинских организаций, при осуществлении медицинской деятельности;

2.8.6. обеспечение доступа работников медицинской организации к информации, содержащей клинические рекомендации, порядки оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи;

2.8.7. организацию мероприятий по раннему выявлению онкологических заболеваний;

2.8.8. организация управления потоками пациентов, в том числе при первичном обращении;

2.8.9. предоставление ежеквартально, с нарастающим итогом, не позднее 10 числа месяца, следующего за отчетным периодом, заместителю главного врача по КЭР Лыгиной Ю.Е. сведений по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности в объеме не менее 30 экспертиз качества оказания медицинской помощи в

месяц.

2.9. Инструктора по гигиеническому воспитанию Донскую Н.Н. ответственной за:

2.9.1. организацию мероприятий по профилактике неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни, в том числе информирование пациентов о методах профилактики неинфекционных заболеваний, основах здорового образа жизни.

2.10. Врача – клинического фармаколога Куликову И.С. ответственной за:

2.10.1 соблюдение требований к назначению лекарственных препаратов, а также учет рисков при применении лекарственных препаратов (в том числе, аллергологического анамнеза, особенностей взаимодействия и совместимости лекарственных препаратов) с внесением соответствующих сведений в медицинскую документацию);

2.10.2. осуществление контроля качества письменных назначений лекарственных препаратов, в том числе использование унифицированных листов назначения;

2.10.3. мониторинг безопасности применения лекарственных препаратов.

2.10.4. рациональное использование антибактериальных лекарственных препаратов для профилактики и лечения заболеваний и (или) состояний.

2.11. Начальника отдела кадров Гурину Е.М. ответственную за:

2.11.1. осуществление мероприятий по обеспечению профессиональной подготовки, переподготовки и повышения квалификации медицинских работников в соответствии с трудовым законодательством Российской Федерации, а также по формированию системы оценки деятельности и развитию кадрового потенциала работников Учреждения.

2.12. Специалиста гражданской обороны Шелякина В.Н. ответственным за:

2.12.1. соблюдение мероприятий по обеспечению безопасности при угрозе и возникновении чрезвычайных ситуаций.

2.13. Программиста Голубева А.П. ответственным за:

2.13.1. обеспечение функционирования медицинской информационной системы, включая информационное взаимодействие с государственными информационными системами в сфере здравоохранения субъектов РФ и единой государственной информационной системой в сфере здравоохранения, размещение в них сведений о ГБУЗ АО «ОКСЦ» в соответствии с законодательством РФ;

2.13.2. информирование граждан в доступной форме, в том числе с использованием сети «Интернет», об осуществляемой медицинской деятельности и о медицинских работниках ГБУЗ АО «ОКСЦ», об уровне их образования и об их квалификации.

2.14. Начальника отдела информационной безопасности Стругова И.А. ответственным за:

2.14.1. обеспечение соблюдения врачебной тайны, в том числе конфиденциальности персональных данных, используемых в информационных системах ГБУЗ АО «ОКСЦ» при осуществлении медицинской деятельности;

2.15. Главную медицинскую сестру Ахмедову Р.Н. ответственную за:

2.15.1. мониторинг безопасности применения изделий медицинского назначения.

3. По результатам плановых и целевых (внеплановых) проверок Комиссией:

3.1. составляется отчет, включающий выработку мероприятий по устранению выявленных нарушений и улучшению деятельности ГБУЗ АО «ОКСЦ» и медицинских работников;

2.15.1. мониторинг безопасности применения изделий медицинского назначения.

3. По результатам плановых и целевых (внеплановых) проверок Комиссией:

3.1. составляется отчет, включающий выработку мероприятий по устранению выявленных нарушений и улучшению деятельности ГБУЗ АО «ОКСЦ» и медицинских работников:

3.2. формируется сводный отчет, не реже 1 раза в полугодие, а также по итогам года, содержащий информацию о состоянии качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ АО «ОКСЦ».

4. Заместителю главного врача по клинико-экспертной работе ГБУЗ АО «ОКСЦ» Лыгиной Ю.Е.

4.1. обеспечить предоставление сведений ежеквартально, с нарастающим итогом, в срок до 20 числа месяца, следующего за отчетным периодом по результатам внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в отдел ведомственного контроля качества медицинской деятельности управления лицензирования, ведомственного контроля качества и обращения граждан Министерства здравоохранения Астраханской области.

5. Ответственным лицам организовать работу по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности в Учреждении в соответствии с п. 2 настоящего приказа.

6. Признать утратившим силу приказ ГБУЗ АО «ОКСЦ» от 04.08.2025 № 440 «Об организации и проведении внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ АО «ОКСЦ».

7. Контроль за исполнением приказа оставляю за собой.

Главный врач



А.Н. Шафигуллин

Ознакомлены:

ФИО	подпись	дата
Супрун В.П.		
Лыгина Ю.Е.		
Дерябин А.В.		
Бурова Ю.В.		
Аширов З.Ф.		
Меналиев И.М.		
Гурина Е.М.		
Стругов И.А.		
Куликова И.С.		
Шахсуварова А.Ф.		
Демичева О.Г.		
Абраамян М.Р.		
Сайфулина И.Г.		
Шабаев Ш.А.		
Шамсутдинов Р.М.		
Кацалап Н.Ю.		
Ерицян А.М.		
Киселева Н.А.		
Мухамбетова Д.Р.		
Дронина С.В.		
Бурова Ю.В.		
Ковалева В.В.		
Умералиев И.Ш.		
Николаев Д.Н.		
Ахмедова Р.Н.		
Масленникова А.А.		
Никитина О.В.		

Гюлмалян Р.Р.		
Лаптева Н.П.		
Зайцева Е.Ф.		
Пузаков В.Г.		
Голубев А.П.		
Донская Н.Н.		
Степаненко А.В.		
Дорохин О.А.		
Михайлова Е.М.		
Шелякин В.Н.		

Визы:

Заместитель главного врача по МЧ

В.П. Супрун «__»____202__г.

Заместитель главного врача по КЭР

Ю.Е. Лыгина «__»____202__г.

Ведущий юрисконсульт

Т.М. Маньшина «__»____202__г.

Исп:

Ю.Е. Лыгина

ПОЛОЖЕНИЕ
о внутреннем контроле качества и безопасности
медицинской деятельности в государственном бюджетном учреждении
здравоохранения Астраханской области
«Областной клинический стоматологический центр»

1. Общие положения.

Положение о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности в государственном бюджетном учреждении здравоохранения Астраханской области «Областной клинический стоматологический центр» (далее – ГБУЗ АО «ОКСЦ») разработано с учетом структуры, штатного расписания и специфики деятельности ГБУЗ АО «ОКСЦ», требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности и устанавливает единый порядок организации и проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Объектами контроля качества медицинской помощи и безопасности медицинской деятельности являются:

1. Качество медицинских услуг при следующих заболеваниях и состояниях:

- новообразования;
- болезни органов пищеварения;
- травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин
- врождённые аномалии, деформации и хромосомные нарушения;

2. Условия труда в ГБУЗ АО «ОКСЦ».

3. Применение лекарственных средств, медицинских изделий и порядок их утилизации.

4. Соблюдение медицинскими работниками ГБУЗ АО «ОКСЦ» ограничений, применяемых к ним при осуществлении профессиональной деятельности.

Основные термины и определения, используемые при организации
и проведении ККМП.

- контроль качества медицинской помощи - определение соответствия оказанной медицинской помощи, установленным на данный период стандартам;
- стандарт - нормативный документ, разработанный на основе консенсуса и утвержденный признанным органом, в котором устанавливаются для всеобщего и многократного использования правила, общие принципы или характеристики, касающиеся различных видов деятельности или их результатов и который направлен на достижение оптимальной степени упорядочения в определенной области;
- протокол ведения больного (отраслевой стандарт) - нормативный документ системы стандартизации в здравоохранении, определяющий требования к выполнению

медицинской помощи больному при определенном заболевании, с определенным синдромом или при определенной клинической ситуации;

- дефекты медицинской помощи - действия или бездействие медицинского персонала, являющиеся несоответствием медицинской помощи (медицинской услуги)

обязательным требованиям, предусмотренным законодательством; нарушением требований безопасности медицинской услуги; несоответствием медицинской помощи (услуги) целям, для которых данная медицинская помощь (услуга) обычно оказывается, выразившимся в причинении вреда жизни и здоровью пациентов; неоптимальным выбором технологии оказания медицинских услуг; нарушением правил оформления медицинской документации;

- ятрогении (ятрогенные осложнения медицинской помощи) - любые нежелательные или неблагоприятные последствия профилактических, диагностических и терапевтических мероприятий, которые приводят к нарушениям функций организма, инвалидности или смерти (ВОЗ).

Цель проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

1. Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности (далее - внутренний контроль) осуществляется с целью обеспечения прав граждан на получение медицинской помощи, необходимого объема и надлежащего качества в ГБУЗ АО «ОКСЦ», в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций, а также соблюдения обязательных требований к обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности.

2. Организация и проведение внутреннего контроля направлены на решение следующих задач:

2.1. соответствие организации медицинской деятельности учреждения (его структурных подразделений) требованиям нормативных актов;

2.2. создание условий для обеспечения безопасности медицинской деятельности и оценка соблюдения прав граждан в сфере охраны здоровья при осуществлении медицинской деятельности;

2.3. соответствие деятельности учреждения условиям функциональной и санитарной безопасности;

2.4. учет конечных результатов медицинской деятельности;

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

2.6. обеспечение и оценка соблюдения прав граждан в сфере охраны здоровья при осуществлении медицинской деятельности;

2.7. обеспечение и оценка применения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи;

2.8. обеспечение и оценка соблюдения порядков проведения медицинских экспертиз, диспансеризации, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований;

2.9. обеспечение и оценка соблюдения медицинскими работниками и руководителями медицинской организации ограничений, налагаемых на указанных лиц при осуществлении ими профессиональной деятельности в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";

2.10. обеспечение и оценка соответствия оказываемой медицинскими работниками медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи, а также рассмотрение причин возникновения несоответствия качества, оказываемой медицинской помощи указанным критериям;

2.11. предупреждение нарушений при оказании медицинской помощи, являющихся результатом:

2.11.1. несоответствия оказанной медицинской помощи состоянию здоровья пациента с учетом степени поражения органов и (или) систем организма либо нарушений их функций, обусловленной заболеванием или состоянием либо их осложнением;

2.11.2. невыполнения, несвоевременного или ненадлежащего выполнения необходимых пациенту профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций;

2.11.3. несоблюдения сроков ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановой форме, включая сроки ожидания оказания медицинской помощи в стационарных условиях, проведения отдельных диагностических обследований и консультаций врачей-специалистов;

2.11.4. принятие мер по пресечению и (или) устранению последствий и причин нарушений, выявленных в рамках государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности, ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности, объемов, сроков и условий оказания медицинской помощи, выявленных в рамках контроля качества медицинской помощи фондами обязательного медицинского страхования и страховыми медицинскими организациями в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании;

2.11.5. принятие управленческих решений по совершенствованию подходов к осуществлению медицинской деятельности.

2.12. выявление дефектов медицинской помощи, установление причин их возникновения и степени их влияния на здоровье конкретных пациентов;

2.13. оценка оптимальности использования кадровых и материально-технических ресурсов организации;

2.14. оценка организационных технологий оказания медицинской помощи;

2.15. изучение удовлетворенности граждан оказанной медицинской помощью.

2. Организация проведения мероприятий, осуществляемых в рамках внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности

Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности проводится во всех подразделениях ГБУЗ АО «ОКСЦ», осуществляющих оказание медицинской помощи.

Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности проводится по медицинской документации («Медицинская карта стоматологического больного», иной медицинской документации, содержащей информацию о медицинской помощи, оказанной в конкретном проверяемом случае).

Все прочие случаи оказания медицинской помощи должны иметь одинаковую возможность быть подвергнутыми проверке.

Отбор случаев для проведения проверки осуществляется с охватом всех подразделений (отделений, должностей медицинских работников) медицинской организации.

В случае необходимости может быть проведена проверка совокупности случаев, отобранных по тематическому признаку.

1. Внутренний контроль включает следующие мероприятия:

1.1. оценку качества и безопасности медицинской деятельности медицинской организации, ее структурных подразделений путем проведения плановых и целевых (внеплановых) проверок;

1.2. сбор статистических данных, характеризующих качество и безопасность медицинской деятельности медицинской организации, и их анализ;

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

1.4. мониторинг наличия лекарственных препаратов и медицинских изделий в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций;

1.5. анализ информации о побочных действиях, нежелательных реакциях, серьезных нежелательных реакциях, непредвиденных нежелательных реакциях при применении лекарственных препаратов, об индивидуальной непереносимости, отсутствии эффективности лекарственных препаратов, а также об иных фактах и обстоятельствах, представляющих угрозу жизни или здоровью человека при применении лекарственных препаратов и выявленных на всех этапах обращения лекарственных препаратов;

1.6. анализ информации обо всех случаях выявления побочных действий, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия, о нежелательных реакциях при его применении, об особенностях взаимодействия медицинских изделий между собой, о фактах и об обстоятельствах, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации медицинских изделий.

2. Плановые проверки проводятся в соответствии с ежегодным планом, утверждаемым руководителем медицинской организации, не реже 1 раза в квартал.

3. Целевые (внеплановые) проверки проводятся:

3.1. при наличии отрицательной динамики статистических данных, характеризующих качество и безопасность медицинской деятельности медицинской организации, в том числе установленной в результате проведения плановой проверки;

3.2. при поступлении обоснованных жалоб граждан по вопросам качества и доступности медицинской помощи, а также жалоб по иным вопросам осуществления медицинской деятельности в медицинской организации, содержащим информацию об угрозе причинения и (или) причинении вреда жизни и здоровью граждан;

3.3. во всех случаях:

3.3.1. летальных исходов;

3.3.2. осложнений, вызванных медицинским вмешательством

3.3.3. случаи, при проверках которых контролирующими органами и организациями (Министерство здравоохранения Астраханской области, Управление Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по Астраханской области и др.) были выявлены дефекты медицинской помощи.

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

5. Проверка по тематически однородной совокупности случаев проводится в отношении определенной совокупности случаев, отобранных по тематическим признакам.

Выбор тематики для проведения проверки осуществляется на основании результатов анализа статистических данных, характеризующих качество и безопасность медицинской деятельности ГБУЗ АО «ОКСЦ», ее структурных подразделений.

6. Анализ случаев оказания медицинской помощи в ходе плановых и целевых (внеплановых) проверок осуществляется для оценки качества и безопасности медицинской деятельности ГБУЗ АО «ОКСЦ» в том числе для оценки характера, частоты и причин возможных нарушений при оказании медицинской помощи пациенту, приведших к ухудшению состояния здоровья пациента, создавшего риск прогрессирования имеющегося заболевания, создавших риск возникновения нового заболевания, приведших к инвалидизации, к летальному исходу, а также к неэффективному использованию ресурсов, неудовлетворенности пациента медицинской помощью.

7. Срок проведения плановых и целевых (внеплановых) проверок устанавливается руководителем медицинской организации либо уполномоченным им заместителем руководителя в зависимости от предмета проверки и особенностей деятельности медицинской организации, но не должен превышать 10 рабочих дней.

8. Плановые и целевые (внеплановые) проверки, осуществляемые в рамках внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, в соответствии с указанными в лицензии на осуществление медицинской деятельности в ГБУЗ АО «ОКСЦ», предусматривают оценку следующих показателей:

8.1. наличие в структурном подразделении ГБУЗ АО «ОКСЦ» нормативных правовых актов (в том числе, изданных федеральными органами государственной власти, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления, приказы ГБУЗ АО «ОКСЦ»), регламентирующих вопросы организации медицинской деятельности, включая:

8.1.1. преемственность оказания медицинской помощи на всех этапах;

8.1.2. оказание медицинской помощи, в том числе в условиях чрезвычайных ситуаций;

8.1.3. маршрутизацию пациентов, включая организацию консультаций, дополнительных методов обследования в иных медицинских организациях;

8.1.4. перевод пациента в другие медицинские организации, включая перечень медицинских показаний и медицинские организации для перевода;

8.2. обеспечение оказания медицинской помощи в структурном подразделении ГБУЗ АО «ОКСЦ» в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций;

8.3. обеспечение взаимодействия с медицинскими организациями, оказывающими скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь, центрами медицины катастроф, в том числе:

8.3.1. передача информации из медицинских организаций, оказывающих скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь, центров медицины катастроф;

8.4. соблюдение безопасных условий при транспортировке пациента (в пределах медицинской организации и (или) переводе в другую медицинскую организацию);

8.5. обеспечение преемственности оказания медицинской помощи на всех этапах (в том числе при переводе пациента, выписке из медицинской организации, передаче дежурства и иных обстоятельствах) с соблюдением требований к ведению медицинской документации;

8.6. обеспечение получения информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи;

8.7. обеспечение своевременного оказания медицинской помощи при обращении пациента, а также на всех этапах ее оказания;

8.8. обеспечение экстренного оповещения и (или) сбора медицинских работников, не находящихся на рабочих местах (при необходимости);

8.9. обеспечение возможности вызова медицинских работников к пациентам, в том числе на дом;

8.10. обеспечение оказания гражданам медицинской помощи в экстренной форме, включая проведение регулярного обучения (тренингов), наличие в медицинской организации лекарственных препаратов и медицинских изделий для оказания медицинской помощи в экстренной форме;

8.11. обеспечение соблюдения врачебной тайны, в том числе конфиденциальности персональных данных, используемых в медицинских информационных системах;

8.12. обеспечение комфортных условий пребывания пациентов в ГБУЗ АО «ОКСЦ», включая организацию мест ожидания для пациентов, законных представителей и членов семей пациентов;

8.13. осуществление мероприятий по организации безопасного применения лекарственных препаратов, в том числе:

8.13.1. обеспечение контроля сроков годности лекарственных препаратов;

8.13.2. обеспечение контроля условий хранения лекарственных препаратов, требующих особых условий хранения;

8.13.3. хранение лекарственных препаратов в специально оборудованных помещениях и (или) зонах для хранения;

8.13.4. соблюдение требований к назначению лекарственных препаратов, а также учет рисков при применении лекарственных препаратов (в том числе аллергологического анамнеза, особенностей взаимодействия и совместимости лекарственных препаратов) с внесением соответствующих сведений в медицинскую документацию);

8.13.5. осуществление контроля качества письменных назначений лекарственных препаратов, в том числе использование унифицированных листов назначения;

8.14. осуществление мероприятий по обеспечению эпидемиологической безопасности, в том числе:

8.14.1. профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи;

8.14.2. организация дезинфекции и стерилизации медицинских изделий;

8.14.3. обеспечение эпидемиологической безопасности среды (включая расчет потребности в дезинфицирующих и антисептических средствах, контроль их наличия в медицинской организации; рациональный выбор дезинфицирующих средств и тактики дезинфекции; обращение с отходами);

8.14.4. соблюдение технологий проведения инвазивных вмешательств;

8.14.5. соблюдение правил гигиены медицинскими работниками, наличие оборудованных мест для мытья и обработки рук;

8.14.6. профилактика инфекций, связанных с осуществлением медицинской деятельности, у медицинских работников (включая использование индивидуальных средств защиты);

8.14.7. рациональное использование антибактериальных лекарственных препаратов для профилактики и лечения заболеваний и (или) состояний;

8.14.8. проведение противоэпидемических мероприятий при возникновении случая инфекции;

8.15. подтверждение соответствия на всех этапах оказания медицинской помощи (включая применение лекарственных препаратов и медицинских изделий) личности пациента его персональным данным, содержащимся в том числе в документах,

удостоверяющих личность (фамилия, имя, отчество (при наличии), пол, возраст), и в медицинской документации;

8.16. осуществление мероприятий по безопасному применению медицинских изделий, в том числе:

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

8.16.2. обучение работников структурных подразделений по применению, эксплуатации медицинских изделий;

8.17. осуществление мероприятий при хирургических вмешательствах (подготовка пациента к оперативному вмешательству, ведение пациента в периоперационном периоде, и послеоперационном периоде, при проведении перевязок) и профилактика рисков, связанных с ними, в том числе на основе клинических рекомендаций;

8.18. осуществление мероприятий по организации безопасной среды для пациентов и работников медицинской организации, в том числе:

8.18.1. создание рациональной планировки структурных подразделений (включая их размещение друг относительно друга, планировку помещений входной группы, планировку внутри структурных подразделений);

8.18.2. проведение мероприятий по снижению риска травматизма и профессиональных заболеваний;

8.18.3. обеспечение защиты от травмирования элементами медицинских изделий;

8.18.4. оснащение оборудованием для оказания медицинской помощи с учетом особых потребностей инвалидов и других групп населения с ограниченными возможностями здоровья;

8.18.5. соблюдение внутреннего распорядка медицинской организации;

8.18.6. обеспечение охраны и безопасности в медицинской организации (включая организацию доступа в медицинскую организацию и ее структурные подразделения, предотвращение и принятие мер в случаях нападения на медицинских работников, угрозах со стороны пациентов или посетителей, в случаях суицида);

8.18.7. соблюдение мероприятий по обеспечению безопасности при угрозе и возникновении чрезвычайных ситуаций;

8.18.8. обеспечение беспрепятственного подъезда транспорта для медицинской эвакуации на территорию медицинской организации;

8.18.9. сбор и анализ информации обо всех случаях нарушения безопасности среды (включая падения пациентов) в медицинской организации;

8.19. организация мероприятий по профилактике неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни структурными подразделениями ГБУЗ АО «ОКСЦ» кабинетом медицинской профилактики, в том числе информирование пациентов о методах профилактики неинфекционных заболеваний, основах здорового образа жизни;

8.20. организация мероприятий по раннему выявлению онкологических заболеваний, в том числе:

8.20.1. создание условий для раннего выявления онкологических заболеваний;

8.20.2. проведение обучения медицинских работников по вопросам раннего выявления онкологических заболеваний;

8.20.3. мониторинг своевременности установления диагноза онкологического заболевания, анализ эффективности деятельности по раннему выявлению онкологических заболеваний;

8.20.4. информирование пациентов по вопросам раннего выявления онкологических заболеваний;

8.21. организация работы регистратуры, включая:

8.21.1. деятельность структурных подразделений регистратуры, в том числе - стойки информации", "фронт-офиса", "картохранилища", контакт-центра, "call-центра";

8.21.2. оформление листков временной нетрудоспособности, их учет и регистрация;

8.21.3. предварительную запись пациентов на прием к врачу;

8.21.4. прием и регистрацию вызовов на дом;

8.21.5. соблюдение порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

8.21.6. систематизацию хранения медицинской документации и ее доставки в кабинеты приема врачей-специалистов;

8.21.7. обеспечение навигационной информации для пациентов с учетом характера расположения помещений;

8.21.8. взаимодействие регистратуры со структурными подразделениями поликлиники, детской поликлиники;

8.21.9. коммуникация работников регистратуры с пациентами, в том числе наличие "речевых модулей" на разные типы взаимодействия, порядка действия в случае жалоб пациентов и конфликтных ситуаций;

8.22. организация управления потоками пациентов, в том числе при первичном обращении:

8.22.1. распределение потоков пациентов, требующих оказания медицинской помощи в плановой, неотложной и экстренной формах;

8.22.2. направление пациентов в другие медицинские организации;

8.22.3. порядок записи и отмены записи пациентов на прием при непосредственном обращении в поликлинику, по телефону, через медицинскую информационную систему;

8.22.4. порядок уведомления пациента об отмене приема по инициативе организации;

8.23. обеспечение функционирования медицинской информационной системы ГБУЗ АО «ОКСЦ», включая информационное взаимодействие с государственными информационными системами в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации и единой государственной информационной системой в сфере здравоохранения, размещение в них сведений в соответствии с законодательством Российской Федерации;

8.23.1 проведение информирования граждан в доступной форме, в том числе с использованием сети "Интернет", об осуществляемой медицинской деятельности и о медицинских работниках ГБУЗ АО «ОКСЦ», об уровне их образования и об их квалификации;

8.24. организация проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации;

8.25. осуществление мероприятий по обеспечению профессиональной подготовки, переподготовки и повышения квалификации медицинских работников в соответствии с трудовым законодательством Российской Федерации;

8.26. обеспечение доступа работников ГБУЗ АО «ОКСЦ» к информации, содержащей клинические рекомендации, порядки оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи, а также осуществление мероприятий по информированию работников ГБУЗ АО «ОКСЦ» об опубликовании новых клинических рекомендаций, порядков оказания медицинской помощи и их пересмотре.

9. Мониторинг наличия лекарственных препаратов и медицинских изделий проводится по решению руководителя медицинской организации, но не реже, чем 1 раз в квартал.

10. Анализ информации, указанной в подпунктах 1.5. и 1.6. пункта 1. раздела 2. настоящего Положения, проводится Комиссией не реже 1 раза в квартал.

3. Права членов Комиссии, участвующих в организации и проведении плановых и целевых (внеплановых) проверок

1. Осуществлять получение, сбор и анализ сведений о деятельности структурных подразделений ГБУЗ АО «ОКСЦ».

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

3. Знакомиться с результатами анкетирования и устных опросов пациентов и (или) их законных представителей, членов семьи пациента, работников медицинской организации, а также результата анализа жалоб и обращений граждан.

4. Иметь доступ в структурные подразделения ГБУЗ АО «ОКСЦ», а также в здания, строения, сооружения, помещения, к используемому оборудованию и транспортным средствам.

5. Организовывать проведение необходимых исследований, экспертиз, анализов и оценок,

6. Вносить руководству предложения по совершенствованию форм и методов работы медицинской организации в области качества и безопасности медицинской деятельности;

7. Принимать участие и вносить предложения по подборе и расстановке кадров;

8. Вносить предложения руководству медицинской организации по повышению квалификации, поощрению и наложению взысканий на работников медицинской организации;

9. Информировать сотрудников соответствующих подразделений о результатах проверок и принятых решениях;

10. Комиссия в своей работе должна обеспечивать объективность при организации и проведении проверок.

4. Обязанности членов Комиссии, участвующих в организации и проведении плановых и целевых (внеплановых) проверок

1. При проведении внутреннего контроля качества медицинской помощи и безопасности медицинской деятельности ответственные за проведение контроля руководствуются: федеральными стандартами медицинской помощи, протоколами ведения больных, другими нормативными правовыми документами, клиническими рекомендациями, формулярными статьями и другими источниками доказательной медицинской практики

2. Ответственные за проведение контроля из числа заместителей главного врача проходят тематическое повышение квалификации по ККМП с установленной периодичностью.

3. Ответственные за проведение контроля несут персональную ответственность за объективность оценки качества оказанной медицинской помощи при проведении ККМП в

соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации и должностными инструкциями.

5. Взаимодействие

Комиссия по внутреннему контролю взаимодействует:

5.1. С главным врачом по вопросам:

- утверждения локальных нормативных документов в области качества;
- утверждения отчетов о результатах внутреннего контроля и планов корректирующих мероприятий;
- принятия управленческих решений в части устранения несоответствий и достижения целевых показателей качества и другим.

5.2. С заместителями главного врача в части обсуждения и согласования:

- кандидатур аудиторов для проведения внутреннего контроля;
- целевых показателей в области качества;
- локальных нормативных документов в области качества;
- результатов внутреннего контроля, выявленных проблем и несоответствий;
- планов корректирующих мероприятий и стратегии развития системы по управлению качеством в медицинской организации;
- деятельности врачебных комиссий и проведения экспертизы качества медпомощи.

5.3. С врачебной комиссией (подкомиссии врачебной комиссии) в части обсуждения и согласования:

- оценки качества, обоснованности и эффективности лечебно-диагностических мероприятий, их соответствия порядкам оказания медицинской помощи, критериям качества медицинской помощи, стандартам медицинской помощи и клиническим рекомендациям;
- отчетов о проведении проверок медицинской организации;
- сводных отчетов о результатах проведения внутреннего контроля в медицинской организации;
- плана корректирующих мероприятий по совершенствованию качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации;
- формирования системы оценки деятельности медицинских работников.

5.4. С руководителями подразделений по вопросам проведения мониторинга качества и безопасности медицинской деятельности в подразделениях.

6. Оформление результатов проведения мероприятий внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности

1. Порядок регистрации и анализа результатов внутреннего контроля:

1.1. на каждый случай экспертной оценки заполняется «Карта экспертной оценки качества медицинской помощи». В результате их статистической обработки рассчитываются показатели качества (коэффициенты качества), характеризующие качество и эффективность медицинской помощи;

1.2. результаты проверки каждого случая оказания медицинской помощи регистрируются в журналах контроля качества медицинской помощи или экспертной карте качества медицинской помощи, которые ведутся ответственным лицом за проведение контроля;

1.3. учет результатов проведенного внутреннего контроля качества медицинской помощи и безопасности медицинской деятельности осуществляется в ГБУЗ АО «ОКСЦ» в форме ежеквартальных отчетов по форме и анализа качества медицинской помощи в целом по итогам прошедшего года;

1.4. журналы результатов проведенного внутреннего контроля качества медицинской помощи и безопасности медицинской деятельности или экспертные карты качества медицинской помощи, хранятся в ГБУЗ АО «ОКСЦ» 3 года;

1.5. в случаях, требующих проведения детальной экспертной оценки и анализа (например, в случаях летальных исходов, ятрогенных осложнений, жалоб пациентов и других), результаты проведенного внутреннего контроля качества медицинской помощи и безопасности медицинской деятельности оформляются отдельным Актом.

2. Анализ проведенного ККМП должен содержать следующие сведения:

2.1. отчетный период;

2.2. объемы проведенного ККМП:

2.2.1. количество проведенных экспертиз;

2.2.2. Для учёта и анализа результатов контроля и передачи информации в Министерство здравоохранения Астраханской Области используется следующая форма:

**Динамика показателя качества медицинской помощи
по результатам внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности
за период _____**

Профили индикаторов	Баллы		
	аналогичный период предшествующего года	отчетный период	Динамика (+/-)
А – качество ведения медицинской документации			
В - диагностические мероприятия			
С - назначение лекарственных препаратов с учетом инструкции по применению			
Д - постановка диагноза			
Е-осуществление динамического наблюдения в установленном порядке			
Н - проведение диспансеризации в установленном порядке			
Р - преемственность			
Н - экспертиза нетрудоспособности			
О - интегрированная оценка качества оказания медицинской помощи			
Выявленные дефекты (указать какие) в процентах			

По профилям индикаторов основными остаются А, В, С, Д, Е, Н, Р, О.

2.2.3. По результатам экспертизы случая оказания медицинской помощи ответственные за проведение контроля в журналах контроля качества по каждой составляющей случая оказания медицинской помощи определяют коэффициент качества медицинской помощи (ККМП);

КМП = сумма баллов по каждому критерию(А-Н), деленная на 8

затем выносят итоговое заключение о качестве медицинской помощи на основании итогового коэффициента качества:

Заключение	Коэффициент
качественно оказанная медицинская помощь	ККМП > 0,91
качественно оказанная медицинская помощь, сопровождавшаяся единичными дефектами медицинской помощи, которые не привели и не могли привести к ухудшению состояния здоровья пациента	ККМП 0,75 - 0,9
некачественно оказанная медицинская помощь	ККМП < 0,75

2.2.4. ответственные лица предоставляют отчет по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности ежеквартально, с нарастающим итогом, не позднее 10 числа месяца, следующего за отчетным периодом, заместителю главного врача по КЭР по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности;

2.3. по результатам плановых и целевых (внеплановых) проверок Комиссией составляется отчет, включающий, в том числе, выработку мероприятий по устранению выявленных нарушений и улучшению деятельности медицинской организации и медицинских работников;

2.4. по итогам проведенных мероприятий внутреннего контроля осуществляются:

2.4.1. разработка предложений по устранению и предупреждению нарушений в процессе диагностики и лечения пациентов и их реализация;

2.4.2. анализ результатов внутреннего контроля в целях их использования для совершенствования подходов к осуществлению медицинской деятельности;

2.4.3. обеспечение реализации мер, принятых по итогам внутреннего контроля, проведение:

- организационных мероприятий - проведение совещаний, конференций, инструктажей, издание приказов, инструкций, регламентов, совершенствование организационных технологий оказания медицинской помощи и другие;

- образовательных мероприятий - проведение клинических разборов, патологоанатомических конференций, направление медицинских работников на повышение квалификации (в том числе внеплановое), научно-практические конференции, обеспечение медицинских работников современной медицинской литературой (в том числе через Интернет) и другие;

- дисциплинарных мероприятий - принятие дисциплинарных взысканий в соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации и должностными инструкциями работников;

- экономических мероприятий - использование показателей качества и эффективности медицинской помощи для дифференцированной оплаты труда медицинских работников;

- мероприятий по совершенствованию материально-технической базы, информатизации медицинской организации;

- мероприятий по совершенствованию укомплектованности медицинской организации медицинскими работниками;

2.4.4. формирование системы оценки деятельности медицинских работников;

2.5. Комиссией не реже 1 раза в полугодие, а также по итогам года формируется сводный отчет, содержащий информацию о состоянии качества и безопасности

медицинской деятельности в медицинской организации, на основании которого, руководителем медицинской организации, при необходимости, утверждается перечень корректирующих мер, выносится итоговое заключение о качестве медицинской помощи на основании коэффициентов качества:

2.5.1. качественно оказанная медицинская помощь;

2.5.2. качественно оказанная медицинская помощь, сопровождавшаяся единичными дефектами медицинской помощи, которые не привели и не могли привести к ухудшению состояния здоровья пациента или его смерти;

2.5.3. некачественно оказанная медицинская помощь.

2.6. информация, указанная в подпунктах 2.4. и 2.5. пункта 2. Раздела 5. настоящего Положения, доводится до сведения сотрудников медицинской организации путем проведения совещаний, конференций, в том числе клинко-анатомических, клинических разборов и иных организационных мероприятий.

Приложение № 2
к приказу ГБУЗ АО «ОКСЦ»
от 18.02.2026г. № 112

[illegible]

Примечание:

в графе 13 проставляется итоговый коэффициент качества (сумма коэффициентов граф 5-12 деленная на 8) и дается итоговая оценка качества медицинской помощи с учётом выявленных дефектов:

- качественно оказанная медицинская помощь - итоговый коэффициент качества более 0.91;
- качественно оказанная медицинская помощь, сопровождающаяся единичными дефектами медицинской помощи, которые не привели к ухудшению состояния здоровья - итоговый коэффициент качества от 0.75 до 0.9;
- некачественно оказанная медицинская помощь - итоговый коэффициент качества менее 0,75.

Приложение № 3
к приказу ГБУЗ АО «ОКСЦ»
от 18.02.2026г. № 112

**Критерии качества по условиям оказания медицинской помощи
ГБУЗ АО «Областной клинический стоматологический центр»**

Критерии оценки	Оценка (балы) Заведующий отделени ем	Оценка (балы) Замести- тель главного врача
А – ведение медицинской документации		
А01 – форма медицинской документации (медицинская карта стоматологического больного)		
- утвержденная	1,0	1,0
- неутвержденная	0	0
А02 – заполнение всех разделов, предусмотренных амбулаторной картой		
- четкое	1,0	1,0

- нечеткое, небрежное	0,25	0,25
- отсутствует	0	0
A03 – наличие информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство		
- имеется	1,0	1,0
- отсутствует	0	0
A04 – объем описания состояния больного при осмотре		
- в полном объеме	1,0	1,0
- недостаточный, не в полном объеме	0,25	0,25
- описание состояния больного отсутствует	0	0
В – диагностические мероприятия		
B01 – сбор жалоб больного		
- достаточный	1,0	1,0
- достаточный с незначительными замечаниями	0,5	0,5
- описание состояния больного отсутствует	0	0
B02 – полнота анамнеза заболевания		
- анамнез собран в полном объеме	1,0	1,0
- анамнез собран не в полном объеме (с незначительными замечаниями)	0,5	0,5
- сбор анамнеза отсутствует	0	0
B03 – описание объективного статуса и его соответствие жалобам и анамнезу		
- описан в полном объеме и соответствует жалобам и анамнезу	1,0	1,0
- описан в не полном объеме и соответствует жалобам и анамнезу	0,5	0,5
- отсутствует	0	0
B04 – своевременность плана обследования и лечения больного		
- имеется, составлен своевременно (замечаний нет)	1,0	1,0
- имеется (составлен с незначительной задержкой, не повлиявшей на течение и исход заболевания)	0,5	0,5
- составлен несвоевременно, с большой задержкой	0	0
B05 – своевременность и объем проведения диагностических мероприятий		
- своевременно и в полном объеме	1,0	1,0

- своевременно, но не в полном объеме	0,5	0,5
- показаны, но не проведены	0	0
В06в – оценка результатов рентгенографических методов исследования		
- интерпретированы правильно, полностью	1,0	1,0
- интерпретированы правильно, частично	0,75	0,75
- не интерпретированы	0	0
С – Назначение лекарственных препаратов с учетом инструкций по применению		
С01 – комбинации лекарственных средств, используемых при лечении		
- рациональны, замечаний нет	1,0	1,0
- рациональны, с незначительными замечаниями	0,5	0,5
- не рациональны	0	0
С02 – дозировка лекарственных препаратов в листах назначения		
- отражена полностью	1,0	1,0
- отражена с ошибками	0,5	0,5
- не отражена	0	0
Д – Постановка диагноза		
- выставлен, соответствует результатам клинического исследования	1,0	1,0
- выставлен, но не соответствует результатам клинических исследований	0,25	0,25
не выставлен	0	0
Н– Проведение диспансеризации в установленном порядке		
- проводится регулярно и в полном объеме	1,0	1,0
- проводится регулярно, но не в полном объеме	0,5	0,5
- не проводится	0	0
Е – Осуществление динамического наблюдения в установленном порядке		
- проводится регулярно и в полном объеме	1	1
- проводится регулярно, но не в полном объеме	0,5	0,5
- не проводится	0	0
- соответствуют стандартам	1,0	1,0
- соответствуют стандартам не в полном объеме	0,5	0,5

- не соответствуют стандартам	0	0
- предоставление больного на совместный осмотр с заведующим отделением		
- проведен своевременно	1,0	1,0
- проведен, но не своевременно	0,5	0,5
- не проведен	0	0
Р – Приемственность		
Р01 – в случае необходимости направление больного на стационарное лечение либо в специализированное лечебное учреждение		
-своевременно и обоснованно	1,0	1,0
-не своевременно и/или не обоснованно	0,25	0,25
-не произведен	0	0
Н – экспертиза нетрудоспособности		
Н01 – оформление и своевременность направления на ВК		
- не показано	-	-
- оформлено правильно и своевременно	1,0	1,0
- оформлено правильно, но не своевременно	0,5	0,5
- оформлено не правильно и не своевременно	0	0
- направления на ВК не проводилось, но было показано	0	0
Н02 - обоснованность выписки листа нетрудоспособности		
- обоснован	1,0	1,0
- не обоснован	0	0
Н03 - соответствие сроков нахождения на листе нетрудоспособности стандартам, принятым по данному заболеванию		
- соответствуют стандартам	1,0	1,0
- превышают стандарты (грамотно обосновано)	1,0	1,0
- превышают стандарты (без обоснования)	0,25	0,25
- меньше принятых стандартов (грамотно обосновано)	1,0	1,0
- меньше принятых стандартов (без обоснования)	0,25	0,25
Н04 - правильность оформления листа нетрудоспособности		
- правильное	1,0	1,0
- не правильное	0	0

Заключение: _____

Предложения: _____

Подпись эксперта _____

Приложение № 4
к приказу ГБУЗ АО «ОКСЦ»
от 18.02.2026г. № 112

Экспертная карта
качества медицинской помощи в амбулаторных условиях в ГБУЗ АО «ОКСЦ»
Фамилия, Имя. Отчество больного _____
Медицинская карта _____
Фамилия, Имя. Отчество врача _____
отделение: терапия, ортопедия, хирургия, ортодонтия (подчеркнуть)

Критерии оценки	Оценка (баллы)
А – ведение медицинской документации	
A01 – форма медицинской документации (медицинская карта стоматологического больного)	
- утвержденная	1,0
- неутвержденная	0
A02 – заполнение всех разделов, предусмотренных амбулаторной картой	
- четкое	1,0
- нечеткое, небрежное	0,25
- отсутствует	0
A03 – наличие информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство	
- имеется	1,0

- отсутствует	0
A04 – объем описания состояния больного при осмотре	
- в полном объеме	1,0
- недостаточный, не в полном объеме	0,25
- описание состояния больного отсутствует	0
В – диагностические мероприятия	
B01 – сбор жалоб больного	
- достаточный	1,0
- достаточный с незначительными замечаниями	0,5
- описание состояния больного отсутствует	0
B02 – полнота анамнеза заболевания	
- анамнез собран в полном объеме	1,0
- анамнез собран не в полном объеме (с незначительными замечаниями)	0,5
- сбор анамнеза отсутствует	0
B03 – описание объективного статуса и его соответствие жалобам и анамнезу	
- описан в полном объеме и соответствует жалобам и анамнезу	1,0
- описан в не полном объеме и соответствует жалобам и анамнезу	0,5
- отсутствует	0
B04 – своевременность плана обследования и лечения больного	
- имеется, составлен своевременно (замечаний нет)	1,0
- имеется (составлен с незначительной задержкой, не повлиявшей на течение и исход заболевания)	0,5
- составлен несвоевременно, с большой задержкой	0
B05 – своевременность и объем проведения диагностических мероприятий	
- своевременно и в полном объеме	1,0
- своевременно, но не в полном объеме	0,5
- показаны, но не проведены	0
B06в – оценка результатов рентгенографических методов исследования	
- интерпретированы правильно, полностью	1,0
- интерпретированы правильно, частично	0,75
- не интерпретированы	0
С – Назначение лекарственных препаратов с учетом инструкций по применению	

С01 – комбинации лекарственных средств, используемых при лечении	
- рациональны, замечаний нет	1,0
- рациональны, с незначительными замечаниями	0,5
- не рациональны	0
С02 – дозировка лекарственных препаратов в листах назначения	
- отражена полностью	1,0
- отражена с ошибками	0,5
- не отражена	0
D – Постановка диагноза	
- выставлен, соответствует результатам клинического исследования	1,0
- выставлен, но не соответствует результатам клинических исследований	0,25
не выставлен	0
Н – Проведение диспансеризации в установленном порядке	
- проводится регулярно и в полном объеме	1,0
- проводится регулярно, но не в полном объеме	0,5
- не проводится	0
Е – Осуществление динамического наблюдения в установленном порядке	
- проводится регулярно и в полном объеме	1
- проводится регулярно, но не в полном объеме	0,5
- не проводится	0
- соответствуют стандартам	1,0
- соответствуют стандартам не в полном объеме	0,5
- не соответствуют стандартам	0
- предоставление больного на совместный осмотр с заведующим отделением	
- проведен своевременно	1,0
- проведен, но не своевременно	0,5
- не проведен	0
Итого Е:	
Р – Преемственность	
Р01 – в случае необходимости направление больного на стационарное лечение либо в специализированное лечебное учреждение	
-своевременно и обоснованно	1,0
-не своевременно и/или не обоснованно	0,25

-не произведен	0
N – экспертиза нетрудоспособности	
N01 – оформление и своевременность направления на ВК	
- не показано	-
- оформлено правильно и своевременно	1,0
- оформлено правильно, но не своевременно	0,5
- оформлено не правильно и не своевременно	0
- направления на ВК не проводилось, но было показано	0
Итого N01:	
N02 - обоснованность выписки листа нетрудоспособности	
- обоснован	1,0
- не обоснован	0
N03- соответствие сроков нахождения на листе нетрудоспособности стандартам, принятым по данному заболеванию	
- соответствуют стандартам	1,0
- превышают стандарты (грамотно обосновано)	1,0
- превышают стандарты (без обоснования)	0,25
- меньше принятых стандартов (грамотно обосновано)	1,0
- меньше принятых стандартов (без обоснования)	0,25
N04- правильность оформления листа нетрудоспособности	
- правильное	1,0
- не правильное	0

О - интегрированная оценка качества оказания медицинской помощи _____

Заключение: _____

Предложения: _____

Подпись эксперта _____

« ____ » _____ 20 ____ г.

Состав комиссии по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ АО "Областной клинический стоматологический центр"

Супрун В.П. – заместитель главного врача по медицинской части, председатель Комиссии;
Лыгина Ю.Е. - заместитель главного врача по КЭР, заместитель председателя Комиссии;
Михайлова Е.М. – врач – методист, секретарь Комиссии.

Члены комиссии:

- Дерябин А.В., заведующий организационно-методического отдела;
- Меналиев И.М., начальник хозяйственной части;
- Гурина Е.М., начальник отдела кадров;
- заведующие: Сайфулина И.Г., Абраамян М.Р., Киселева Н.А., Демичева О.Г., Шабаетов Ш.А., Ерицян А.М., Мухамбетова Д.Р., Шамсутдинов И.М., Бурова Ю.В., Аширов З.Ф.;
- Стругов И.А. – начальник отдела информационной безопасности;
- Зайцева Е.Ф., специалист по охране труда;
- Куликова И.С., клинический фармаколог;
- Шахсуварова А.Ф., врач-эпидемиолог;
- Ахмедова Р.Н. –главная медсестра.

План проведения плановых проверок Комиссией по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности ГБУЗ АО «ОКСЦ» на 2026г.

Место проведения	Предмет проверки	Дата проверки	Отметка проведения
ГБУЗ АО «ОКСЦ»	1.Обеспечение эпидемиологической безопасности: профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи; качество проведения дезинфекции и стерилизации медицинских изделий, контроль разведения растворов, контроль качества проведения стерилизации, правильность оформления документации по медицинским отходам, по стерилизации и предстерилизационной обработке ИМН, ведения учета горения ламп бактерицидных установок, качество проведения текущих и генеральных уборок, ведение журналов уборок. Разработка плана и проведения программы производственного контроля на текущий год Наличие СОПов на рабочих местах; проверка знаний сотрудников по работе с медицинскими отходами, по обработке рук персонала, по дезинфекции и стерилизации, контроля качества ПСО ИМН, инфекционной безопасности и др., знание персонала на соблюдение технологий проведения инвазивных вмешательств; обеспечение условий оказания медицинской помощи пациентам, требующим изоляции (с инфекциями, передающимися воздушно-капельным путем, особо опасными инфекциями), в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, санитарно-гигиеническими требованиями; проверка знаний на соблюдение правил гигиены медицинскими работниками, наличие оборудованных мест для мытья и обработки рук; профилактика инфекций, связанных с осуществлением медицинской деятельности, у медицинских работников (включая использование индивидуальных средств защиты), проверка наличия достаточного количества СИЗ, моюще-дезинфицирующих средств на рабочих местах сотрудников. Наличие инструкций по дезинфицирующим и моющим средствам, алгоритмам действий персонала при аварийных ситуациях, по обработке рук, инструкций по обработке оборудования и	1-й квартал 2026г. Врач эпидемиолог	

	содержание их чистоте в Центре. Контроль разведения дезинфицирующих средств, проведение лекций по актуальным инфекционным заболеваниям, санитарно-просветительская работа с сотрудниками по профилактике парентеральных инфекций, острых респираторных инфекций, по иммунизации сотрудников, согласно национального календаря. Аудит по обращению с медицинскими отходами, качество и наличие маркировки на пакетах и емкостях, шкафах и помещений.		
Стоматологическая поликлиника №2 ГБУЗ АО «ОКСЦ»	2. Организация мероприятий по раннему выявлению онкологических заболеваний, в том числе: создание условий для раннего выявления онкологических заболеваний; проведение обучения медицинских работников по вопросам раннего выявления онкологических заболеваний; мониторинг своевременности установления диагноза онкологического заболевания, анализ эффективности деятельности по раннему выявлению, лечению онкологических заболеваний, диспансерному наблюдению за пациентами с онкологическими заболеваниями; информирование пациентов по вопросам раннего выявления онкологических заболеваний и диспансерного наблюдения; Обеспечение и оценка соблюдения порядков проведения диспансеризации.	1-й квартал 2026г. Заведующий структурным подразделением	
Стоматологическая поликлиника №4 ГБУЗ АО «ОКСЦ»	3. Обеспечение оказания медицинской помощи и оценка применения порядков оказания медпомощи на основе клинических рекомендаций.	1-й квартал 2026г. Заведующий структурным подразделением	
Стоматологическая поликлиника №1 ГБУЗ АО «ОКСЦ»	4. Мониторинг алгоритма подготовки физиотерапевтического кабинета к началу рабочей смены.	1-й квартал 2026г. Врач физиотерапевт	
Стоматологическая поликлиника №1 ГБУЗ АО «ОКСЦ»	5. Мониторинг наличия лекарственных препаратов и медицинских изделий.	1-й квартал 2026г. Старшая м/с	
ГБУЗ АО «ОКСЦ»	6. Импортозамещение в сфере информационной безопасности.	1-й квартал 2026г. Программисты	

Детская стоматологическа я поликлиника ГБУЗ АО «ОКСЦ»	7.Мониторинг наличия лекарственных препаратов и медицинских изделий.	1-й квартал 2026г. Старшая м/с	
ГБУЗ АО «ОКСЦ»	8. Рациональное назначение антигистаминных лекарственных средств. Анализ информации по НПР.	1-й квартал 2026г. Клинический фармаколог	
ГБУЗ АО «ОКСЦ»	1. Обеспечение эпидемиологической безопасности: профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи; качество проведения дезинфекции и стерилизации медицинских изделий, контроль разведения растворов, контроль качества проведения стерилизации, правильность оформления документации по медицинским отходам, по стерилизации и предстерилизационной обработке ИМН, ведения учета горения ламп бактерицидных установок, качество проведения текущих и генеральных уборок, ведение журналов уборок. Разработка плана и проведения программы производственного контроля на текущий год Наличие СОПов на рабочих местах; проверка знаний сотрудников по работе с медицинскими отходами, по обработке рук персонала, по дезинфекции и стерилизации, контроля качества ПСО ИМН, инфекционной безопасности и др., знание персонала на соблюдение технологий проведения инвазивных вмешательств; обеспечение условий оказания медицинской помощи пациентам, требующим изоляции (с инфекциями, передающимися воздушно-капельным путем, особо опасными инфекциями), в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, санитарно-гигиеническими требованиями; проверка знаний на соблюдение правил гигиены медицинскими работниками, наличие оборудованных мест для мытья и обработки рук; профилактика инфекций, связанных с осуществлением медицинской деятельности, у медицинских работников (включая использование индивидуальных средств защиты), проверка наличия достаточного количества СИЗ, моюще-дезинфицирующих средств на рабочих местах сотрудников. Наличие инструкций по	2-й квартал 2026г. Врач эпидемиолог	

	дезинфицирующим и моющим средствам, алгоритмам действий персонала при аварийных ситуациях, по обработке рук, инструкций по обработке оборудования и содержание их чистоте в Центре. Контроль разведения дезинфицирующих средств, проведение лекций по актуальным инфекционным заболеваниям, санитарно-просветительская работа с сотрудниками по профилактике парентеральных инфекций, острых респираторных инфекций, по иммунизации сотрудников, согласно национального календаря. Аудит по обращению с медицинскими отходами, качество и наличие маркировки на пакетах и емкостях, шкафах и помещений.		
Стоматологическая поликлиника №2 ГБУЗ АО	2.Обеспечение оказания гражданам медицинской помощи в кабинете неотложной стоматологической помощи, наличие в кабинете лекарственных препаратов и медицинских изделий для оказания медицинской помощи в неотложной и экстренной форме.	2-й квартал 2026г. Заведующий структурным подразделением	
ГБУЗ АО «ОКСЦ»	3.Радиационная безопасность при проведении рентген исследования у пациента.	2-й квартал 2026г. Врач рентгенолог	
Стоматологическая поликлиника №4 ГБУЗ АО «ОКСЦ»	4.Сбор и анализ статистических данных, характеризующих качество и безопасность медицинской деятельности медицинской организации.	2-й квартал 2026г. Заведующий структурным подразделением	
Стоматологическая поликлиника №5 ГБУЗ АО «ОКСЦ»	5.Обеспечение оказания медицинской помощи и оценка применения порядков оказания медпомощи на основе клинических рекомендаций.	2-й квартал 2026г. Заведующий структурным подразделением	
Стоматологическая поликлиника №1 ГБУЗ АО «ОКСЦ»	6. Обеспечение и оценка соблюдения медработниками ограничений, налагаемых на них при осуществлении профессиональной деятельности в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».	2-й квартал 2026г. Заведующий структурным подразделением	
Стоматологическая поликлиника №2 ГБУЗ АО	7. Мониторинг наличия лекарственных препаратов и медицинских изделий.	2-й квартал 2026г.	

«ОКСЦ»		Главная м/с	
Стоматологическая поликлиника №1 ГБУЗ АО «ОКСЦ»	8. Организация мероприятий по раннему выявлению онкологических заболеваний, в том числе: создание условий для раннего выявления онкологических заболеваний; проведение обучения медицинских работников по вопросам раннего выявления онкологических заболеваний; мониторинг своевременности установления диагноза онкологического заболевания, анализ эффективности деятельности по раннему выявлению, лечению онкологических заболеваний, диспансерному наблюдению за пациентами с онкологическими заболеваниями; информирование пациентов по вопросам раннего выявления онкологических заболеваний и диспансерного наблюдения; Обеспечение и оценка соблюдения порядков проведения диспансеризации.	2-й квартал 2026г. Заведующий структурным подразделением	
Детская стоматологическая поликлиника ГБУЗ АО «ОКСЦ»	9. Организация работы регистратуры.	2-й квартал 2026г. Заведующий структурным подразделением	
ГБУЗ АО «ОКСЦ»	10. Обеспечение инфраструктуры информационной безопасности.	2-й квартал 2026г. Программисты	
ГБУЗ АО «ОКСЦ»	11. Рациональное назначение антимикробной терапии. Анализ информации по НПР.	2-й квартал 2026г. Клинический фармаколог	
ГБУЗ АО «ОКСЦ»	1. Обеспечение эпидемиологической безопасности: профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи; качество проведения дезинфекции и стерилизации медицинских изделий, контроль разведения растворов, контроль качества проведения стерилизации, правильность оформления документации по медицинским отходам, по стерилизации и предстерилизационной обработке ИМН, ведения учета горения ламп бактерицидных установок, качество проведения текущих и генеральных уборок, ведение журналов уборок. Разработка плана и проведения программы производственного контроля на текущий год Наличие СОПов на рабочих местах; проверка знаний сотрудников по работе с медицинскими отходами, по обработке рук персонала, по дезинфекции и стерилизации, контроля качества ПСО ИМН, инфекционной безопасности и др., знание персонала на соблюдение	3-й квартал 2026г. Врач эпидемиолог	

	технологий проведения инвазивных вмешательств; обеспечение условий оказания медицинской помощи пациентам, требующим изоляции (с инфекциями, передающимися воздушно-капельным путем, особо опасными инфекциями), в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, санитарно-гигиеническими требованиями; проверка знаний на соблюдение правил гигиены медицинскими работниками, наличие оборудованных мест для мытья и обработки рук; профилактика инфекций, связанных с осуществлением медицинской деятельности, у медицинских работников (включая использование индивидуальных средств защиты), проверка наличия достаточного количества СИЗ, моюще-дезинфицирующих средств на рабочих местах сотрудников. Наличие инструкций по дезинфицирующим и моющим средствам, алгоритмам действий персонала при аварийных ситуациях, по обработке рук, инструкций по обработке оборудования и содержание их чистоте в Центре. Контроль разведения дезинфицирующих средств, проведение лекций по актуальным инфекционным заболеваниям, санитарно-просветительская работа с сотрудниками по профилактике парентеральных инфекций, острых респираторных инфекций, по иммунизации сотрудников, согласно национального календаря. Аудит по обращению с медицинскими отходами, качество и наличие маркировки на пакетах и емкостях, шкафах и помещений.		
ГБУЗ АО «ОКСЦ»	2. Обновление технических средств в сфере ИТ	3-й квартал 2026г. Программисты	
Стоматологическая поликлиника №4 ГБУЗ АО «ОКСЦ»	3.Предупреждение нарушений при оказании медпомощи, являющихся результатом несоблюдения сроков ожидания медпомощи, оказываемой в плановой форме, проведения отдельных диагностических обследований и консультаций врачей-специалистов.	3-й квартал 2026г. Заведующий структурным подразделением	
Детская стоматологическая поликлиника ГБУЗ АО «ОКСЦ»	4.Обеспечение оказания медицинской помощи и оценка применения порядков оказания медпомощи на основе клинических рекомендаций.	3-й квартал 2026г. Заведующий структурным подразделением	

Стоматологическая поликлиника № 5 ГБУЗ АО «ОКСЦ»	5. Организация мероприятий по раннему выявлению онкологических заболеваний, в том числе: создание условий для раннего выявления онкологических заболеваний; проведение обучения медицинских работников по вопросам раннего выявления онкологических заболеваний; мониторинг своевременности установления диагноза онкологического заболевания, анализ эффективности деятельности по раннему выявлению, лечению онкологических заболеваний, диспансерному наблюдению за пациентами с онкологическими заболеваниями; информирование пациентов по вопросам раннего выявления онкологических заболеваний и диспансерного наблюдения; Обеспечение и оценка соблюдения порядков проведения диспансеризации.	3-й квартал 2026г. Заведующий структурным подразделением	
Стоматологическая поликлиника №3 ГБУЗ АО «ОКСЦ»	6. Обеспечение и оценка соблюдения медработниками ограничений, налагаемых на них при осуществлении профессиональной деятельности в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».	3-й квартал 2026г. Заведующий структурным подразделением	
Стоматологическая поликлиника №3 ГБУЗ АО «ОКСЦ»	7. Мониторинг наличия лекарственных препаратов и медицинских изделий.	3-й квартал 2026г. Старшая м/с	
Стоматологическая поликлиника №4 ГБУЗ АО «ОКСЦ»	8. Мониторинг наличия лекарственных препаратов и медицинских изделий.	3-й квартал 2026г. Старшая м/с	

ГБУЗ АО «ОКСЦ»	9. Мероприятия по снижению риска травматизма и профессиональных заболеваний работников.	3-й квартал 2026г. ОТ	
ГБУЗ АО «ОКСЦ»	10.Вопросы гигиенического воспитания и методики пропаганды здорового образа жизни.	3-й квартал 2026г.	
ГБУЗ АО «ОКСЦ»	11..Соответствие назначения лекарственных препаратов Приказу №1094 н от 24.11.2021г. Анализ информации по НПР.	3-й квартал 2026г. Клинический фармаколог	
ГБУЗ АО «ОКСЦ»	1.Обеспечение эпидемиологической безопасности: профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи; качество проведения дезинфекции и стерилизации медицинских изделий, контроль разведения растворов, контроль качества проведения стерилизации, правильность оформления документации по медицинским отходам, по стерилизации и предстерилизационной обработке ИМН, ведения учета горения ламп бактерицидных установок, качество проведения текущих и генеральных уборок, ведение журналов уборок. Разработка плана и проведения программы производственного контроля на текущий год Наличие СОПов на рабочих местах; проверка знаний сотрудников по работе с медицинскими отходами, по обработке рук персонала, по дезинфекции и стерилизации, контроля качества ПСО ИМН, инфекционной безопасности и др., знание персонала на соблюдение технологий проведения инвазивных вмешательств; обеспечение условий оказания медицинской помощи пациентам, требующим изоляции (с инфекциями, передающимися воздушно-капельным путем, особо опасными инфекциями), в	4-й квартал 2026г. Врач эпидемиолог	

	соответствии с порядками оказания медицинской помощи, санитарно-гигиеническими требованиями; проверка знаний на соблюдение правил гигиены медицинскими работниками, наличие оборудованных мест для мытья и обработки рук; профилактика инфекций, связанных с осуществлением медицинской деятельности, у медицинских работников (включая использование индивидуальных средств защиты), проверка наличия достаточного количества СИЗ, моюще-дезинфицирующих средств на рабочих местах сотрудников. Наличие инструкций по дезинфицирующим и моющим средствам, алгоритмам действий персонала при аварийных ситуациях, по обработке рук, инструкций по обработке оборудования и содержание их чистоте в Центре. Контроль разведения дезинфицирующих средств, проведение лекций по актуальным инфекционным заболеваниям, санитарно-просветительская работа с сотрудниками по профилактике парентеральных инфекций, острых респираторных инфекций, по иммунизации сотрудников, согласно национального календаря. Аудит по обращению с медицинскими отходами, качество и наличие маркировки на пакетах и емкостях, шкафах и помещений.		
ГБУЗ АО «ОКСЦ»	2. Оформление медицинской документации при проведении рентгенологических исследований у пациента.	4-й квартал 2026г. Врач рентгенолог	
Стоматологическая поликлиника №1 ГБУЗ АО «ОКСЦ»	3. Мониторинг соблюдения техники безопасности при проведении процедур лазеротерапии средним медицинским персоналом в физиотерапевтическом кабинете.	4-й квартал 2026г. Врач физиотерапевт	
ГБУЗ АО «ОКСЦ»	4. Мероприятия по обеспечению профессиональной подготовки, переподготовки и повышения квалификации медицинских работников в соответствии с трудовым законодательством Российской Федерации.	4-й квартал 2026г. ОК	
Стоматологическая поликлиника №5 ГБУЗ АО «ОКСЦ»	5 Обеспечение оказания медицинской помощи и оценка применения порядков оказания медпомощи на основе клинических рекомендаций.	4-й квартал 2026г. Заведующий структурным	

		подразделением	
Детская стоматологическа я поликлиника ГБУЗ АО «ОКСЦ»	6. Сбор и анализ статистических данных, характеризующих качество и безопасность медицинской деятельности медицинской организации.	4-й квартал 2026г. Заведующий структурным подразделением	
Стоматологическа я поликлиника №5 ГБУЗ АО «ОКСЦ»	7. Мониторинг наличия лекарственных препаратов и медицинских изделий.	4-й квартал 2026г. Старшая м/с	
ГБУЗ АО «ОКСЦ»	8. Обоснованное и безопасное назначение нестероидных противовоспалительных лекарственных средств. Анализ информации по НПР.	4-й квартал 2026г Клинический фармаколог	