

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ  
ОБЛАСТИ**

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения  
Свердловской области

**«Ачитская центральная районная больница»**

**ПРИКАЗ**

09.01.2018

п. г. т. Ачит

№ 5

***«О порядке внутреннего контроля качества  
и безопасности медицинской деятельности на 2018 год»***

В соответствии с Федеральным законом от 22 ноября 2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказом МЗ РФ от 21.05.2002 года №154 «О введении формы учета клинико-экспертной работы в ЛПУ», приказом МЗ и СР РФ от 05 мая 2012 года № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации», приказом Министерства здравоохранения РФ от 7 июля 2015г. № 422ан «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи», приказом МЗ РФ от 02.12.2013г. №886н «О внесении изменений в Порядок создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5 мая 2012 г. N 502н, и в Порядок назначения и выписывания лекарственных препаратов, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. N 1175н», приказом Министерства здравоохранения Свердловской области от «22» мая 2012 г. № 560-П «Об организации ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности в Свердловской области», методических рекомендаций №2002/92 «Управление качеством медицинской помощи в многопрофильных ЛПУ»

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить:

1.1. «Положение о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ СО «Ачитская ЦРБ» (приложение №1).

1.2. Форму «Журнал учёта объёмов и результатов оценки качества медицинской помощи заведующего отделением» (приложение №2).

1.3. Инструкция по ведению журнала контроля качества медицинской помощи (приложение №3)

- 1.4. Типовой протокол заседания врачебной комиссии (приложение №4).
- 1.5. Отчётная форма «Результаты внутреннего контроля качества оказания медицинской помощи (приложение №5).
- 1.6. Утвердить форму «Карты экспертной оценки качества медицинской помощи» (приложения 6,7,8).

2. Заведующим отделениями стационара: заведующему хирургическим отделением Оноприенко И.П., заведующему РАО Миняеву Д.Ф., заведующему терапевтическим отделением Ватолину О.С., заведующей педиатрическим отделением Громовой А.Л., заведующей гинекологическим отделением Затравкиной М.В., заведующей отделением паллиативной помощи Валиева Ж.Ф.:

- 2.1. Организовать внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности в отделениях в соответствии с настоящим приказом.
- 2.2. На каждый случай экспертной оценки, подлежащий обязательному экспертному контролю; случаи нарушения лечебно-диагностического процесса; случаи нарушения порядка выдачи документов удостоверяющих временную нетрудоспособность — оформлять «Протокол экспертной оценки качества медицинской помощи», и не позднее 26 числа каждого месяца, предоставлять их заместителю главного врача по лечебной части Куимовой Л.А.
- 2.3. При выявлении дефектов в лечебно-диагностическом процессе, некачественного оказания медицинской помощи, организационных нарушений и др., принимать меры к устранению выявленных недостатков и своевременно сообщать о выявленных нарушениях заместителю главного врача по лечебной части Куимовой Л.А.
- 2.4. Возложить на заведующих отделениями персональную ответственность за работу в подкомиссии Врачебной комиссии по контролю качества медицинской помощи.

3. Заместителю главного врача по медицинскому обслуживанию населения Дельмухаметовой А.В.:

- 3.1. Организовать внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности в амбулаторно-поликлинической службе и дневном стационаре, в соответствии с настоящим приказом на всех уровнях внутриведомственного контроля; организация и проведение ВК по разбору жалоб со стороны населения на качество оказания медицинской помощи населению Ачитского ГО.

4. Заместителю главного врача по лечебной части Куимовой Л.А.

- 4.1. Организовать внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности в круглосуточном стационаре и СМП, в соответствии с настоящим приказом на всех уровнях внутриведомственного контроля;
- 4.2. Ежемесячно до 5 числа проводить итоговое заседание подкомиссии

Врачебной комиссии по контролю качества медицинской помощи с оформлением протокола за прошедший месяц, с представлением информации Главному врачу ГБУЗ СО «Ачитская ЦРБ» О.Р. Шахбанову

4.3.Обобщать материалы, составлять проекты решений заседаний и приказов по устранению дефектов лечебно-диагностического процесса, осуществлять контроль их выполнения.

4.4 Обеспечить взаимодействие со страховыми медицинскими организациями и территориальным Фондом ОМС, рассматривать их иски и претензии, в случае несогласия с претензиями составлять «Акт разногласий».

5. Начальнику отдела кадров Некрасовой Т.А довести настоящий приказ до сведения должностных лиц, участвующих в экспертизе качества медицинской помощи под роспись.

6. Контроль исполнения приказа оставляю за собой.

Главный врач

ГБУЗ СО «Ачитская ЦРБ»



О.Р. Шахбанов

Положение  
о системе контроля качества и безопасности медицинской деятельности  
в ГБУЗ СО «Ачитская ЦРБ»

I. Общие положения

1. Настоящее Положение о системе внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ СО «Ачитская ЦРБ» (далее - Положение) устанавливает общие организационные и методические принципы контроля качества медицинской помощи в ГБУЗ СО «Ачитская ЦРБ». Настоящее Положение разработано в соответствии с нормативными актами Российской Федерации, регулирующими порядок и условия оказания медицинской помощи:

Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 05.05.2012 № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии в медицинской организации»;

приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.05.2002г. № 154 «О ведении формы учета клинико-экспертной работы в лечебно-профилактических учреждениях»;

приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.01.2001 № 18 «О введении в действие отраслевого стандарта «Порядок контроля за соблюдением требований нормативных документов системы стандартизации в здравоохранении»».

2. Контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется в целях обеспечения удовлетворенности пациента предоставленными медицинскими услугами, предотвращения дефектов оказания медицинской помощи и повышения качества оказываемой медицинской помощи.

3. При осуществлении внутреннего и ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности решаются следующие задачи:

- 1) Изучение информированности и удовлетворенности пациентов оказанной медицинской помощью в конкретной медицинской организации и соблюдения прав пациентов.
- 2) Оценка:
  - состояния и использования кадровых и материально-технических ресурсов медицинских организаций в соответствии с утверждёнными порядками оказания медицинской помощи;
  - соответствия оказываемой медицинской помощи установленным порядкам оказания медицинской помощи, стандартам медицинской помощи;
  - соблюдения медицинскими организациями безопасных условий труда, требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий и их утилизации, а также медицинского оборудования;
  - соблюдения качества и безопасности оказания медицинских услуг, в том числе диагностики, лечения, профилактики, реабилитации.
- 3) Контроль организации мероприятий по обеспечению инфекционной безопасности и инфекционному контролю при оказании медицинской помощи.

- 4) Расчет и анализ показателей, характеризующих качество и эффективность медицинской помощи в медицинской организации.
- 5) Мониторинг результатов проведенного контроля качества медицинской помощи.
- 6) Выявление и анализ причин, повлекших за собой снижение качества и эффективности медицинской помощи.
- 7) Разработка организационно-методических рекомендаций, способствующих повышению качества и эффективности оказания медицинской помощи.
- 8) Принятие управленческих решений по совершенствованию организации медицинской помощи.
- 9) Контроль реализации управленческих решений.

## II. Субъекты и объекты контроля качества и безопасности медицинской деятельности

4. Субъектами контроля качества и безопасности медицинской деятельности являются должностные лица медицинских организаций, врачебные комиссии, специалисты соответствующих органов, осуществляющих государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности, в том числе специалисты Министерства здравоохранения Свердловской области.

5. Объектами контроля качества и безопасности медицинской деятельности являются:

- качество отдельных медицинских услуг;
- условия труда в медицинской организации, применение медицинских изделий и порядок их утилизации;
- соблюдение медицинскими работниками, руководителями медицинских организаций, фармацевтическими работниками и руководителями аптечных организаций ограничений, применяемых к ним при осуществлении профессиональной деятельности.

## III. Организация контроля качества и безопасности медицинской деятельности

6. Контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется в формах государственного, ведомственного и внутреннего контроля путем:

- соблюдения требований к осуществлению медицинской деятельности, установленных законодательством Российской Федерации;
- определения показателей качества деятельности медицинских организаций;
- создания системы оценки деятельности медицинских работников, участвующих в оказании медицинских услуг;
- создания информационных систем в сфере здравоохранения, обеспечивающих, в том числе персонифицированный, учет при осуществлении медицинской деятельности.

7. Контроль качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации достигается за счёт:

1) осуществления руководителями диагностических служб контроля качества на основе имеющихся критериев в соответствии с технологическими стандартами;

2) осуществления ответственным лицом ежемесячного контроля в соответствии с требованиями:

- организации работы с лекарственными препаратами;
- соблюдения санитарно-эпидемиологического и санитарно-гигиенического режимов;
- соблюдения технологии сестринских манипуляций;
- соблюдения технологии забора материала для лабораторных исследований;
- соблюдения технологии предстерилизационной обработки медицинского инструментария.

Старшая медицинская сестра проводит обучение среднего и младшего медицинского персонала отделения (в том числе по вопросам инфекционной безопасности).

8. Контроль качества медицинской помощи осуществляется по трех уровневой системе: первый уровень контроля - заведующие отделениями (подразделениями) медицинской организации;

второй уровень контроля - заместители руководителя медицинской организации, структурные подразделения – клиничко-экспертные отделы;

третий уровень контроля – врачебная комиссия медицинской организации (далее – ВК).

9. С целью организации проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинском учреждении приказом главного врача утверждается положение о системе внутреннего контроля и назначается должностное лицо, ответственное за проведение контроля качества медицинской помощи (далее - ответственный за проведение контроля).

Ответственным за проведение контроля проводится оценка соблюдения медицинскими работниками, фармацевтическими работниками ограничений, применяемых к ним, при осуществлении профессиональной деятельности.

Ответственный за проведение контроля ежемесячно предоставляет руководителю медицинской организации аналитический отчет по осуществлению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности и реализации принятых управленческих решений.

Отчет по результатам осуществления контроля качества и безопасности медицинской деятельности подведомственными медицинскими организациями ежеквартально размещается ответственным за проведение контроля в Министерство здравоохранения Свердловской области в соответствии с утвержденной формой в срок до 20 числа месяца, следующего за отчетным кварталом на портале «МедВедь».

10. При проведении контроля качества медицинской помощи, работники, осуществляющие контроль качества и безопасности медицинской деятельности, руководствуются: федеральными порядками оказания медицинской помощи и стандартам медицинской помощи, региональными стандартами медицинской помощи, протоколами ведения больных, а также другими ведомственными документами (клиническими рекомендациями, формулярными статьями и иными источниками доказательной медицинской практики).

11. Внутренний контроль оказания медицинской помощи может осуществляться в виде: планового контроля (тематическая экспертиза), целевого контроля (по отдельным случаям), предупредительного контроля, контроля результата:

11.1. Плановый контроль осуществляется согласно плану - графику, утвержденному приказом руководителя медицинской организации:

- контроль соответствия объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

- контроль выполнения требований санитарно-эпидемиологического режима;

- контроль назначения и выписывания лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания;

- контроль исполнения распоряжений администрации.

11.2. Целевой контроль предусматривает реализацию определенной цели, которая выявляет причину отклонения от стандарта качества:

- оценка состояния и использования кадровых и материально-технических ресурсов;

- анализ летальности на дому лиц трудоспособного возраста;

- анализ ятрогенных осложнений;

- анализ жалоб пациентов.

11.3. Предупредительный контроль оценивает уровень безопасности лечебно-диагностического процесса для пациента, степень удовлетворенности пациента качеством медицинской помощи:

- контроль проведения профилактики внутрибольничных инфекций;
- контроль за рациональным использованием лекарственных препаратов;
- анализ результатов анкетирования больных по вопросам удовлетворенности качеством оказания медицинской помощи.

11.4. Контроль результата – контроль выполнения принятых управленческих решений, в том числе – заключительная экспертиза процесса оказания медицинской помощи конкретному пациенту.

12. В обязательном порядке контролю качества медицинской помощи подлежат следующие случаи:

12.1. В амбулаторно - поликлинических подразделениях:

- случаи летальных исходов в детском возрасте и лиц трудоспособного возраста;
- случаи летальных исходов на дому от управляемых причин;
- случаи повторного обращения по поводу одного и того же заболевания в течение 30 дней;
- случаи, сопровождающиеся ятрогенными осложнениями;
- случаи нежелательных реакций на применение лекарственных препаратов (с обязательной подачей сведений в «Региональный центр мониторинга безопасности лекарственных средств»);
- случаи осложнений, возникших у беременных женщин и родильниц во время беременности и в послеродовом периоде;
- случаи первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей;
- случаи с длительной или стойкой утратой трудоспособности;
- случаи заболеваний со значительно (более 50 % от средних) удлиненными сроками лечения;
- случаи расхождений диагнозов поликлиники и стационара;
- случаи расхождений диагнозов поликлиники и патологоанатомических диагнозов;
- случаи выявления социально-значимых заболеваний в запущенных стадиях (онкологических заболеваний, туберкулеза и т.д.);
- случаи несвоевременного представления больных на ВК и в бюро медико-социальной экспертизы;
- случаи, сопровождавшиеся жалобами пациентов или их законных представителей на качество оказания медицинской помощи;

12.2. В стационарных подразделениях:

- случаи летальных исходов;
- случаи, сопровождающиеся ятрогенными осложнениями;
- случаи нежелательных реакций на применение лекарственных препаратов (с обязательной подачей сведений в «Региональный центр мониторинга безопасности лекарственных средств»);
- случаи внутрибольничного инфицирования;
- случаи повторной госпитализации по поводу одного и того же заболевания в течение 3-х месяцев;
- случаи послеоперационных осложнений и осложнений, связанных с применением инвазивных методик;
- случаи проведения внеплановых оперативных вмешательств, выполненных больным, поступившим на плановые операции;
- случаи осложнений, возникших у беременных женщин и родильниц во время беременности, родов и в послеродовом периоде;

- случаи заболеваний со значительно удлиненными сроками лечения (более 50% от длительности по стандарту лечения);
- случаи расхождений заключительных клинических диагнозов, патологоанатомических диагнозов и судебно-медицинских диагнозов;
- случаи расхождений дооперационных и послеоперационных диагнозов;
- случаи, сопровождавшиеся жалобами пациентов или их законных представителей на качество оказания медицинской помощи.

8. Заведующий отделением в соответствии с приказом руководителя медицинской организации и должностной инструкцией:

1) в стационаре:

- осуществляет постоянный контроль соблюдения врачами отделения порядков медицинской помощи и стандартов медицинской помощи;
- оценивает полноту сбора анамнеза, диагноз, назначенное на данном этапе лечение и вносит необходимые коррективы, о чем делает соответствующую запись в медицинскую карту в течение трех дней, начиная с момента поступления пациента;
- осуществляет контроль интерпретации врачами отделения результатов исследований;
- осуществляет контроль своевременности проведения дополнительных методов исследования, необходимых для уточнения диагноза, а также своевременности проведения контрольных исследований;
- осуществляет контроль организации и соблюдения санитарно-эпидемиологического режима;
- осуществляет контроль организации лечебного питания;
- осуществляет контроль обеспечения и использования лекарственных препаратов;
- проводит, раз в 10 дней, общие обходы отделения с обязательным личным осмотром пациентов и последующей записью в первичных медицинских документах;
- анализирует работу подразделения с оценкой качественных и количественных показателей в ежемесячном режиме.

2) в поликлинике:

- осуществляет контроль за предоставлением пациентам льготного лекарственного обеспечения:
  - а) в 100% при выписке сильнодействующих и наркотических средств, психотропных веществ,
  - б) не менее 2-х медицинских карт от врача за месяц по каждой из программ льготного лекарственного обеспечения.
- осуществляет контроль оформления медицинской документации;
- анализирует причины и сроки временной нетрудоспособности, первичного выхода на инвалидность в ежемесячном режиме;
- анализирует работу подразделения с оценкой качественных и количественных показателей в ежемесячном режиме;
- принимает участие в разработке и реализации мероприятий, направленных на исключение причин выявленных дефектов.

Заведующие амбулаторно-поликлиническими отделениями, оказывающими медицинскую помощь женщинам в период беременности, родов и послеродовый период, обязаны проводить осмотры всех беременных женщин, взятых на диспансерный учет, с оформлением результатов осмотра и рекомендаций в медицинской документации.

Выявленные заведующим отделением дефекты в оказании медицинской помощи заносятся в учетную форму «Журнал внутреннего контроля качества медицинской помощи» (Приложение № 3 к настоящему приказу), анализируются и докладываются с предложениями по их устранению не реже 1 раза в месяц ответственному за проведение контроля.



9. Заместитель руководителя медицинской организации по медицинской части (или иные заместители, определенные руководителем организации) осуществляет контроль качества и безопасности медицинской деятельности на основе:

- анализа первичной медицинской документации;
- личного осмотра пациентов;
- при обходах подразделений учреждения;

Учет случаев контроля качества второго уровня ведется в «Журнале внутреннего контроля качества медицинской помощи в медицинской организации» (Приложение № 3 к настоящему приказу).

Выявленные недостатки в оказании медицинской помощи ежемесячно анализируются и докладываются, с предложениями по их устранению, ответственному за проведение контроля.

10. Врачебная комиссия осуществляет контроль качества и безопасности медицинской деятельности на третьем уровне и утверждается приказом руководителя медицинской организации в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 05.05.12 № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии в медицинской организации».

Врачебная комиссия проводит заседания на основании планов-графиков, утверждаемых руководителем медицинской организации, но, как правило, не реже 1 раза в неделю. Подкомиссии врачебной комиссии проводят заседания согласно плану-графику, утверждаемому председателем врачебной комиссии. Внеплановые заседания врачебной комиссии или ее подкомиссий проводятся по решению председателя врачебной комиссии, согласованному с руководителем медицинской организации.

При осуществлении контроля качества оказанной медицинской помощи врачебная комиссия:

- проводит проверку контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации, в том числе оценку деятельности отделений и подразделений, проводит целевые экспертизы;

- рассматривает обращения физических и юридических лиц по вопросам контроля качества и безопасности медицинской деятельности;

- рассматривает результаты проверок проводимых Министерством здравоохранения Свердловской области, Управлением Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по Свердловской области, Региональным отделением фонда социального страхования Свердловской области, Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Свердловской области.

Каждое заседание врачебной комиссии оформляется Протоколом (Приложение № 4 к настоящему приказу).

Врачебная комиссия проводит ежемесячный анализ качества оказанной медицинской помощи и предоставляет результаты ответственному за проведение контроля с предложениями по оптимизации работы.

11. На всех уровнях контроля качества медицинской помощи в первую очередь подвергаются экспертизе – обязательные экспертные случаи. Прочие случаи оказания медицинской помощи должны иметь одинаковую возможность быть подвергнутыми экспертной оценке, что обеспечивается использованием метода случайной выборки.

При наличии, по данным контроля, на первой ступени нежелательных тенденций на втором и третьем уровне контроля возможно проведение целевых проверок качества оказания медицинской помощи (по отдельным нозологическим единицам, врачам, отделениям, льготному лекарственному обеспечению и т.д.).

Устанавливаются следующие примерные объемы экспертиз качества медицинской помощи, сверх случаев, подлежащих контролю в обязательном порядке:

для заместителей руководителя медицинской организации по клинико-экспертной работе, лечебной работе, медицинской части, амбулаторно-поликлинической, стационарной

помощи, а так же с иными наименованиями должностей - не менее 30 - 50 экспертиз в течение квартала;

для заведующих амбулаторно-поликлиническими подразделениями по числу посещений:

- до 250 посещений в смену - не менее 20 случаев в месяц;
- свыше 250 посещений в смену – не менее 30 случаев в месяц;
- свыше 500 посещений в смену – не менее 60 случаев в месяц.

для заведующих стационарными подразделениями:

- при мощности 10 коек и менее – 50% случаев,
- при мощности от 11 до 25 коек – не менее 25% случаев,
- при мощности 26 коек и более – не менее 10% случаев;

12. Руководителем медицинской организации по результатам анализа, ежемесячно представляемого ответственным за проведение контроля, принимаются управленческие решения, которые фиксируются в приказах, положениях, инструкциях, протоколах врачебных конференций либо в иной документации в соответствии с утвержденным Положением о контроле качества медицинской помощи в медицинской организации.

#### IV. Ведомственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности

13. С целью повышения качества оказываемой медицинской помощи Министерством здравоохранения Свердловской области (далее - Министерство) в подведомственных медицинских организациях осуществляется ведомственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности.

14. Задачами Министерства при осуществлении ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности являются:

- координация деятельности медицинских организаций в вопросах контроля качества и безопасности медицинской деятельности;

- методическое обеспечение деятельности по контролю качества и безопасности медицинской деятельности;

- анализ дефектов оказания медицинской помощи, врачебных ошибок, условий труда, порядка использования медицинских изделий, соблюдения медицинскими работниками ограничений, иных факторов и их причин, оказавших негативное воздействие и повлекшее за собой снижение качества и безопасности медицинской помощи;

- подготовка рекомендаций, способствующих повышению качества медицинской помощи;

- анализ эффективности реализации управленческих решений, принятых в медицинских организациях.

15. Ведомственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется посредством осуществления полномочий, предусмотренных пунктами 3, 5 и 6 части 2 статьи 88 Федерального закона от 01.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

16. Приказом Министра здравоохранения Свердловской области утверждается Экспертный совет, являющийся консультативно-совещательным органом, и создающимся для коллегиального решения вопросов планирования, координации, оценки эффективности работы по управлению качеством медицинской помощи, предоставляемой населению области.



## ИНСТРУКЦИЯ ПО ВЕДЕНИЮ ЖУРНАЛА КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

1. В графе 1 указывается количество пролеченных больных в отделении.
  2. В графе 2 указывается количество проведенных экспертиз, процент выполнения ответственными лицами объема экспертиз по внутреннему контролю качества медицинской помощи.
  3. В графах с 5 по 14 указывается количество выявленных при проведении проверки дефектов медицинской помощи в абсолютных цифрах и в % отношении от числа проведенных экспертиз:
    - в 5 графе – всего дефектов, допущенных при оказании медицинской помощи и оформлении первичной медицинской документации,
    - в 7 графе – дефекты, допущенные при проведении диагностических мероприятий,
    - в 9 графе – дефекты, допущенные при постановке и формулировке диагноза,
    - в 11 графе – дефекты, допущенные при проведении лечебно-профилактических мероприятий,
    - в 13 графе - дефекты, допущенные при оформлении медицинской документации.
- В случае отсутствия дефектов медицинской помощи в соответствующей графе ставится прочерк.
4. В строках по «коду причин дефектов» указывается количественная величина причин по каждому из видов дефектов.
  5. Повод для проведения экспертизы указывать сокращенно\*:
    - «П» - плановая экспертиза,
    - «Т» - тематическая экспертиза,
    - «ОЭС» - обязательный экспертный случай.
- С последующим указанием внизу таблицы повода проведения тематической экспертизы и расшифровки всех обязательных экспертных случаев.
6. Коды дефектов медицинской помощи по причинам их возникновения указываются сбоку от таблицы:

Код	Группы дефектов
М	<p>Причинами дефектов являлись действия (или бездействие) медицинского работника, непосредственно оказывавшего медицинскую помощь:</p> <p>М (в) – врача;</p> <p>М (с) – среднего медицинского работника.</p> <p>Возникновение дефектов данной группы может быть связано с:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- добросовестным заблуждением медицинских работников,</li><li>- не выполнением или недобросовестным выполнением медицинскими работниками</li></ul>

	<p>должностных обязанностей или требований нормативных правовых документов,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- с другими факторами.</li> </ul>
<b>П</b>	<p>Причинами возникновения дефектов являются действия (или бездействие) пациента.</p> <p>Возникновение дефектов данной группы может быть связано с:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- отказом пациента от госпитализации,</li> <li>- не выполнением пациентом назначений лечащего врача,</li> <li>- не предоставлением пациентом полной и достоверной информации о состоянии своего здоровья,</li> <li>- самовольным уходом пациента из стационара,</li> <li>- поздним обращением пациента за медицинской помощью,</li> <li>- с другими факторами.</li> </ul>
<b>Н</b>	<p>Причины возникновения дефектов не связаны с действиями (или бездействием) медицинского работника, непосредственно оказывавшего медицинскую помощь или с действиями (или бездействием) пациента.</p> <p>Возникновение дефектов данной группы может быть связано с:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- исходной тяжестью состояния пациента,</li> <li>- особенностями течения заболевания (атипичность, скоротечность, необратимая стадия),</li> <li>- наличием тяжелых сопутствующих заболеваний,</li> <li>- с другими факторами.</li> </ul>
<b>Код</b>	<b>Группы дефектов</b>
<b>О</b>	<p>Причины возникновения дефектов связаны с недостатками в организации медицинской помощи.</p> <p>Возникновение дефектов данной группы может быть связано с недостатками:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- в организации амбулаторно-поликлинического приема,</li> <li>- в организации работы вспомогательных лечебно-диагностических служб (лаборатория, рентген-отделение, физио-отделение и др.),</li> <li>- в организации проведения консультаций специалистов или исследований.</li> </ul>

отсутствующих в учреждении,

- в организации работы приемного отделения стационара,

- в организации проверок или технического обслуживания медицинского оборудования,

- в обеспечении стационаров лекарственными средствами,

- в организации своевременного повышения квалификации

медицинских работников,

- в разработке внутренних распорядительных документов по

организации и оказанию медицинской помощи в учреждении,

- в организации ознакомления персонала с нормативными

правовыми или внутренними распорядительными документами,

- в организации достоверного статистического учета оказываемой

медицинской помощи,

- в обеспечении сохранности медицинской документации в учреждении,

- с другими факторами.

ТИПОВОЙ ПРОТОКОЛ  
ЗАСЕДАНИЯ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ  
от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(наименование учреждения здравоохранения)

Повестка:

1. Комиссия в составе:

Председатель \_\_\_\_\_  
(руководитель комиссии или его заместитель)

Члены \_\_\_\_\_

Приглашенные \_\_\_\_\_

(специалисты, представляющие материалы на комиссию, эксперты)

Секретарь комиссии \_\_\_\_\_

В присутствии:

Проверяемые лица \_\_\_\_\_

Руководители \_\_\_\_\_

2. Перечень рассмотренных вопросов:

Представленные материалы \_\_\_\_\_

(результаты служебного расследования, медицинская документация,  
объяснительные медицинского персонала, акты проверок, приказы и т.д.)

3. Комиссия решила \_\_\_\_\_

(обоснование принятого решения)

\_\_\_\_\_  
Председатель комиссии: \_\_\_\_\_

Члены комиссии: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Отчётная форма «Результаты внутреннего контроля качества оказанной медицинской помощи»

за период \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

Количество пролеченных больных, абс.	Количество проведенных экспертиз:	Выявлено дефектов, всего	Дефекты:			
			обследования	постановки диагноза	лечения	оформления мед. документации
Код причин дефектов						
<b>I уровень</b>						
М						
П						
Н						
О						
<b>II уровень</b>						
М						
П						
Н						
О						
<b>III уровень</b>						
М						
П						
Н						
О						



**Карта экспертной оценки качества оказания  
скорой медицинской помощи**

Медицинское учреждение	
Отделение	
№ карты вызова СМП	
Ф.И.О. больного	
Дата рождения (возраст)	
Пол:	1 - мужской; 2 - женский
Социальный статус больного:	1 - работающий; 2 - пенсионер; 3 - инвалид; 4 - учащийся; 5 - ребенок
Дата вызова СМП	
Результат выезда: 1-оставлен дома; 2-доставлен в больницу; 3-отказался от госпитализации	
Диагноз направительный	МКБ-10:
Диагноз заключительный: - основной	МКБ-10:
- сопутствующий	МКБ-10:
Ф.И.О. старшего бригады	

**Аналитическая часть**

№ п/п	Экспертная оценка	Баллы (1 и 0,5 -да; 0-нет)	
		1	0
1	Полный расспрос больного (жалобы)	1	0
2	Полный сбор анамнеза, включая анамнез приступа	1	0
3	Полный осмотр больного врачом (фельдшером), согласно карте (стандарту)	1	0
4	Соблюдается ли периодичность контроля гемодинамики	1	0
5	Выполнен ли объем обследования согласно стандарту	1	0
6	Соответствие диагноза клинике и диагностическим данным	1	0
7	Соответствие терапии стандарту	1	0
8	Прослеживается ли в записях врача (фельдшера): - динамика в состоянии больного	1	0
9	- эффективность проводимого лечения	1	0
10	- трактовка результатов обследования	1	0
11	- коррекция лечения	1	0
12	Имеется ли в карте вызова: - подпись пациента или законного представителя в информированном согласии	1	0
13	-отметка о назначении активного вызова участковому врачу	1	0
14	- подпись врача приемного покоя	1	0

**Основные дефекты ведения больного, выявленные при экспертизе**

15	Неполноценный сбор анамнеза	1	0
16	Несвоевременность, недостаточность обследования	1	0
17	Неправильное построение диагноза	1	0
18	Несоответствие проведенной терапии стандарту	1	0
19	Отсутствие согласия пациента на проведение обследования, лечения или на госпитализацию	1	0
20	Ошибка в выборе тактики ведения больного	1	0
	Дефекты в оформлении медицинской документации:		
21	- дефекты заполнения паспортной части	0,5	0
22	- неинформативность записей осмотра по системам	0,5	0
23	- не указан эффект от терапии	0,5	0
24	- дефекты записей инструментальных исследований	0,5	0
25	Неправильная оценка клинических данных	1	0
26	Неправильная оценка параклинических исследований	1	0

27	Недостаточная подготовка пациента к транспортировке	1	0
28	Неправильная транспортировка больного (в автомобиль СМП и из автомобиля)	1	0
<b>Особенности данного случая</b>			
29	Отсутствие необходимых условий диагностики и лечения (отсутствие аппаратуры, медикаментов, плохое освещение, общественное место, конфликтная ситуация на вызове, больной агрессивен, препятствует осмотру и т.д..)	1	0
30	Исходное тяжелое состояние больного. Позднее обращение.	1	0
31	Наличие тяжелой сопутствующей патологии	1	0
32	Атипичное течение, недостаточное число симптомов, олигосимптоматика	1	0
<b>Летальный исход лечения с дефектами при оказании медицинской помощи</b>		1	0

Интегральный показатель = ((Сумма баллов "Аналитической части" + Сумма баллов "Особенностей данного случая") - (Сумма баллов "Дефектов ведения больного" + 1 балл в случае летального исхода с дефектами при оказании медицинской помощи)) / 14

$$ИП = ((\sum A + \sum O) - (\sum D + 1)) / 14$$

**Комплексная оценка качества оказания медицинской помощи**

1,0 балл и выше	<b>Высокое</b> качество оказания медицинской помощи
от 0,7 до 1,0 балла	<b>Среднее</b> качество оказания медицинской помощи
ниже 0,7 баллов	<b>Низкое</b> качество оказания медицинской помощи

Рекомендации врача-эксперта:

---



---



---



---



---

Ф.И.О. врача-эксперта

подпись

Дата экспертизы

**Карта экспертной оценки качества оказания  
амбулаторно-поликлинической медицинской помощи**

Медицинское учреждение	
Поликлиническое отделение	
№ амбулаторной карты	
№ полиса обязательного медицинского страхования	
Ф.И.О. больного	
Дата рождения (возраст)	
Пол:	1 - мужской; 2 – женский
Социальный статус больного:	1 - работающий; 2 - пенсионер; 3 - инвалид; 4 - учащийся; 5 - ребенок
Дата амбулаторного посещения	
Диагноз заключительный: - основной	МКБ-10:
- сопутствующий	МКБ-10:
Длительность пребывания на листе нетрудоспособности	
Исход лечения: 1 - выздоровление; 2 - улучшение; 3 - без перемен; 4 - ухудшение; 5 - смерть	
Ф.И.О. лечащего врача	

**Аналитическая часть**

№ п/п	Экспертная оценка	Баллы ( 1 и 0,5 -да; 0-нет )	
		1	0
1.	Имеется ли диагностическая концепция (план обследования)	1	0
2.	Имеется ли обоснование диагноза в записи первичного осмотра	1	0
3.	Имеется ли лечебная концепция (план лечения)	1	0
4.	Соблюдается ли периодичность амбулаторных посещений	1	0
5.	Прослеживается ли в записях лечащего врача: - динамика в состоянии больного	1	0
6.	- эффективность проводимого лечения	1	0
7.	- трактовка результатов обследования	1	0
8.	- обоснование коррекции лечения	1	0
9.	- обоснование консультаций	1	0
10.	Имеется ли предоперационная концепция (предоперационный эпикриз)	1	0
11.	Своевременно ли проводятся врачебные комиссии	1	0
12.	Своевременно ли выполнены консультации специалистов	1	0
13.	Выполняются ли рекомендации консультантов по обследованию и лечению	1	0
14.	Имеется ли в записях лечащего врача: - оценка эффективности лечения	1	0
15.	- рекомендации по дальнейшему наблюдению	1	0

**Основные дефекты ведения больного, выявленные при экспертизе**

16.	Неполный сбор анамнеза	1	0
17.	Отсутствие согласия пациента на проведение обследования и лечения	1	0
18.	Несвоевременность, недостаточность обследования	1	0
19.	Неправильное постановление диагноза	1	0
20.	неадекватность выбора лечения	1	0
21.	Необоснованная задержка операции, ошибка в выборе тактики и техники операции	1	0
22.	Осложнения диагностических процедур	1	0
	Дефекты в оформлении медицинской документации:		

23.	- неинформативность записей в амбулаторной карте	0,5	0
24.	- неинформативность записей врачебной комиссии	0,5	0
25.	- дефекты записей консультантов	0,5	0
26.	- дефекты описания оперативного вмешательства	0,5	0
27.	- дефекты записей инструментальных исследований	0,5	0
28.	Неправильная оценка клинических данных	1	0
29.	Неправильная оценка параклинических исследований	1	0
30.	Дефекты послеоперационного ведения больного	1	0
<b>Особенности данного случая</b>			
31.	Отсутствие необходимых условий диагностики и лечения (отсутствие аппаратуры, медикаментов, методик лечения и т.д.)	1	0
32.	Исходное тяжелое состояние больного	1	0
33.	Наличие тяжелой сопутствующей патологии	1	0
<b>Летальный исход лечения с дефектами при оказании медицинской помощи</b>		1	0

Интегральный показатель = ((Сумма баллов "Аналитической части" + Сумма баллов "Особенностей данного случая") - (Сумма баллов "Дефектов ведения больного" + 1 балл в случае летального исхода с дефектами при оказании медицинской помощи)) / 15

$$ИП = ((\sum A + \sum O) - (\sum D + 1)) / 15$$

**Комплексная оценка качества оказания медицинской помощи**

1,0 балл и выше	Высокое качество оказания медицинской помощи
от 0,7 до 1,0 балла	Среднее качество оказания медицинской помощи
ниже 0,7 баллов	Низкое качество оказания медицинской помощи

Рекомендации врача-эксперта:

---



---



---



---



---

Ф.И.О. врача-эксперта  
подпись

Дата экспертизы

**Карта экспертной оценки качества оказания  
стационарной медицинской помощи**

Медицинское учреждение	
Отделение	
№ карты стационарного больного	
№ полиса обязательного медицинского страхования	
Ф.И.О. больного	
Дата рождения (возраст)	
Пол:	1 - мужской; 2 - женский
Социальный статус больного:	1 - работающий; 2 - пенсионер; 3 - инвалид; 4 - учащийся; 5 - ребенок
Дата госпитализации	Количество койко-дней -
Дата выписки (смерти)	
Вид госпитализации:	1 - экстренный; 2 - плановый
Диагноз направительный	МКБ-10:
Диагноз заключительный: - основной	МКБ-10:
- сопутствующий	МКБ-10:
Исход лечения: 1 - выздоровление; 2 - улучшение; 3 - без перемен; 4 - ухудшение; 5 - смерть; 6 - самовольный уход; 7 - переведен в другое ЛПУ	
Длительность пребывания на листе нетрудоспособности	
Ф.И.О. лечащего врача	

**Аналитическая часть**

№ п/п	Экспертная оценка	Баллы ( 1 и 0,5 -да; 0-нет )	
		1	0
1.	Есть ли запись врача приемного покоя	1	0
2.	Своевременен ли первичный осмотр больного врачом отделения	1	0
3.	Соблюдается ли периодичность последующих осмотров больного врачом	1	0
4.	Имеется ли диагностическая концепция (план обследования)	1	0
5.	Имеется ли обоснование диагноза в записи первичного осмотра	1	0
6.	Имеется ли лечебная концепция (план лечения)	1	0
7.	Прослеживается ли в дневниковых записях лечащего врача: - динамика в состоянии больного	1	0
8.	- эффективность проводимого лечения	1	0
9.	- трактовка результатов обследования	1	0
10.	- обоснование коррекции лечения	1	0
11.	- обоснование консультаций	1	0
12.	Имеется ли предоперационная концепция (предоперационный эпикриз)	1	0
13.	Своевременен ли проведен осмотр больного заведующим отделением	1	0
14.	Соблюдается ли периодичность последующих осмотров больного заведующим отделением	1	0
15.	Своевременно ли выполнены консультации специалистов	1	0
16.	Выполняются ли рекомендации консультантов по обследованию и лечению	1	0
17.	Имеется ли выписном эпикризе: - оценка эффективности лечения	1	0
18.	- рекомендации по амбулаторному лечению	1	0

**Основные дефекты ведения больного, выявленные при экспертизе**

19.	Неполный сбор анамнеза	1	0
20.	Отсутствие согласия пациента на проведение обследования и лечения	1	0
21.	Несвоевременность, недостаточность обследования	1	0
22.	Неправильное построение диагноза	1	0
23.	Неадекватность выбора лечения	1	0
24.	Необоснованная задержка операции (большой предоперационный койко-день)	1	0
25.	Ошибка в выборе тактики или техники операции	1	0
26.	Отсутствие и неинформативность концепции анестезиолога	1	0
27.	Осложнения диагностических процедур	1	0
28.	Дефекты в оформлении медицинской документации: - неинформативность дневниковых записей	0,5	0
29.	- неинформативность записей заведующего отделением	0,5	0
30.	- дефекты записей консультантов	0,5	0
31.	- дефекты описания оперативного вмешательства	0,5	0
32.	- дефекты записей инструментальных исследований	0,5	0
33.	Неправильная оценка клинических данных	1	0
34.	Неправильная оценка параклинических исследований	1	0
35.	Дефект анестезиологического пособия	1	0
36.	Дефекты послеоперационного ведения больного	1	0
<b>Особенности данного случая</b>			
37.	Отсутствие необходимых условий диагностики и лечения (отсутствие аппаратуры, медикаментов, методик лечения и т.д.)	1	0
38.	Исходное тяжелое состояние больного	1	0
39.	Поздняя госпитализация больного	1	0
40.	Дефекты на амбулаторном этапе лечения	1	0
41.	Наличие тяжелой сопутствующей патологии	1	0
<b>Расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов</b>			
42.	Патологоанатомический диагноз ( 0 - совпадение; 1 - расхождение)	1	0
43.	Группа расхождения	II	III IV

**Интегральный показатель** = ((Сумма баллов "Аналитической части" + Сумма баллов "Особенности данного случая") - (Сумма баллов "Дефектов ведения больного" + 1 балл "Расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов")) / 18

$$ИП = ((\sum A + \sum O) - (\sum D + P)) / 18$$

**Комплексная оценка качества оказания медицинской помощи**

1,0 балл и выше	<b>Высокое</b> качество оказания медицинской помощи
от 0,7 до 1,0 балла	<b>Среднее</b> качество оказания медицинской помощи
ниже 0,7 баллов	<b>Низкое</b> качество оказания медицинской помощи

Рекомендации врача-эксперта:

---

---

---

---

---

Ф.И.О. врача-эксперта  
подпись

Дата экспертизы