



Министерство здравоохранения
Республики Крым

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ КРЫМ
«КРАСНОГВАРДЕЙСКАЯ ЦЕНТРАЛЬНАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА»

ПРИКАЗ

«21» 09 2015 г. пгт Красногвардейское № 467/0104

«О контроле качества оказываемой медицинской
Помощи в ГБУЗ РК «Красногвардейская ЦРБ»

В соответствии с:

- Федеральным законом Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ"
- Законами РФ "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации", и "О защите прав потребителей".
- С приказом МЗСР РФ от 05.05.12г № 502н «Об организации врачебной комиссии медицинской организации».
- В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования N 363/77 от 24 октября 1996 г. "О совершенствовании контроля качества медицинской помощи населению Российской Федерации.
- Приказом МЗ РК №161 от 28.11.2014г. «Об организации проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности в Республике Крым»
- В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации №422 ан от 07.07.2015г. «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи», в целях обеспечения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в лечебно-профилактических учреждениях Красногвардейского района -

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:
 - Положение о системе ведомственного контроля качества медицинской помощи в ГБУЗ РК «Красногвардейская ЦРБ» (приложение 1).
 - Карта экспертной оценки качества медицинской помощи в условиях стационара (приложение 2).

- Карта экспертной оценки качества медицинской помощи в условиях поликлиники (приложение 3).
- КАРТА ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЛЕЧЕНИЯ(ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ). (Приложение 2 к Примерному положению о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности учреждений здравоохранения Республики Крым).
- Акт экспертизы качества медицинской помощи II уровня (Приложение 3 к Примерному положению о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности учреждений здравоохранения Республики Крым).
- Требования к оформлению медицинской документации. (приложение №4).
- ПРИМЕРНЫЕ ИНДИКАТОРЫ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (Приложение 5 к Примерному положению о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности учреждений здравоохранения Республики Крым).
- Акт экспертизы внутреннего контроля качества медицинской помощи диагностических служб (Приложение 6 к Примерному положению о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности учреждений здравоохранения Республики Крым).
- ШКАЛА ОЦЕНКИ ВЫПОЛНЕНИЯ ТРЕБОВАНИЙ ПО БЕЗОПАСНЫМ УСЛОВИЯМ ТРУДА (Приложение 7 к Примерному положению о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности учреждений здравоохранения Республики Крым).
- АНКЕТА ПАЦИЕНТА СТАЦИОНАРА (Приложение 8 к Примерному положению о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности учреждений здравоохранения Республики Крым).
- АНКЕТА ПАЦИЕНТА ПОЛИКЛИНИКИ (Приложение 9 к Примерному положению о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности учреждений здравоохранения Республики Крым).
- ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ ПО ВНУТРЕННЕМУ КОНТРОЛЮ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (Приложение 11 к Примерному положению о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности учреждений здравоохранения Республики Крым).
- Отчет по результатам проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской помощи (Приложение 12 к Примерному положению о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности учреждений здравоохранения Республики Крым).

2. Утвердить уровни контроля качества медицинской помощи:

- 1 уровень – экспертиза ККМП на уровне заведующих отделениями проводится в 100% законченных случаев (в поликлинике 0,5% завершенных случаев лечения).
- 2 уровень ККМП проводятся заместителями главного врача по медицинской части ЦРБ, ОРБ, ЭВН, детству и родовспоможению, не менее 30 экспертиз в месяц.
- 3 уровень ККМП осуществляется центральной врачебной комиссией.
- Список должностных лиц Красногвардейского района ответственных за 1,2,3 уровни внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в лечебно-профилактических учреждениях района (Приложение №5 к приказу)

3. Назначить:

- Ответственной комиссией, осуществляющей контроль качества медицинской помощи в ГБУЗ РК «Красногвардейская ЦРБ» Центральную ВК.
- Ответственной за организацию и проведение ведомственного контроля качества медицинской помощи в ГБУЗ РК «Красногвардейская ЦРБ» назначить председателя врачебной комиссии по ЭВН Джеппарову В.А. (дублер Глушкова П.А.)
- 4. Заведующим отделениями стационара, поликлиническими отделениями, врачам общей практики района, районному фтизиатру, дермато-венерологу, онкологу, кардиологу:
 - 4.1. Организовать внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности в соответствии с настоящим приказом.
 - 4.2. На каждый случай экспертной оценки подлежащий обязательному экспертному контролю; **случаи грубого нарушения лечебно-диагностического процесса; порядка выдачи документов удостоверяющих временную нетрудоспособность «Листок нетрудоспособности» - оформлять «Карту экспертной оценки качества медицинской помощи», и не позднее 27 числа каждого месяца, предоставлять в ИАО.**
 - 4.3. При выявлении дефектов в лечебно-диагностическом процессе, некачественного оказания медицинской помощи, организационных нарушений и др. принимать меры к устранению выявленных недостатков.
- 5. Заместителям главного врача Красногвардейского района: по медицинскому обслуживанию населения Глушковой П.А., по медицинской части Джеппарову Р.И., по медицинской части ОРБ _____, по детству и родовспоможению Козар Н.А., по ЭВН Джеппаровой В.А., по экономике Довженко С.В., зав. поликлиникой Усеинову А.А. зав. поликлиникой ОРБ:
 - 5.1. Организовать внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности в соответствии с настоящим приказом на всех уровнях ведомственного контроля, по своим направлениям;
 - 5.2. Ежемесячно до 3 числа проводить итоговое заседание врачебно-экспертной комиссии (центральной ВК), с оформлением протокола за прошедший месяц.
 - 5.3. Обеспечить взаимодействие территориальным Фондом ОМС (с 0-1.01. 2015г.), рассматривать их иски и претензии, в случае несогласия с претензиями фонда составлять «Акт разногласий» (при введении страховой медицины): ответственные зам. по экономике Довженко С.В., гл. бухгалтер Колмакова Е.В., зав. юридическим отделом Мышевская Т.В., зам. по мед. обслуживанию населения Глушкова П.А., зам. по мед. части Джеппаров Р.И., зам. по ЭВН Джеппарова В.А.;
- 6. Ответственность за своевременную подачу информации по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности в лечебно - профилактических учреждениях района в МЗ Республики Крым и ИАЦ, возложить на начальника ИАО Гусакову И.А., контроль на заместителя главного врача Глушкова П.А.:
 - 6.1. Обобщать материалы, составлять проекты решений заседаний и приказов по больнице по устранению дефектов лечебно-диагностического процесса, осуществлять контроль за их выполнением.
- 7. Заместителю гл. врача по экономике Довженко С.В. - обеспечить контроль (изучить возможность) за удержанием финансовых средств с отделений за некачественное оказание медицинской помощи согласно «Акта финансовых санкций».
- 8. Возложить на заведующих отделениями и главных специалистов района персональную ответственность за работу в комиссиях по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности.
- 9. Зав. ИАО Гусаковой И.А. обеспечить изготовление и распределение:
 - 9.1. Документации по контролю качества и безопасности медицинской деятельности (приложения, в достаточном для работы количестве);
 - 9.2. Совместно с заместителем по медицинской части требовать ежемесячно от руководителей лабораторных, других диагностических и вспомогательных отделений (служб) результаты оценки служб по утвержденным методикам (приложение бк

Примерному положению о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности учреждений здравоохранения Республики Крым).

9.3. Используя технические средства, формировать показатели оценки конечных результатов по всем подразделениям и службам с учетом шкалы дефектов (приложение 10.....) и представляет на заседание врачебной комиссии медицинской организации (председатель - главный врач Касяненко А.А.).

9.4. Анализировать и предоставлять информацию - «ИНДИКАТОРЫ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ» (приложение 5.....)

10. Инженеру по ОТ и ТД Черновой:

10.1. Ежемесячно проводить оценку безопасности медицинской деятельности с заполнением «ШКАЛЫ ОЦЕНКИ ВЫПОЛНЕНИЯ ТРЕБОВАНИЙ ПО БЕЗОПАСНЫМ УСЛОВИЯМ ТРУДА» (приложение 7к Примерному положению о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности учреждений здравоохранения Республики Крым), передавать сведения на центральную ВК.

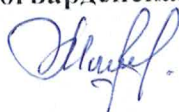
11. Председателю ВК Джеппаровой В.А. ежеквартально предоставлять отчет по контролю качества медицинской помощи главному врачу.

12. Признать утратившим силу приказ главного врача № 35/01-04 от 15.01.2015г.

13. Делопроизводителю, ознакомить с данным приказом всех ответственных сотрудников, заведующих отделениями под роспись.

14. Контроль и ответственность над исполнением данного приказа оставляю за собой.

Главный врач ГБУЗ РК «Красногвардейская ЦРБ»
Юрисконсульт



Касяненко А.А.



Приложение №1

Положение о системе ведомственного контроля качества медицинской помощи

Общие положения

1. Настоящее Положение разработано в соответствии с

- Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан.
- Законами РФ "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации", и "О защите прав потребителей".

- В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования N 363/77 от 24 октября 1996 г. "О совершенствовании контроля качества медицинской помощи населению Российской Федерации.

- Приказа МЗСР РФ от 05.05.12г № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации».

1.2. **Целью** осуществления ведомственного контроля качества медицинской помощи является оценка обеспечения прав пациентов на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества на основе оптимального использования кадрового потенциала, материально-технических ресурсов и применения медицинских технологий в соответствии с разработанными и утвержденными федеральными стандартами, организационно-медицинскими технологиями медицинской помощи на этапах ее оказания.

1.3. **Объектом контроля** является медицинская помощь, представляющая собой комплекс профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, проводимых по

определенной технологии в соответствии с утвержденными стандартами для достижения поставленной цели.

1.4. Система ведомственного контроля качества медицинской помощи включает в себя:

- экспертизу процесса оказания медицинской помощи конкретным пациентам;
- выявление дефектов, врачебных ошибок и других факторов, оказывающих негативное действие и повлекших за собой снижение качества и эффективности медицинской помощи;
- оценку удовлетворенности пациентов взаимодействием с системой здравоохранения;
- анализ целевых показателей, характеризующих состояние здоровья населения, качество и эффективность медицинской помощи;
- подготовку рекомендаций, направленных на предупреждение врачебных ошибок и дефектов в работе и способствующих повышению качества и доступности медицинской помощи;
- разработку рациональных управленческих решений;
- адекватность затраченных средств на лечение пациента достигнутому результату;
- контроль за исполнением управленческих решений.

При экспертизе законченных случаев оцениваются критерии своевременности и полноты диагностических мероприятий, оказания медицинской помощи и лечения:

- полнота описания жалоб больного, анамнеза заболевания и жизни, клинико-трудового (экспертного) анамнеза;
- качество объективного статуса и соответствие поставленному диагнозу;
- своевременность и полнота лабораторных и инструментальных исследований;
- правильность и точность постановки диагноза, соответствие его МКБ-10;
- своевременность и обоснованность консультации специалистов, наличие осмотра заведующего отделением;
- своевременность представления больного на врачебную комиссию;
- полнота и своевременность оказания медицинской помощи и лечения;
- качество ведения медицинской документации, оформления листка нетрудоспособности

1. Организация и порядок проведения

ведомственного контроля качества медицинской помощи

2.1. **Лечащий врач** - осуществляет самоконтроль, при анализе медицинской карты стационарного больного и личного осмотра исключает дефекты, наличие которых приведет к снижению качества медицинской помощи и своевременно проводит корректировку лечебно-диагностических мероприятий.

Обязательства лечащего врача:

- в первичных медицинских документах фиксирует жалобы пациента, анамнестические данные, клинико- трудовой или экспертный анамнез, объективные данные на основании физикальных исследований, назначает необходимые лабораторные и инструментальные методы исследований и анализирует их, назначает консультации специалистов, обосновывает и устанавливает диагноз заболевания и степень функциональных нарушений органов и систем, наличие осложнений и степень их тяжести, формулирует диагноз в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и стандартами медицинской помощи;
- определяет признаки временной утраты трудоспособности на основе оценки состояния здоровья, характера и условий труда, социальных факторов;
- назначает и проводит соответствующее лечение, вид лечебно-охранительного режима, дополнительные обследования, консультации в листе назначения;
- выявляет дефекты оказания на предшествующем этапе (при их наличии) и информирует об этом руководство учреждения;
- оформляет медицинскую документацию в соответствии с требованиями оформления истории болезни;

- определяет сроки нетрудоспособности с учетом индивидуальных особенностей течения основного и сопутствующих заболеваний, наличия осложнений и ориентировочных сроков нетрудоспособности при различных заболеваниях и травмах;
 - при последующих осмотрах отражает динамику заболевания, эффективность проводимого лечения, обосновывает продление сроков госпитализации и освобождения пациента от работы;
 - своевременно направляет пациента для консультации на врачебную комиссию для продления госпитализации и листка нетрудоспособности свыше сроков, установленных Порядком, решения вопросов о дальнейшем лечении и других экспертных вопросов;
 - при нарушении назначенного лечебно-охранительного режима делает соответствующую запись в листке нетрудоспособности и в истории болезни или амбулаторной карте с указанием даты и вида нарушения;
 - выявляет признаки стойкого ограничения жизнедеятельности и стойкой утраты трудоспособности, своевременно организует направление пациента на врачебную комиссию и медико-социальную экспертизу;
 - при восстановлении трудоспособности и выписке на работу отражает в первичных медицинских документах объективный статус и аргументированное обоснование для закрытия листка нетрудоспособности;
 - после 10 дней госпитализации, а также в случаях, превышающих ориентировочные сроки лечения дальнейшее продление стационарного лечения и листка нетрудоспособности осуществляет после консультации с заведующим отделением путем написания этапного эпикриза.
- 2.2. Заведующий отделением стационара, поликлиники:**

- осуществляет постоянный контроль над исполнением лечащими врачами функций по организации и проведению лечебно - диагностического процесса и экспертизы временной нетрудоспособности, выдачей листков нетрудоспособности застрахованным гражданам, своевременным и правильным направлением пациентов на врачебную комиссию и на медико-социальную экспертизу;
- проводит экспертную оценку качества оказания медицинской помощи пациентам на разных сроках лечения с обязательным личным осмотром и записью в первичной медицинской документации, а также осуществляет экспертную оценку медицинской документации по окончании периода лечения или при переводе пациента на другой этап лечения;
- совместно с лечащим врачом направляет больного на врачебную комиссию и медико-социальную экспертизу;

2.3. Заместители главного врача по экономическим вопросам, ЭВН, по медицинской части, по детству и родовспоможению, нач. юр. отдела:

- осуществляет выборочный текущий и по законченным случаям контроль (по медицинской документации или после личного осмотра пациентов) за исполнением врачами функций по диагностике, лечению, реабилитации и экспертизе временной нетрудоспособности, принимает участие в решении сложных клинико-экспертных вопросов;
- анализирует клинико-экспертные ошибки, докладывает на врачебных конференциях результаты анализа и проводимых мероприятий по улучшению качества медицинской помощи;
- анализирует ежеквартально причины и сроки временной нетрудоспособности, первичного выхода на инвалидность пациентов.
- осуществляет взаимодействие с соответствующими медико-социальными экспертными комиссиями, учитывает и анализирует расхождения экспертных решений, ошибок и нарушений порядка направления пациентов на медико-социальную экспертизу и регулярно докладывает на врачебных конференциях;
- рассматривает иски и претензии медицинских страховых организаций, территориальных исполнительных органов Фонда социального страхования, жалобы пациентов по вопросам качества медицинской помощи и экспертизы временной нетрудоспособности;

- организует учебу лечащих врачей по вопросам экспертизы временной нетрудоспособности.

2.4. **Врачебная комиссия** медицинской организации принимает решение, по представлению лечащего врача и заведующего отделением, дает заключения:

- при продлении листка нетрудоспособности в случаях, предусмотренных Порядком;
- в сложных и конфликтных ситуациях экспертизы временной нетрудоспособности;
- при направлении на лечение за пределы административной территории;
- при направлении пациента на медико-социальную экспертизу;
- при необходимости перевода трудоспособных лиц по состоянию здоровья на другую работу или рациональному трудоустройству лиц с ограниченной трудоспособностью;
- в случаях исков и претензий медицинских страховых организаций и исполнительных органов Фонда социального страхования по качеству медицинской помощи и качеству экспертизы временной нетрудоспособности;
- взаимодействие в работе по вопросам, относящимся к компетенции врачебной комиссии, с бюро медико-социальной экспертизы, со страховыми медицинскими организациями и территориальными фондами обязательного медицинского страхования, региональными отделениями Фонда социального страхования Российской Федерации, территориальными органами Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития и Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, медицинскими организациями и учреждениями социальной защиты населения;

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

Заключения комиссии записываются в истории болезни, амбулаторной карте, книге записей заключений врачебной комиссии, подписываются председателем и членами комиссии.

2. Ведомственный контроль качества медицинской помощи осуществляется экспертным путем должностных лиц, врачебной комиссией

3.1. **Схема осуществления ведомственного контроля** качества медицинской помощи состоит из четырех уровней.

Экспертное заключение формируется с использованием следующих критериев оценки по следующим разделам экспертизы:

1. Выполнение общих требований (ВОТ).
2. Оценка диагностических мероприятий (ОДМ).
3. Оценка лечебных мероприятий (ОЛМ).
4. Оценка эффективности медицинской помощи (ОЭМП).
5. Качество ведения документации (КВД).

1. Выполнение общих требований:

- 1.1. Оценка диагноза.
 - 1.2. Качество экспертизы нетрудоспособности.
- Результат.

2. Оценка диагностических мероприятий:

- 2.1. Соответствие обследования протоколам.
 - 2.2. Выявление сопутствующих заболеваний.
- Результат.

3. Оценка лечебных мероприятий:

- 3.1. Соответствие лечения протоколам.
- 3.2. Критерии для оперированного больного:
 - 3.2.1. Оценка хирургической тактики.
 - 3.2.2. Оценка предоперационного периода (полнота и длительность).
 - 3.2.3. Своевременность выполнения операции.
 - 3.2.4. Оценка анестезиологического пособия.

3.2.5. Ведение послеоперационного периода.

Результат.

4. Оценка эффективности медицинской помощи:

4.1. Оценка результата лечения.

4.2. Оценка выявления и лечения осложнений.

4.3. Оценка экономической обоснованности назначений.

Результат.

4.А. Критерии при летальном исходе:

4.А.1. Соответствие клинического и секционного диагнозов.

4.А.2. Оценка возможности предотвращения летального исхода на данном этапе.

4.А.3. Оценка адекватности лечебной тактики и объема помощи.

Результат.

5. Качество ведения документации.

Результат.

Для расчета интегрированного показателя КМП по разделам экспертизы применяется следующая формула:

$$(ВОТ + ОДМ + ОЛМ + ОЭМП + КВД)$$

$$УКЛ \text{ (УКД)} =$$

5

При проведении экспертизы качества оказания медицинской помощи физическому лицу эксперт должен по каждому из перечисленных выше критериев определить степень их соответствия установленным требованиям. При этом эксперту следует избегать формального подхода в определении соответствия, руководствуясь, прежде всего, определением КМП с позиций защиты прав, интересов и безопасности пациента с учетом рационального расходования ресурсов. Ниже приводится ориентировочная шкала экспертных оценок при обнаружении дефектов и замечаний в оказании медицинской помощи:

Дефекты: оценка от "0" до "1", или:

нет замечаний - 1,0;

несущественные - 0,90;

существенные - 0,75;

серьезные - 0,50;

грубые - 0,25;

отсутствие работы - 0.

Примечания. 1. К несущественным дефектам (оценка 0,90) относятся отдельные отклонения в ведении больного, которые не оказали заметного влияния на качество оказания медицинской помощи, полноту и достоверность оформления медицинской документации и не повлекли за собой необоснованное расходование ресурсов.

2. Существенные дефекты (оценка 0,75) характеризуют выявленные экспертом дефекты в ведении больного, которые повлекли (или могли повлечь) умеренное снижение КМП как с точки зрения своевременности и правильности установления диагноза, так и с точки зрения назначения оптимальной лечебной тактики в целях достижения наилучшего результата.

3. Серьезные дефекты (оценка 0,50) фиксируются экспертом в случаях обнаружения дефектов в ведении больного, которые расцениваются как нарушения оптимального технологического процесса оказания медицинской помощи пациенту и повлекли (или могли повлечь) выраженные негативные последствия как в исходе заболевания, так и по другим основаниям.

4. К грубым дефектам (оценка 0,25) относятся выявленные случаи несвоевременного оказания медицинской помощи, ошибки в диагностике и лечении с тяжелыми последствиями, связанные с профессиональной некомпетентностью или ненадлежащим исполнением своих обязанностей со стороны медицинского персонала, грубые нарушения в организации и объемах медицинской помощи больному и т.д.

5. Недопустимые дефекты (оценка 0) - необоснованный отказ в оказании медицинской помощи, летальные исходы вследствие неадекватной медицинской помощи, сокрытие дефектов и внесение

заведомо ложных данных в медицинские документы, необоснованная госпитализация, незаконное взимание платы с пациента и т.д.

3.2. Экспертиза процесса оказания медицинской помощи проводится по медицинской документации: медицинской карте стационарного больного, медицинской карте амбулаторного больного и др. по требованию к оформлению истории болезни. Экспертиза качества медицинской помощи конкретному больному осуществляется путем сопоставления объема оказанной медицинской помощи утвержденным федеральным стандартам.

При необходимости может быть проведена очная экспертиза в процессе оказания медицинской помощи.

3.3. Экспертному контролю 2 уровня ККМП подлежат:

3.3.1. в стационаре:

- все летальные исходы;
- ятрогенные заболевания;
- внутрибольничное инфицирование, осложнения лечения;
- повторные оперативные вмешательства во время стационарного лечения;
- повторные госпитализации по поводу одного и того же заболевания в течение квартала, не обоснованные технологией оказания медицинской помощи;
- заболевания с удлинёнными и укороченными сроками лечения более 30 % свыше ориентировочных сроков МЭС;
- случаи с превышением сроков временной нетрудоспособности свыше 15 и более дней;
- все обоснованные жалобы пациентов и их родственников;
- все случаи повторной госпитализации в реанимацию и ПРИТ;
- прочие случаи методом случайной выборки;

3.3.2. в поликлинике:

- все случаи смерти лиц трудоспособного возраста на дому от управляемых причин (болезни системы кровообращения, болезни органов дыхания, инфекционные заболевания; во всех возрастах - язвенная болезнь желудка и 12-типерстной кишки, острая хирургическая и гинекологическая патология);
- все случаи первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста;
- все случаи заболеваний с удлинением от ориентировочных сроков временной нетрудоспособности,
- случаи с частой госпитализацией хронических больных в течении года,
- случаи выдачи листков нетрудоспособности лицам часто и длительно болеющим (ЧДБ),
- впервые выданные листки нетрудоспособности с длительной временной нетрудоспособностью (от 10 % до 30 % методом случайной выборки);
- все расхождения диагнозов поликлиники и стационара, поликлиники и патолого-анатомического отделения;
- все обоснованные жалобы пациентов или их родственников;
- все запущенные формы онкологических заболеваний, туберкулёза;
- прочие случаи методом случайной выборки.

3.3.3. На каждый случай экспертной оценки заполняется «Карта экспертной оценки качества медицинской помощи». В результате статистической обработки рассчитываются показатели, характеризующие качество и эффективность медицинской помощи в конкретном учреждении здравоохранения и по конкретным подразделениям (специалистам).

При выявлении:

- Несущественных дефектов (оценка 1-0,9) – ознакомление с актом проведенной экспертизы.

- Существенных дефектов (оценка 0,89-0,75)- ознакомление с актом проведенной экспертизы и разбор на уровне отделения.
- Серьезных дефектов (оценка 0,74-0,5)- ознакомление с актом проведенной экспертизы, разбор на уровне отделения, представление на медицинский совет вопроса о подтверждении квалификационной категории лечащего врача.
- Грубых дефектов (оценка 0,49-0,25) - ознакомление с актом проведенной экспертизы, разбор на уровне отделения, представление на медицинский совет больницы вопроса о подтверждении квалификационной категории лечащего врача, дисциплинарное взыскание.
- Недопустимых дефектов (оценка 0)- ознакомление с актом проведенной экспертизы, разбор на уровне отделения, представление на медицинский совет вопроса о подтверждении квалификационной категории лечащего врача, дисциплинарное взыскание.

Приложение №2

Карта экспертной оценки качества медицинской помощи в условиях стационара

Дата проведения экспертизы _____ 2015г.
 отделение _____ Случай _____
 находился с _____ по _____ МЭС _____ Факт _____ ЛН _____
 ФИО _____ пациента _____ лет.
 Адрес _____ Шифр _____
 ФИО _____ лечащего врача _____
 МКБ _____
 Диагноз _____

 УКЛ зав.отделением _____ УКЛ эксперта _____

Блок	Критерии при проведении экспертизы	Характеристика критериев	Оценка критериев	Оценка
1. Выполнение общих требований (ВОТ):	1.1. Оценка правильности поставленного диагноза. 1.2. Качество экспертизы нетрудоспособности	- правильность и точность постановки диагноза, - соответствие диагноза МКБ-10 - своевременность постановки диагноза; - соответствие клинике, вынесение сопутствующих заболеваний или возникших осложнений; - сбор клинико-трудового анамнеза, - своевременность предоставления на ВК при продлении ЛН -- экспертное заключение о трудоспособности	нет замечаний - 1,0; несущественные - 0,90; существенные - 0,75; серьезные - 0,50; грубые - 0,25; отсутствие работы - 0.	
2. Оценка диагностических мероприятий (ОДМ):	2.1. Соответствие обследования протоколам (стандартам). 2.2. Выявление сопутствующих заболеваний.	- своевременность, полнота и целесообразность лабораторных исследований, их контроль и оценка, - своевременность и полнота функциональных и инструментальных исследований, целесообразность и оценка лечащим врачом, зав. отделением, - избыточный объем обследования,	нет замечаний - 1,0; несущественные - 0,90; существенные - 0,75; серьезные - 0,50; грубые - 0,25; отсутствие работы - 0.	

		- не выполнены контрольные анализы при имеющихся изменениях, -проведены без учета противопоказаний для данного вида исследования - своевременность, обоснованность назначения консультации специалистов, качество консультации.	
3.Оценка лечебных мероприятий (ОЛМ):	3.1.Соответствие лечения протоколам и стандартам. 3.2.Критерии для оперированного больного: 3.2.1.Оценка хирургической тактики. 3.2.2. Оценка предоперационного периода (полнота и длительность). 3.2.3.Своевременность выполнения операции. 3.2.4.Оценка анестезиологического пособия. 3.2.5.Ведение послеоперационного периода.	-обоснованность лечения (гемотрансфузии), -адекватность лечения диагнозу, -проведение в полном объеме, -своевременность начатого лечения, -своевременность выполненной операции, -своевременность направления в стационар, отделение анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии, -тактика при выполнении операции - избыточная терапия, - назначение не сочетаемых или противопоказанных с учетом сопутствующей патологии лекарств, -своевременность лечения сопутствующих заболеваний, - лечение не соответствует диагнозу	нет замечаний - 1,0; незначительные - 0,90; существенные - 0,75; серьезные - 0,50; грубые - 0,25; отсутствие работы - 0.
4.Оценка эффективности медицинской помощи (ОЭМП):	4.1. Оценка результата лечения. 4.2. Оценка выявления и лечения осложнений. 4.3.Оценка экономической обоснованности назначений 4.А. Критерии при летальном исходе: 4.А.1. Соответствие клинического и секционного диагнозов. 4.А.2. Оценка возможности предотвращения летального исхода на данном этапе. 4.А.3. Оценка адекватности лечебной тактики и объема помощи.	-сроки лечения адекватные, -ранняя выписка, -цель госпитализации достигнута, -эффективность лечения, -возникновение осложнений в результате неправильной тактики лечения, -расхождения заключительного клинического диагноза с патологоанатомическим диагнозом по основному заболеванию.	нет замечаний - 1,0; незначительные - 0,90; существенные - 0,75; серьезные - 0,50; грубые - 0,25; отсутствие работы - 0.
5.Качество ведения документации	Жалобы	-характеристика симптомов, причины и условия при которых возникают и прекращаются симптомы, динамика после предшествующего лечения;	нет замечаний - 1,0; незначительные - 0,90; существенные - 0,75; серьезные - 0,50;

Анамнез жизни	заболевания,	-полнота анамнеза заболевания или травмы;	грубые - 0,25; отсутствие работы - 0
Ведение медицинской документации, оформление л/н		-своевременность осмотра зав. отделением; -этапные эпикризы; -наличие информированного согласия; -своевременность представления на ВК при сроке ЛН свыше 15 дней, на МЭС; -представление на ВК при назначении препаратов не входящие в ЖНВЛС и стандарты, -наличие подробного выписного эпикриза с рекомендациями -указание рекомендаций по ЭВН (явка к врачу); -локальный статус; -соответствие объективных данных сформулированному диагнозу; -наблюдения в динамике по общему состоянию.	
Объективный статус			

Общая сумма баллов по пяти блокам оценивается по 5 баллам.

Для приведения к единому стандарту уровня качества лечения (УКЛ) полученные величины по блокам суммируем и делим на 5.

Выявлены дефекты _____ УКЛ _____

Оценка ККМП:

- 1,0-0,9- несущественные дефекты,
- 0,89-0,75- существенные дефекты,
- 0,74-0,5- серьезные дефекты
- 0,49-0,25 грубые дефекты
- Менее 0,24 недопустимые дефекты

Рекомендовано:

1. Обучение по оформлению медицинской документации.
2. Обучение по ведению больных согласно стандартам оказания медицинской помощи.
3. Обучение по экспертизе временной нетрудоспособности.
4. Разбор КМП на уровне отделения.
5. Патологоанатомическая конференция.
6. Прочее _____

Эксперт _____

Приложение № 3

Карта экспертной оценки качества медицинской помощи в условиях поликлиники

Дата _____ проведения _____ экспертизы _____ 2011г.
отделение _____ Случай _____

находился с _____ по _____ МЭС _____ Факт _____ ЛН _____

ФИО _____ пациента _____ лет.

Адрес _____

ФИО _____ лечащего врача _____ Шифр _____

МКБ _____

Диагноз _____

УКЛ зав.отделением _____ УКЛ эксперта _____

Блок	Критерии при проведении экспертизы	Характеристика критериев	Оценка критериев	Оценка
1. Выполнение общих требований (ВОТ):	1.1. Оценка правильности поставленного диагноза. 1.2. Качество экспертизы нетрудоспособности и др.	- правильность и точность постановки диагноза, - соответствие диагноза МКБ-10 - своевременность постановки диагноза; - соответствие клинике, - вынесение сопутствующих заболеваний или возникших осложнений; - сбор клинико-трудового анамнеза, - своевременность предоставления на врачебную комиссию - своевременность направления на МСЭК - экспертное заключение о трудоспособности - наличие заполненного листа ВН, - реализация медицинской реабилитации инвалида по ИПР	- нет замечаний - 1,0; - несущественные - 0,90; - существенные - 0,75; - серьезные - 0,50; - грубые - 0,25; - отсутствие работы - 0.	
2. Оценка диагностических мероприятий (ОДМ):	2.1. Соответствие обследования протоколам (стандартам). 2.2. Выявление сопутствующих заболеваний.	- своевременность, полнота и целесообразность лабораторных исследований, их контроль и оценка, - своевременность и полнота функциональных и инструментальных исследований, целесообразность и оценка лечащим врачом, зав. отделением, - избыточный объем обследования, - не выполнены контрольные анализы при имеющихся изменениях, - проведены без учета противопоказаний для данного вида исследования - своевременность, обоснованность назначения консультации специалистов, качество консультации.	- нет замечаний - 1,0; - несущественные - 0,90; - существенные - 0,75; - серьезные - 0,50; - грубые - 0,25; - отсутствие работы - 0.	

3. Оценка лечебных мероприятий (ОЛМ):	3.1. Соответствие лечения протоколам и стандартам. 3.2. своевременное лечение сопутствующей патологии.	- обоснованность лечения, - адекватность лечения диагнозу, - проведение в полном объеме, - своевременность начатого лечения, - своевременность выполненной операции, манипуляции - своевременность направления в стационар, - тактика при выполнении операции - избыточная терапия, - назначение не сочетаемых или противопоказанных с учетом сопутствующей патологии лекарств, - своевременность лечения сопутствующих заболеваний, - лечение не соответствует диагнозу	- нет замечаний - 1,0; - несущественные - 0,90; - существенные - 0,75; - серьезные - 0,50; - грубые - 0,25; - отсутствие работы - 0.
4. Оценка эффективности и медицинской помощи (ОЭМП):	4.1. Оценка результата лечения. 4.2. Оценка выявления и лечения осложнений. 4.3. Оценка экономической обоснованности назначений	- адекватность сроков лечения, - цель госпитализации достигнута. - эффективность лечения, исходы - соблюдение преемственности между поликлиникой и стационаром, - возникновение осложнений в результате неправильной тактики лечения, - расхождения заключительного клинического диагноза с патологоанатомическим диагнозом по основному заболеванию - качество диспансерного наблюдения - результат проведенного санаторно-курортного лечения или высокотехнологичной медицинской помощи	- нет замечаний - 1,0; - несущественные - 0,90; - существенные - 0,75; - серьезные - 0,50; - грубые - 0,25; - отсутствие работы - 0.
5. Качество ведения документации	Жалобы Анамнез заболевания, жизни Ведение медицинской документации, оформление л/н	- характеристика симптомов, причины и условия при которых возникают и прекращаются симптомы, динамика после предшествующего лечения; - полнота анамнеза заболевания или травмы; - своевременность осмотра заведующим отделением; - этапные эпикризы; - наличие информированного согласия; - оформление представления на ВК - наличие подробного эпикриза с рекомендациями, - запись о выдаче ЛН, - -	- нет замечаний - 1,0; - несущественные - 0,90; - существенные - 0,75; - серьезные - 0,50; - грубые - 0,25; - отсутствие работы - 0

Объективный статус

локальный статус;
-соответствие объективных данных сформулированному диагнозу;
-наблюдения в динамике по общему состоянию
-правильность заполнения ЛН, формы 088\У, 070/У, 072/У,
-правильность заполнения медицинской документации на ВМП и СМП,
-ведение карты диспансерного наблюдения (ф-030/У),
-своевременность выписки рецепта по ДЛО.

Общая сумма баллов по пяти блокам оценивается по 5 баллам.

Для приведения к единому стандарту уровня качества лечения (УКЛ) полученные величины по блокам суммируем и делим на 5.

Выявлены дефекты _____ УКЛ _____
Оценка ККМП:

- 1,0-0,9- несущественные дефекты,
- 0,89-0,75- существенные дефекты,
- 0,74-0,5- серьезные дефекты
- 0,49-0,25 грубые дефекты
- Менее 0,24 недопустимые дефекты

Рекомендовано:

1. Обучение по оформлению медицинской документации.
2. Обучение по ведению больных согласно стандартам оказания медицинской помощи.
3. Обучение по экспертизе временной нетрудоспособности.
4. Разбор КМП на уровне отделения.
5. Патологоанатомическая конференция.
6. Прочее _____

Приложение 2

к Примерному положению о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности учреждений здравоохранения Республики Крым

КАРТА ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЛЕЧЕНИЯ (ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ)

от " ____ " _____ 20__ г.

1. Идентификация случая _____
Ф.И.О. пациента, N медицинской карты
2. Идентификация эксперта _____
Ф.И.О. эксперта

3. Характеристика случая (законченный, этап, ВН).

4. Заключительный (основной) диагноз _____

N и/и	Критерии оценки по этапам	Результат	
		Шифр буква	В баллах
1	2	3	4
	Полнота (объем)		
1	1а Анамнез		
	А) в полном объеме 1 балл Б) частично (от 0,1 до 0,9 балла) В) не представлен 0 баллов		
	1б Объективных данных		
2	А) в полном объеме 1 балл Б) частично (от 0,1 до 0,9 балла) В) не представлен 0 баллов		
	Полнота и обоснованность дополнительных методов обследования		
	А) адекват. и обосн. в мед. документации полностью 1 балл Б) обосновано частично (от 0,1 до 0,9 балла) В) неадекват. и необосн. в мед. документации 0 балла		
3	Диагноз		
	3а Обоснование		
	А) обоснован и сформулирован правильно 1 балл Б) некорректная формулировка (от 0,1 до 0,9 балла) В) неверный 0 баллов		
4	3б Своевременность постановки		
	А) в соответствии со сроками - 1 балл Б) задержана постановка (от 0,1 до 0,9 балла)		
	Лечение		
4	4а Выбор методов		
	А) правильный - 1 балл Б) неправильно - 0 баллов или (от 0,1 до 0,9 балла)		
	4б Полнота применения различных методов лечения		
5	(медикаментозного, физиотерапевтического и др.) и их достаточность)		
	А) полное и достаточное - 1 балл Б) неполное (от 0,1 до 0,9 балла) В) не проведено 0 баллов		
	4в Своевременность применения методов		
5	А) своевременно - 1 балл Б) задержано (от 0,1 до 0,9 балла)		
	Консультации		
	А) обоснованы и проведены - 1 балл Б) не обоснованы, но проведены (не проведены) 0 баллов или (от 0,1 до 0,9 балла)		

	В) обоснованы, но не проведены (от 0,1 до 0,9 балла)		
6	Динамика лечения и контроль А) полностью отражена в мед. докум. - 1 балл Б) не отражена, либо частично отражена - 0 баллов или (от 0,1 до 0,9 балла) В) контроль проведен полностью - 1 балл Г) не проведен, либо частично 0 баллов (от 0,1 до 0,9 балла)		
7	Сроки лечения А) соответствуют стандарту - 1 балл Б) не соответствуют 0 баллов или (от 0,1 до 0,9 балла)		
8	Достижение результата А) достигнут в соответствии с прогнозом - 1 балл (выздоровление, ремиссия, улучшение) Б) не достигнут 0 баллов или (от 0,1 до 0,9 балла) (ухудшение, инвалидизация и др.)		
9	Экспертиза временной нетрудоспособности 10в Представление на КЭК А) соответствуют нормативу 1 балл Б) с нарушениями инструкции (от ОД до 0,9 балла) В) не представлен 0 баллов		
	Выводы и заключение		
	Подсчитывается общая сумма баллов		

Приложение № 4

ТРЕБОВАНИЯ, ПРЕДЪЯВЛЯЕМЫЕ К ВЕДЕНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ

1. Общие положения

1.1. Основным юридическим документом, отражающим состояние пациента, является медицинская карта (формы - N 003/у; 025/у; и т.д.).

1.2. Медицинская карта:

- хранится 25 лет;
- оформляется на каждого, кто осматривается или лечится, как в стационарных условиях, так и амбулаторных;
- служит основой для планирования помощи больному, оценки состояния больного и его лечения;
- обеспечивает документальные доказательства проводимого курса диагностики, лечения и изменений в состоянии больного;
- содержит достаточную информацию о конкретном больном, обосновании диагноза, лечения и о выполненных медицинских вмешательствах и результатах лечения;
- служит для защиты законных прав пациента;
- изымается из архива за пределы лечебного учреждения по официальному запросу правоохранительных органов, вышестоящего органа управления здравоохранения, ТФОМС и его филиалов, в остальных случаях все виды экспертизы производятся в учреждении здравоохранения на месте.

1.3. Для обеспечения максимально возможной информации о любом конкретном больном для профессионалов, оказывающих помощь, должна быть использована единая система записей.

1.4. Медицинская документация должна быть оформлена разборчиво и четко. Каждая запись заверяется подписью лечащего врача с указанием даты и времени осмотра пациента или медицинского вмешательства, а также в соответствии с требованиями, установленными действующими нормативными актами и инструктивными материалами.

Оформление документации, в частности, должно соответствовать следующим требованиям:

1.4.1. Подписи врачей, принимающих участие в обеспечении лечебно-диагностического процесса, должны быть оформлены полностью. Краткие подписи из нескольких букв запрещаются.

1.4.2. Содержимое медицинской карты должно быть достаточно детализировано и организовано для того, чтобы обеспечить:

- лечащему врачу - возможность оказания эффективной помощи больному, возможность оценки состояния больного в определенный момент, оценки диагностических и терапевтических процедур, а также реакции больного на лечение;
- консультанту - возможность ознакомиться с историей заболевания, изложить результат своего осмотра;
- другому врачу - возможность ознакомиться с лечением больного в любое время;
- всем допущенным и заинтересованным лицам - предоставление существенной информации, необходимой для оценки лечения и качества предоставленных услуг;
- возможность извлечения информации для административных, статистических целей, для оценки качества медицинской помощи, поэтому возможно создавать стандартизованный формат записей, но это не исключает любых нововведений для улучшения ведения медицинских карт, которые бы упрощали время заполнения, знакомство или копирование информации без ущерба для ее содержания;
- символы и аббревиатура в медицинских картах могут использоваться только общепринятые.

1.7. Медицинские работники обязаны:

- заполнять документы в соответствии с реквизитами, предусмотренными утвержденными формами этих документов;
- не допускать искажений (не соответствующей действительности информации) в медицинской документации;
- недопустимы сокращенные записи диагноза и названий лекарственных препаратов;
- информировать пациентов (например, путем настенной информации) о возможности в случае возникновения у них претензий к качеству лечения обратиться к главному врачу, в страховую медицинскую организацию или в ТФОМС или его филиалы (с указанием их адресов и телефонов).

2. Медицинская карта стационарного больного (стационара дневного пребывания) должна содержать:

2.1. Паспортную часть, где должны быть указаны:

- фамилия, имя, отчество полностью;
- дата рождения, адрес, место работы (учебы);
- наименование страховой медицинской организации; серия, номер медицинского полиса;
- при наличии аллергии на медицинские препараты, лекарственные средства, вызывающие аллергию, перенесенный гепатит должны быть указаны на лицевой стороне истории болезни;
- отметка о группе крови и резус-факторе;
- дата и час поступления в медицинское учреждение (в приемный покой, непосредственно в отделение и под наблюдение лечащего врача);
- диагноз, установленный учреждением, направившим больного стационар.

2.2. Данные осмотра пациента при поступлении в стационар:

- время осмотра;
- жалобы пациента;

- анамнез жизни и заболевания, аллергологический анамнез (при наличии аллергии на медицинские препараты, лекарственные средства, вызывающие аллергию, должны быть указаны на титульном листе истории болезни), клинико-трудовой анамнез, эпидемиологический анамнез;

- данные объективного (физикального) обследования с оценкой тяжести состояния пациента при поступлении.

2.3. Предварительный диагноз при поступлении, план обследования и лечения не позднее 2-х часов с момента обращения.

2.4. Клинический диагноз в соответствии с международной классификацией болезней (клинический диагноз устанавливается в первые три дня пребывания больного в стационаре и в экстренных случаях не позднее 24 часов).

2.5. План ведения больного, сроки осмотра заведующим отделением, консультации специалистов по показаниям, проведение консилиума у тяжелых и неясных в диагностическом плане больных. У тяжелого больного в день поступления в историю болезни заведующим отделением должны быть зафиксированы результаты осмотра с заключением, с предварительным диагнозом, планом обследования и лечения. В случае несогласия заведующий отделением письменно вносит свои коррективы в историю болезни.

2.6. Оформление дневников и этапных эпикризов:

- дневник ведения пациентов: интенсивное наблюдение в зависимости от тяжести заболевания не реже 1 раза в 3 часа, динамическое наблюдение не реже чем через 6 часов, плановое (при удовлетворительном состоянии) ежедневно 1 раз в день;

- этапные эпикризы - 1 раз в 10 дней.

Этапные эпикризы должны отражать динамику состояния больного и оформляются в случаях:

- при изменении основного диагноза с обоснованием нового диагноза;

- при проявлении серьезных осложнений основного заболевания, обострения сопутствующих заболеваний;

- при передаче больного другому специалисту и переводе в другое отделение;

- при превышении сроков пребывания больного в стационаре от утвержденной средней длительности лечения по нозологии с обоснованием причины задержки больного;

- выписной (посмертный) эпикриз с описанием динамики состояния больного, данных обследования, проведенного лечения и его эффективности, рекомендациями по дальнейшему лечению, наблюдению, трудоспособности;

- предоперационный эпикриз с обоснованием показаний к операции и согласие больного на операцию;

- запись результатов осмотра анестезиологом;

- карта наблюдения больного в отделении интенсивной терапии и реанимации, наркозная карта;

- транс фузионный протокол;

- протокол операции;

- протокол патологоанатомического исследования, патологоанатомический диагноз.

2.7. Правильно оформленные температурные листы, листы назначений и результатов обследования; лист назначений с обязательной ежедневной отметкой о выполнении:

- температурный лист;

- лист индивидуального наблюдения для детей в возрасте до 1 года (в том числе лист питания);

- результаты дополнительного обследования (лабораторного, рентгенологического, функционально-диагностического и т.д.) в соответствии с листом назначений.

2.8. Соответствующим образом должны быть оформлены записи (фамилии, даты, подписи):

- обследование на содержание наркотиков и алкоголя;

- о показаниях к гемотрансфузиям;

- о введении наркотических препаратов;

- показания к обследованию на ВИЧ;
- о выдаче, продлении листка нетрудоспособности, направлении на ВК;
- об отказе больного от лечебно-профилактических процедур, операций;
- о нарушении режима;
- заключение консилиума.

2.9. Медицинская карта стационарного больного должна быть проверена, проведена экспертиза ККМП 1 уровня и подписана заведующим отделением.

3. Медицинская карта амбулаторного больного:

3.1. Должна содержать:

- полностью заполненную паспортную часть (фамилию, имя, отчество полностью), дату рождения, домашний адрес, место работы, должность, наименование страховой медицинской организации, серию и номер полиса; для граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг, оформление в соответствии с Приказом МЗ и СР РФ от 22.11.2004 N 255;
- аллергологический анамнез (при наличии аллергии на медицинские препараты, лекарственные средства, вызывающие аллергию, должны быть указаны на лицевой стороне амбулаторной карты), клинико-трудовой и эпидемиологический анамнез;
- лист заключительных уточненных диагнозов;
- четко оформленные записи об амбулаторных посещениях с обоснованием диагноза, показаний к госпитализации;
- лечебные и профилактические назначения;
- информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства,
- лист временной нетрудоспособности,
- результаты дополнительных исследований;
- лист флюорографических и других целевых осмотров;
- данные о консультациях специалистов;
- для диспансерных больных вводные, переводные и этапные годовые эпикризы;
- выписки из историй болезни или их копии (в случае стационарного лечения).

3.2. В амбулаторной карте соответствующим образом (даты, подписи) должны быть оформлены записи:

- направление на ВК, данные осмотра и решения ВК;
- о направлении на госпитализацию;
- о направлении на санаторно-курортное лечение и т.п.;
- о выписке льготного рецепта;
- клинический диагноз должен быть полным, согласно принятой классификации, с указанием основного и сопутствующего заболевания, их форм, стадии, осложнений;
- о выдаче, продлении и закрытии листка нетрудоспособности больного, N листка нетрудоспособности, дата последующей явки.

3.3. Все записи лечащего врача должны быть им подписаны и заверены личной печатью, содержать отметку о дате и времени осмотра пациента.

Приложение 3

к Примерному положению о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности учреждений здравоохранения Республики Крым

**Акт экспертизы
качества медицинской помощи II уровня**

Медицинская организация

ФИО, должность эксперта

Дата экспертизы

Результаты экспертизы

Отделения (службы)	Экспертиза		Результат	
	Медицинские документы	Число документов	УКЛ (УКД)	Доля (% документов с отклонением от стандарта от общего числа экспертиз)

Замечания по ведению медицинской документации

Эксперт _____
ФИО

подпись

Ознакомлены _____

Приложение №6

к Примерному положению о внутреннем контроле качества и безопасности
медицинской деятельности учреждений здравоохранения Республики Крым

ПРИМЕРНЫЕ ИНДИКАТОРЫ

ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

№ п/п	Наименование индикаторов	Единица измерения	Источник информации	Периодично сть информаци и	Показатель по ЦРБ
	АМБУЛАТОРНО- ПОЛИКЛИНИЧЕС				

	КАЯ СЛУЖБА				
	1. Показатели деятельности				
1.1.	Укомплектованность должностей терапевтов терапевтических участков физическими лицами	Отношение числа занятых физическими лицами должностей, к общему числу должностей участковых терапевтов	уч. ф. N 30, ф. 47	Ежегодно	
1.2.	Выполнение муниципального плана-задания: - по посещениям;	Отношение фактического объема работы к	уч. ф. N 039/y-02	Ежемесячно и с нарастающ им итогом	
	- по СЗТ	плану-заданию			
1.3.	Удельный вес медицинской помощи на дому: - у врачей всех специальностей;	Удельный вес посещений на дому в общем количестве посещений (в поликлинику и на дому)	уч. ф. N 039/y-02	Ежемесячно и с нарастающ им итогом	
	- у участковых терапевтов				
1.4.	Удельный вес посещений, выполненных с профилактической целью	Отношение числа посещений с профилактической целью к общему числу посещений в поликлинику	уч. ф. N 039/y-02	Ежемесячно и с нарастающ им итогом	
1.5.	Охват диспансерным наблюдением больных хроническими заболеваниями	Число больных, состоящих на диспансерном учете на 1000 прикрепленного населения	уч. ф. N 030/y-04	Ежегодно	
1.6.	Охват диспансерным наблюдением неработающих пенсионеров	Удельный вес неработающих пенсионеров, состоящих на диспансерном	уч. ф. N 030/y-тер.	Ежегодно	

		учете к общему числу неработающих пенсионеров			
1.7.	Охват прикрепленного населения профилактическими прививками: - против дифтерии (включая возрастные группы);	Отношение числа привитых к плану	уч. ф. N 030/у-тер.	Ежеквартально и с нарастающим итогом	
	- против гепатита В (в возрасте до 35 лет);				
	- против краснухи (женщин в возрасте до 25 лет);				
	- против гриппа				
1.8.	Охват прикрепленного населения флюорографическим осмотром	Отношение числа осматриваемых к планируемому числу	уч. ф. N 050/у	Ежеквартально	
	2. Показатели результативности				
2.1.	Уровень госпитализации больных в стационар с круглосуточным пребыванием	Число госпитализированных на 1000 прикрепленного населения	СМО	Ежемесячно	
2.2.	Обращаемость населения на ССМП	Число обращений на ССМП на 1000	ССМП	Ежемесячно	
2.3.	Смертность населения в трудоспособном возрасте	Число случаев смерти на 1000 трудоспособного населения	Главное бюро медико-санитарной экспертной комиссии	Ежегодно	
2.4.	Реабилитация инвалидов полная и частичная	Удельный вес реабилитированных в общем числе	Бюро медико-социальной	Ежегодно	

		инвалидов	экспертизы		
	3. Показатели дефектов				
3.1.	Материнская смертность	1 случай	уч. ф. 14	Ежемесячно	
3.2.	Выявление заболеваний поздних стадиях: - туберкулезом; - онкологических	1 случай	уч. ф. 0-89 ТУБ уч. ф. <u>025-12/y</u>	Ежемесячно	
3.3.	Жалобы населения	1 случай на 10000 прикрепленного населения	Журнал регистрации жалоб		
	СТАЦИОНАРНАЯ ПОМОЩЬ				
	1. Показатели деятельности				
1.1.	Аттестовано врачей	Число аттестованных врачей к числу подлежащих аттестации (в %)			
1.2.	Аттестовано медсестер	Число аттестованных медсестер к числу подлежащих аттестации (в %)			
1.3.	Укомплектованность врачебными кадрами	Удельный вес должностей занятых физическими лицами врачей			
1.4.	Укомплектованность медицинскими сестрами	Удельный вес должностей занятых физическими лицами медсестер			
1.5.	Работа среднегодовой койки	Число дней работы койки в году			

1.6.	Удельный вес больных II - III категории сложности курации	Удельный вес больных II - III категории сложности курации в общем числе больных			
1.7.	Средняя длительность лечения больного	Дни госпитализации 1 больного			
1.8.	Оперативная активность	Удельный вес оперированных больных в числе госпитализирован ных в хирургическое отделение			
1.9.	Дооперационный койко-день	Число дней до операции			
1.10.	Уровень качества медицинской помощи	% к стандарту			
1.11.	Летальность	Удельный вес летальных случаев в числе госпитализирован ных больных			
1.12.	Послеоперационная летальность	Удельный вес умерших к числу оперированных			
1.13.	Послеоперационные осложнения	Удельный вес оперированных больных с осложненными операциями в общем числе оперированных больных			
1.14.	Расхождение клинико- анатомических диагнозов (II - III)	Удельный вес больных с расхождением диагноза в числе вскрытий			
1.15.	Удовлетворенность	Удельный вес			

	пациентов качеством мед. помощи	числа больных, удовлетворенных помощью, в числе госпитализированных			
1.16.	Расходы по ст. "Медикаменты"	Сумма расходов на 1 койко-день			
	2. Дефекты				
2.1.	Досуточная летальность детей до 1 года	Каждый случай			
2.2.	Внутрибольничные заражения	1 случай на 1 тыс. госпитализированных			
2.3.	Незапланированный возврат в операционную	Каждый случай			
2.4.	Смертельные нераспознанные осложнения	Каждый случай			
2.5.	Ятрогенные заболевания	Каждый случай			
2.6.	Материнская смерть предотвратимая	Каждый случай			
2.7.	Жалобы пациентов обоснованные	Каждый случай			
	ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР				
	1. Показатели деятельности				
1.1.	Укомплектованность врачебными кадрами	Удельный вес должностей занятых физич. лицами врачей			
1.2.	Укомплектованность медицинскими сестрами	Удельный вес должностей занятых физич. лицами м/с			
1.3.	Аттестовано врачей	Число аттестованных			

		врачей к числу подлежащих в %			
1.4.	Аттестовано медсестер	Число аттестованных м/с к числу подлежащих в %			
1.5.	Работа койки	Число дней работы в году			
1.6.	Удельный вес больных II - III категории сложности курации	Число больных II - III категорий к общему числу больных в %			
1.7.	Средняя длительность лечения стационаре	Дней госпит. 1 больного			
1.8.	Уровень качества медицинской помощи	Удельный вес оценки достигнутых результатов к стандарту			
1.9.	Летальность	Число летальных исходов к числу госпитализирован ных в %			
1.10.	Расхождение клинико- анатомических диагнозов	Удельный вес числа больных с расхождением к числу вскрытий			
1.11.	Удовлетворенность пациентов качеством мед. помощи	Удельный вес числа больных удовлетворенных стационарным лечением к общему числу госпитализирован ных			
	2. Дефекты				
2.1.	Внутрибольничные заражения	Каждый случай			
2.2.	Смертельные нераспознанные	Каждый случай			

	осложнения				
2.3.	Ятрогенные заболевания	Каждый случай			
2.4.	Жалобы пациентов обоснованные	Каждый случай			
	АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР				
	1. Показатели деятельности				
1.1.	Аттестовано врачей	Удельный вес аттестованных врачей к числу подлежащих			
1.2.	Аттестовано медсестер	Удельный вес аттестованных м/с к числу подлежащих			
1.3.	Укомплектованность врачебными кадрами	Удельный вес должностей занятых физич. лицами врачей			
1.4.	Укомплектованность медицинскими сестрами	Удельный вес должностей м/с занятых физич. лицами			
1.5.	Работа койки	Число дней работы в году			
1.6.	Удельный вес больных II - III категории сложности курации	Число больных II - III категорий к общему числу больных			
1.7.	Средняя длительность	Дней госпит. I больного			
1.8.	Оперативная активность	Удельный вес оперированных больных к числу госпитализированных			

1.9.	Дооперационный койко-день	Число дней до операции			
1.10.	Уровень качества медицинской помощи	Удельный вес оценки фактич. показ. к стандарту			
1.11.	Летальность	Удельный вес летальных случаев к числу госпитализ			
1.12.	Послеоперационная летальность	Уд. вес умерших к числу оперированных			
1.13.	Послеоперационные осложнения	Удельный вес оперированных больных с осложнениями к числу операций			
1.14.	Расхождение клинико-анатомических диагнозов (II - III)	Удельный вес больных с расхождением диагноза к числу вскрытий			
1.15.	Удовлетворенность пациентов качеством мед. помощи	Удельный вес числа больных удовлетворенных медпомощью к числу госпиталю.			
	2. Дефекты				
2.1.	Внутрибольничные заражения	Каждый случай			
2.2.	Незапланированный возврат в операционную	Каждый случай			
2.3.	Смертельные нераспознанные осложнения	Каждый случай			
2.4.	Ятрогенные заболевания	Каждый случай			
2.5.	Материнская смертность предотвратимая	Каждый случай			

2.6.	Жалобы пациентов обоснованные	Каждый случай			
	ХИРУРГИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР				
	1. Показатели деятельности				
1.1.	Аттестовано врачей	Число аттестованных врачей к числу подлежащих в %			
1.2.	Аттестовано медсестер	Число аттестованных м/с к числу подлежащих в %			
1.3.	Укомплектованность врачебными кадрами	Удельный вес должностей занятых физич. лицами врачей			
1.4.	Укомплектованность медицинскими сестрами	Удельный вес должностей м/с занятых физич. лицами			
1.5.	Работа койки	Число дней работы в году			
1.6.	Удельный вес больных II - III категории сложности курации	Число больных II - III категорий к общему числу больных (в %)			
1.7.	Средняя длительность	Дней госпит. 1 больного			
1.8.	Оперативная активность	Удельный вес оперированных больных к числу госпитализированных			
1.9.	Дооперационный койко-день	Число дней до операции			
1.10.	Уровень качества мед. помощи	Удельный вес результатов оценки фактич. показателей к			

		стандарту			
1.11.	Летальность	Число летальных случаев к числу госпитализ. (в %)			
1.12.	Послеоперационная летальность	Уд. вес умерших к числу оперированных			
1.13.	Послеоперационные осложнения	Число оперированных больных с осложнениями к числу операций (в %)			
1.14.	Расхождение клинико-анатомических диагнозов (II - III)	Число больных с расхождением диагноза к числу вскрытий (в %)			
1.15.	Удовлетворенность пациентов качеством мед. помощи	Удельный вес числа больных удовлетворенных медпомощью к числу госпитализ.			
	2. Дефекты				
2.1.	Внутрибольничные заражения	Каждый случай			
2.2.	Незапланированный возврат в операционную	Каждый случай			
2.3.	Смертельные нераспознанные осложнения	Каждый случай			
2.4.	Ятрогенные заболевания	Каждый случай			
2.5.	Жалобы пациентов обоснованные	Каждый случай			
	ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР				
	1. Показатели деятельности				
1.1.	Аттестовано врачей	Число			

		аттестованных врачей к числу подлежащих в %			
1.2.	Аттестовано медсестер	Число аттестованных м/с к числу подлежащих в %			
1.3.	Укомплектованность врачебными кадрами	Удельный вес должностей занятых физич. лицами врачей			
1.4.	Укомплектованность медицинскими сестрами	Удельный вес должностей м/с занятых физич. лицами			
1.5.	Работа койки	Число дней работы в году			
1.6.	Удельный вес больных II - III категории сложности курации	Число больных II - III категорий к общему числу больных			
1.7.	Средняя длительность	Дней госпит. 1 больного			
1.8.	Уровень качества медицинской помощи	Удельный вес оценки фактического показателя к стандарту			
1.9.	Летальность	Число летальных исходов к числу госпитализ.			
1.10.	Расхождение клинико- анатомических диагнозов (II - III)	Удельный вес числа больных с расхождением к числу вскрытий			
1.11.	Удовлетворенность пациентов качеством мед. помощи	Удельный вес числа больных удовлетворенных госпитализ. к общему числу опрошенных			
	2. Дефекты				

2.1.	Досуточная летальность детей до 1 года	Каждый случай			
2.2.	Внутрибольничные заражения	Каждый случай			
2.3.	Смертельные нераспознанные осложнения	Каждый случай			
2.4.	Ятрогенные заболевания	Каждый случай			
2.5.	Жалобы пациентов обоснованные	Каждый случай			
	ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ КАБИНЕТ				
	1. Показатели деятельности				
1.1.	Аттестовано врачей	Число аттестованных врачей к числу подлежащих (в %)			
1.2.	Аттестовано медсестер	Число аттестованных медсестер к числу подлежащих (в %)			
1.3.	Доля пациентов, получающих стационарную психиатрическую помощь в общем числе от наблюдаемых пациентов	Число больных, получивших стационарную помощь, к общему числу больных (в %)			
1.4.	Доля пациентов, снятых с диспансерного наблюдения в связи с переводом в консультативную группу	Число снятых с диспансерного наблюдения к общему числу диспансерных (в %)			
1.5.	Повторные госпитализации в психиатрический	Число повторных госпитализаций к общему числу			

	стационар в течение года от общего числа госпитализаций в течение года	госпитализаций (в %)			
1.6.	Первичный выход на инвалидность среди работающих пациентов	На 10 тыс. населения			
	2. Дефекты				
2.1.	Число ООД в связи с ухудшением психического состояния	Каждый случай			
2.2.	Жалобы пациентов обоснованные	Каждый случай			
2.3.	Количество больных находящихся в стационаре свыше 2 лет в % от находящихся в стационаре	Каждый случай			
2.4.	Расхождение клинико-анатомических диагнозов	Каждый случай			
	ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКИЙ КАБИНЕТ				
	1. Показатели деятельности				
1.1.	Аттестовано врачей	Число аттестованных врачей к числу подлежащих (в %)			
1.2.	Аттестовано медицинских сестер	Число аттестованных медсестер к числу подлежащих (в %)			
1.3.	Работа койки	Число дней работы в году			
1.4.	Уровень качества медицинской	Удельный вес результатов			

	помощи	оценки фактич. показателей к стандарту			
1.5.	Обследование контактов:	Число контактных лиц к общему числу выявленных (в %)			
	сифилис				
	гонорея				
1.6.	Активное выявление:	Число активно выявленных к числу зарегистрированных (в %)			
	сифилис				
	гонорея				
	микозы				
	чесотка				
1.7.	Оперативное обследование контактных лиц (в 3 дня):	Количество контактных обследованных в первые 3 дня к общему числу выявленных (в %)			
	сифилис				
	гонорея				
	2. Дефекты				
2.1.	Случаи ятрогений	Каждый случай			
2.2.	Обоснованные жалобы	Каждый случай			
	ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ КАБИНЕТ				
	1. Показатели деятельности				
1.1.	Аттестовано врачей	Число аттестованных врачей к числу			

		подлежащих (в %)			
1.2.	Аттестовано медсестер	Число аттестованных м/с к числу подлежащих (в %)			
1.3.	Заболеваемость общая	На 100 000 населения			
1.4.	Болезненность ФКТЛ	На 100 000 населения			
1.5.	Ранние рецидивы из 3 гр. ДУ	Удельный вес лиц с рецидивами от среднегодовой численности наблюд. в 3 гр. ДУ в отч. году			
1.6.	Клиническое излечение	Число перевод. из активных групп в неактивную 3 гр. ДУ (в %)			
1.7.	Абацилирование	Число перевода из 3 гр. ДУ от числа состоящих на учете больных с ВК + в 1 - 2 гр. ДУ на начало года (в %)			
1.8.	Прекращение ВК и закрытие полостей распада	Число лиц прекращ. ВК к общему числу впервые выявленных в отч. году			
1.9.	Работа стационарной койки	Дней работы койки в году			
	2. Дефекты				
2.1.	Преждевременная выписка из стационара	Каждый случай			
2.2.	Отрыв больных от лечения	Число больных не подавшихся лечению от состоящих в I гр.			

		ДУ (в %)			
2.3.	Ятрогенная	Каждый случай			
2.4.	Расхождение клинико- анатомических диагнозов	Число больных с расхождением к числу вскрытий (в %)			
2.5.	Обоснованные жалобы	Каждый случай			

Приложение 8
к Примерному положению о внутреннем контроле качества и
безопасности медицинской деятельности учреждений
здравоохранения Республики Крым

АНКЕТА ПАЦИЕНТА СТАЦИОНАРА

Просим Вас оценить по пятибалльной шкале условия оказания Вам медицинской помощи. Для этого необходимо обвести кружком или отметить иначе Ваше мнение. Один балл является минимальной оценкой и 5-максимальной. Ваши оценки помогут нам выявить недостатки нашей работы.

Заранее благодарим за помощь!

Как Вы оцениваете:

1. - порядок организации получения стационарной медицинской помощи в учреждении (срок ожидания плановой госпитализации, срок ожидания в приемном отделении, своевременность первичного осмотра лечащего врача, своевременность назначения диагностических и лечебных процедур и т.д.) 1 2 3 4 5
2. - квалификацию и профессионализм врачей (устраивают ли Вас советы врачей, часто ли меняются лечебные процедуры и медикаменты, обоснованность их смены, привлечение к лечебно-диагностическому процессу заведующих отделениями и т.д.) 1 2 3 4 5
- среднего медперсонала (техника владения манипуляциями и процедурами, даются ли разъяснения по характеру процедур, советы и т.д.) 1 2 3 4 5
3. - состояние материально-технического обеспечения (наличие и качество постельного белья, столовой посуды, предметов ухода за больным) 1 2 3 4 5
4. - состояние санитарно-гигиенических условий (своевременность и качество уборки помещений, возможность проведения гигиенических процедур) 1 2 3 4 5
5. - организация питания (качество приготовления, ассортимент блюд, их температура, достаточность") 1 2 3 4 5
6. - состояние лекарственного обеспечения 1 2 3 4 5
7. - вежливость и внимательность врачей 1 2 3 4 5
- среднего медперсонала 1 2 3 4 5
8. - адекватность оказания медицинской помощи (достаточность обследования и лечения) 1 2 3 4 5

Ваши пожелания (на обороте)

Приложение 9
к Примерному положению о внутреннем контроле качества и
безопасности медицинской деятельности учреждений
здравоохранения Республики Крым

АНКЕТА ПАЦИЕНТА ПОЛИКЛИНИКИ

Просим Вас оценить по пятибалльной шкале условия оказания Вам медицинской помощи. Для этого необходимо обвести кружком или отметить иначе ваше мнение. Самая низкая балльная оценка соответствует 1 баллу, высокая - 5. Ваши оценки помогут нам выявить недостатки и улучшить нашу работу. Заранее благодарим за помощь!

1. - организацию (доступность) медицинской помощи в учреждении (режим работы поликлиник, работа регистратуры, организация приема врачей) 1 2 3 4 5
2. - квалификацию и профессионализм (полезность советов врачей по медикаментозному лечению, режиму питания, фитотерапии; самостоятельное решение вопросов диагностики, лечения или увлечение консультациями других специалистов, заведующего отделением, увлечение широким спектром диагностических исследований) 1 2 3 4 5
- среднего медперсонала (полезность советов, владение техникой манипуляций и процедур) 1 2 3 4 5
3. - состояние материально-технического обеспечения (наличие разового инструментария, шприцев, малый или большой диапазон диагностических и лечебных процедур, проводимых в этой поликлинике, частота направления на обследование и лечение в другие лечебно-профилактические учреждения) 1 2 3 4 5
4. - состояние санитарно-гигиенических условий (хорошие, плохие) 1 2 3 4 5
5. - состояние лекарственного обеспечения (всегда ли есть в аптеке лекарства, выписанные врачом) 1 2 3 4 5
6. - вежливость и внимательность врачей 1 2 3 4 5
- среднего медперсонала 1 2 3 4 5
7. - адекватность оказания медицинской помощи (достаточность обследования и лечения) 1 2 3 4 5

Ваши пожелания (на обороте):

Приложение №5
«Утверждаю»
Главный врач ГБУЗ
«Красногвардейская ЦРБ»
_____ А.А.Касяненко

Приложение № 2 к приказу
от «__» _____ 2015 г. № __

СПИСОК

Должностных лиц, отвечающих за I уровень внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в лечебно-профилактических учреждениях Красногвардейского района.

В СТАЦИОНАРАХ РАЙОНА:

- Матвеев В.А. – заведующий хирургическим отделением;
 - Бекаев Б.К. – заведующий травматологическим отделением;
 - Павловская О.Л. – заведующая неврологическим отделением;
 - Халявина Г.Г. – заведующая гинекологическим отделением;
 - Павловская О.Л. – заведующая терапевтическим отделением;
 - Воробьева Н.Н. – заведующая педиатрическим отделением;
 - Джалмамбетова Г.Р. – заведующая инфекционным отделением;
 - Франкевич О.Е. – заведующая ОАИТ;
 - Женченко В.В. – заведующий родильным отделением;
 - Заведующие отделениями ОРБ:
 - Велигурский Ю.Н. – заведующий терапевтическим отделением;
 - Джеппарова К.Т. – зав. отделением реабилитации и восстановительного лечения;
 - Ибраимова З.А. – заведующая детским отделением;
 - _____ - заведующая гинекологическим отделением.
- Проводят экспертизу 100% законченных случаев лечения больных ежемесячно.

В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ РАЙОНА:

1. Заведующие ВА;
2. Заведующие поликлиниками ЦРБ, ОРБ;
Проводят экспертизу 50% законченных случаев лечения больных ежемесячно.
3. Старший врач женской консультации;
4. Заведующая диагностическим отделением;
5. Заведующие лабораториями ЦРБ, ОРБ.
Проводят экспертизу 100% законченных случаев лечения больных ежемесячно.

СПИСОК

Должностных лиц, отвечающих за II уровень внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в лечебно-профилактических учреждениях Красногвардейского района

Заместители директора ТМО района:

1. Р.И. Джеппаров – заместитель главного врача по мед.части;
2. В.А. Джеппарова – заместитель гл. врача по ЭВН;
3. Н.А. Козар - заместитель главного врача по детству и родовспоможению;
4. П.А. Глушкова – заместитель главного врача по медицинскому обслуживанию;
5. _____ – зам. гл. врача по мед. части ОРБ;
6. А.Н. Остапенко – зам. по АХЧ;
7. М.Е. Ситникова – начальник ОК.

Специалисты Красногвардейского района:

1. Джалмамбетова Г.Р. –внештатный районный инфекционист;
2. Умерова Э.М. –внештатный районный кардиолог;
3. Хворостова Е.В. – провизор ЦРБ;
4. Овчаренко Е.Г. – внештатный районный окулист;
5. Миргородский Н.В. – внештатный районный фтизиатр;
6. Чернова Г.А. – инженер по ОТ и ТБ;

Проводят не менее 30 экспертиз законченных случаев лечения больных ежемесячно.

СПИСОК

Должностных лиц, отвечающих за III уровень внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в лечебно-профилактических учреждениях

Врачебно экспертная комиссия по контролю качества и безопасности мед. деятельности

- I. Главный врач ГБУЗ «Красногвардейская ЦРБ» - Касяненко А.А. (дублер Глушкова П.А.) – председатель совета.

II. Заместители главного врача:

1. Р.И. Джеппаров – зам. по мед. части;
2. В.А. Джеппарова – заместитель по ЭВН;
3. Н.А. Козар - заместитель по детству и родовспоможению;
4. _____ – зам. по мед. части ОРБ;
5. С.В. Довженко – зам. по экономике;
6. А.Н. Остапенко – зам. по АХЧ;
7. Секретарь совета – Глушкова П.А. зам. по мед. обслуживанию населения

Государственные медицинские учреждения по итогам года, до 20 декабря представляют протоколы заседаний врачебной комиссии о результатах внутреннего контроля качества в Министерство здравоохранения Республики Крым к утвержденному сроку. (Приложение 11, Приложение 7)

Приложение 11

к Примерному положению о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности учреждений здравоохранения Республики Крым

**ПРОТОКОЛ
ЗАСЕДАНИЯ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ ПО ВНУТРЕННЕМУ КОНТРОЛЮ
КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Медицинская организация ГБУЗ РК «Красногвардейская ЦРБ»

Дата _____

Присутствовали:

Повестка дня:

Результаты внутреннего контроля качества

Подразделения	Показатели оценки			примечание
	КДР	ДОП. дефекты	оценка	

Председатель _____
(ФИО)

(подпись)

Секретарь _____
(ФИО)

(подпись)

Члены комиссии _____
(ФИО)

(подпись)

Отчет по результатам проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской помощи

Наименование медицинской организации

за _____ квартал 20__ года

(срок предоставления - до 5 числа месяца, следующего за отчетным кварталом)

Проведение проверок за отчетный квартал	Количество проверок за отчетный период	Наименование медицинской организации	Несоблюдение порядков оказания медицинской помощи					Несоблюдение	Несоблюдение условий безопасных	Несоблюдение при осуществлении профессиональной деятельности
			Порядок оказания медицинской помощи	Несоблюдение выполнения этапов, условий и сроков оказания медицинской помощи	Несоответствие организации деятельности	Несоблюдение стандартов оснащения	Несоответствие штатного расписания			
Плановых										
Внеплановых										

Принятые меры по результатам проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности:

(подпись руководителя, расшифровка)

(дата)

ПРИМЕРНАЯ ШКАЛА ДЕФЕКТОВ И ШТРАФНЫХ БАЛЛОВ

№ п/п	Перечень дефектов качества и нарушений в организации лечебно-диагностического процесса	Штрафные баллы
		0,01
1	Снижение УКЛ на 0.01	0,02
2	Расхождение клинико-анатомических диагнозов (каждый случай)	0,05
3	Ятрогенные осложнения в лечении больного (каждый случай)	0,05
4	Переливание несовместимой крови	0,02
5	Снижение оперативной активности до 5%	0,04
	от 5 до 10%	0,05
	свыше 10%	0,01 - 0,03
6	Нарушения в экспертизе временной нетрудоспособности	0,01 - 0,03
7	Нарушения в организации трансфузиологии	0,05
8	Не диагностированные случаи тяжелых заболеваний в т.ч. выявленные после выписки больного	0,02
9	Необоснованный отказ в госпитализации больного	0,01 - 0,02
10	Повторная госпитализация больного, преждевременно выписанного из отделения	0,02
11	Случаи внутрибольничного заражения (постинъекционный абсцесс, гепатит, сальмонеллез)	0,03
12	Закрытие отделения по санэпид.показаниям	0,005
13	Увеличение послеоперационных осложнений за каждые 0,1 процента	0,005
14	Увеличение летальности на 1,0	0,01
	от 1,0 до 2,0	0,02
	свыше 2,0	0,01 - 0,03
15	Нарушение правил хранения и использования лекарственных средств (в т.ч. наркотиков)	от 15 до 50% КТУ
16	Отказ в выполнении должностных обязанностей	0,01 - 0,02
17	Некачественное оформление медицинских документов	0,01 - 0,02
18	Нарушение гигиенического режима в отделениях	0,01
19	Нарушение санэпидрежима - наличие положительных смывов	0,02
	до 15%	0,03
	до 30%	0,02
	свыше 30%	0,03
20	Наличие положительных бензидиновых проб до 10%	0,02
	свыше 10%	0,03
21	Наличие подтвержденных претензий больных	0,01 - 0,03

Примечание: п. п. 2, 3, 5, 10, 13 учитываются по итогу квартала, п. 14 по итогу года.

Приложение 7

к Примерному положению о внутреннем контроле качества и
безопасности медицинской деятельности учреждений
здравоохранения Республики Крым

ШКАЛА ОЦЕНКИ ВЫПОЛНЕНИЯ ТРЕБОВАНИЙ ПО БЕЗОПАСНЫМ УСЛОВИЯМ ТРУДА

№ п/п	Критерии оценки	Нарушения	Штрафные баллы
1.	Проведение инструктажа по охране труда при допуске к самостоятельной работе (регистрация в журнале)	Неоднократные замечания по несоблюдению сроков проведения инструктажа, и (или) обучения, и (или) его оформлению, и (или) неоднократные замечания по допуску к самостоятельной работе	0 - 0,5
2.	Организация обучения медицинского персонала правилам безопасной эксплуатации медицинской техники, допуск работников к обслуживанию медицинской техники (регистрация в журнале)	Неоднократные замечания по несоблюдению сроков проведения инструктажа по правилам безопасной эксплуатации медицинской техники	0 - 0,5
3.	Наличие в подразделении инструкций по охране труда по профессиям и видам работ (ознакомление с инструкциями: Ф.И.О., подпись, дата)	Отсутствие инструкции, и (или) срок действия инструкции просрочен, и (или) с инструкцией работники не ознакомлены под роспись	0 - 0,5
4.	Проведение инструктажа на I группу по электробезопасности (регистрация в журнале)	Неоднократные замечания по несоблюдению сроков проведения инструктажа и (или) его оформлению	0 - 0,5
5.	Наличие в подразделении инструкций по электробезопасности, по оказанию первой помощи (ознакомление с инструкциями: Ф.И.О., подпись, дата)	Отсутствие инструкции, и (или) срок действия инструкции просрочен, и (или) с инструкцией работники не ознакомлены под роспись	0 - 0,5
6.	Ведение документации по охране труда (оформление папки: удостоверения, приказы, положения, планы, перечни, программы, билеты, инструкции, личные карточки учета выдачи СИЗ, личные карточки выдачи смывающих и обезвреживающих средств, акты испытаний лестниц-стремян, протоколы измерений химических и физических факторов, нормативные документы, и др.)	Есть замечания	0 - 0,25

7.	Производственный травматизм в подразделении	Оформленный несчастный случай на производстве по форме <u>Н-1</u>	0 - 0,25
8.	Соблюдение требований к утилизации (уничтожению) медицинских изделий, предусмотренных технической и эксплуатационной документацией производителя	Нарушение требований к утилизации (уничтожению) медицинских изделий, предусмотренных технической и эксплуатационной документацией производителя	0 - 0,25