

Федеральное государственное автономное образовательное
учреждение высшего образования
«КРЫМСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ имени В.И.Вернадского»
(ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»)
Многопрофильная клиническая больница Святителя Луки

П Р И К А З

03.02.25г

№ 12/11/16

*Об организации внутреннего контроля
качества и безопасности медицинской
деятельности в МКБ Святителя Луки*

Во исполнение статьи 90 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказа МЗ РФ от 31.07.2020г. № 785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности», с целью обеспечения прав граждан при получении медицинской помощи в МКБ Святителя Луки (структурное подразделение) ФГАОУ ВО им. В.И. Вернадского» (Далее - МКБ)

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Назначить лицом, ответственным за организацию внутреннего контроля качества и безопасности медицинской помощи в МКБ заместителя главного врача по медицинской части Акиншевича И.Ю.
2. Заместителю главного врача по медицинской части Акиншевичу И.Ю. организовать работу по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности в соответствии с положением и регламентом работы Комиссии.
3. Утвердить:
 - 3.1. Состав Комиссии по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности (далее - Комиссия) в МКБ (приложение №1 к приказу);
 - 3.2. Положение о Комиссии по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности (далее - Положение) МКБ (приложение №2 к приказу);
 - 3.3. Положение о порядке организации и проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (приложение №3 к приказу);

3.4 Форму журнала внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (приложение №4 к приказу);

3.5. Инструкцию по ведению Журнала внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (приложение №5 к приказу);

3.6. Классификатор дефектов медицинской помощи (приложение №6 к приказу);

3.7. Карту экспертной оценки качества медицинской помощи. Показатели качества медицинской помощи (приложение №7 к приказу);

3.8. Форму сводного отчета экспертной оценки качества медицинской помощи (приложение №8 к приказу);

3.9. Таблицу группы дефектов (приложение №9 к приказу);

4. Комиссии в своей работе руководствоваться Положением о порядке организации и проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

5. Ознакомить всех заинтересованных лиц с приказом. Ответственный - секретарь Кошель И. Н.

6. Контроль за выполнением настоящего приказа оставляю за собой.

И.о. главного врача



В.Ю. Михайличенко

Приложение №1 к
приказу от 03 февраля
2025 г. № 12/11/16

Состав Комиссии

по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности

Председатель Комиссии:

Акиншевич И.Ю. - заместитель главного врача по медицинской части;

Члены Комиссии:

Николашин Г.В. - заместитель председателя Комиссии - заведующий
поликлиникой;

Пилипчук А.А.,- заведующий ОАРИТ;

Симонович А.В. - заведующий урологическим отделением;

Еременко А.Н.-заведующий онкологическим отделением;

Чипеева Н.В.- заведующая отделением лабораторных исследований;

Евтушенко Р.П.- главная медицинская сестра;

**Положение о Комиссии
по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности**

1. Общие положения.

Комиссия по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности осуществляет деятельность на основании приказа от МЗ РФ от 31.07.2020 г. №785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности», в соответствии с нормативными правовыми актами РФ и настоящим положением.

Комиссию возглавляет уполномоченный главным врачом МКБ заместитель главного врача по медицинской части.

Состав Комиссии; руководитель, специалисты-эксперты.

В своей деятельности Комиссия руководствуется:

- действующим законодательством РФ;
- Правилами внутреннего трудового распорядка;
- приказами и распоряжениями главного врача;
- рекомендациями международной организации по стандартизации (ISO);
- государственными и отраслевыми стандартами;
- приказами и инструктивными документами Минздрава;
- настоящим положением.

2. Задачи Комиссии.

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

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

-обеспечение и оценка применения порядков оказания медицинской помощи, правил проведения лабораторных, инструментальных, иных видов диагностических исследований, положений об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, стандартов медицинской помощи;

-обеспечение и оценка соблюдения порядков проведения медицинских экспертиз;

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

- предупреждение нарушений при оказании медицинской помощи, являющихся результатом:

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

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

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

принятие мер по пресечению и (или) устранению последствий и причин нарушений, выявленных в рамках федерального государственного контроля качества и безопасности

медицинской деятельности, ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности, объемов, сроков и условий оказания медицинской помощи, выявленных в рамках контроля качества медицинской помощи фондами обязательного медицинского страхования и страховыми медицинскими организациями в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании.

- принятие управленческих решений по совершенствованию подходов к осуществлению медицинской деятельности;
- планирование, организация и контроль качества и безопасности медицинской деятельности;
- координационное руководство качеством в кабинетах, отделениях МКБ;
- разработка предложений руководству по совершенствованию материально-технической базы и документации в соответствии с существующими требованиями;
- проведение внутренних аудитов и самооценки, подготовка отчетов;
- разработка предложений по работе с персоналом;
- разработка документации ВКК и БМД МКБ, включая необходимые формы и записи, документированные процедуры;
- анализ критериев качества за квартал, год;
- анализ исполнения целей МКБ.

3. Функции.

Перечень функций из ее задач:

- реализация политики в области качества;
 - планирование качества процесса;
 - организация работ по улучшению качества медицинского процесса;
 - проведение различных мониторинговых мероприятий и контрольных операций контроля качества рабочих процессов и их результатов;
 - контроль, анализ, оценка качества лечебно-профилактического, кадрового и материально-технического обеспечения медицинского процесса;
 - разработка критериев и методов оценки качества лечения и профилактики;
 - организация проведения внутренних проверок качества оказания медицинской помощи, качества работы кабинетов МКБ;
 - привлечение необходимых экспертов для проведения внутренних проверок качества и безопасности медицинской деятельности;
 - разработка и внедрение современных методов управления, направленных на совершенствование качества и безопасности медицинской деятельности;
 - обучение и мотивация персонала совместно с другими структурами системы качества учреждения;
 - организация и проведение индивидуального и группового консультирования врачей, средних и младших медицинских работников, а также сотрудников администрации по вопросам разработки и внедрения ВКК и БМД;
 - оценка результативности работы МКБ по обеспечению качества медицинской помощи и безопасности медицинской деятельности согласно требованиям Закона «Об охране здоровья граждан», конкретных потребителей;
 - разработка предупреждающих и корректирующих мероприятий;
 - подготовка предложений по устранению несоответствий, повышению квалификации и мотивации персонала, улучшению материальной базы, улучшению управления и качеством медицинской помощи;
 - создание нормативных документов, соответствующих требованиям ГОСТ Р ИСО, регламентирующих деятельность МКБ в области ВКК и БМД;
- ® участие в работе семинаров и конференций по проблемам ВКК и БМД.

4. Структура.

Состав Комиссии по ВКК и БМД

- руководитель;

- специалисты-эксперты.

Перечень документов, записей и данных Комиссии:

- положение о Комиссии;
- должностные инструкции персонала (с разделом об обязанностях в области качества);
- документы по планированию деятельности;
- перечень нормативной и технической документации (со сведениями об изменениях) и собственно документация:
 - ГОСТ Р ИСО 9000-2011 «Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь»;
 - ГОСТ Р ИСО 9001-2015 «Системы менеджмента качества. Требования»;
 - ГОСТ Р ИСО 9004-2010 «Менеджмент для достижения устойчивого успеха организации»;
 - ГОСТ Р ИСО 19011-2012 «Руководящие указания по аудиту систем менеджмента»;
 - ГОСТ Р ИСО/ТО 10017-2005 «Статистические методы. Руководство по применению в соответствии с ГОСТ Р ИСО 9001»
- перечень видов записей и данных по качеству кабинетов и собственно записи и данные:
- журнал регистрации несоответствий;
- планы внутренних аудитов ВКК и БМД;
- отчеты по результатам внутренних аудитов;
- планы корректирующих и предупреждающих действий и их выполнение;
- аналитические записки и отчеты по состоянию ВКК и БМД для руководства;
- план работы Комиссии;
- результаты внутренних и внешних аудитов, проведенных в МКБ, и выполнения корректирующих и предупреждающих действий;
- отчеты о внутренних проверках;
- результаты проверок состояния помещений и соответствующего оборудования (энергоснабжение, вентиляция и т. д., при необходимости).

5. Права.

5.1. Получать ресурсное обеспечение и информацию, необходимую для качественного и эффективного выполнения функциональных обязанностей.

5.2. Запрашивать и получать необходимую информацию по вопросам работы подразделений, кабинетов МКБ.

5.3. Принимать участие в совещаниях по вопросам, связанным с ВКК и БМД.

5.4. Принимать участие в совещаниях, конференциях, семинарах по обмену опытом работы в рамках деятельности МКБ.

5.5. Привлекать сотрудников МКБ к участию в работе.

5.6. Иные права, предусмотренные уставом МКБ.

6. Обязанности.

6.1. В повседневной деятельности руководствоваться трудовым законодательством, соблюдать действующее Положение, Правила внутреннего трудового распорядка и локальные акты учреждения.

6.2. Эффективно использовать закрепленное имущество, обеспечивать его сохранность.

6.3. Организовывать и вести переписку с внешними организациями в рамках деятельности Комиссии.

7. Взаимоотношения и связи.

Комиссия взаимодействует со всеми подразделениями МКБ.

Комиссия устанавливает и поддерживает связи с внешними организациями по вопросам функционирования и развития ВКК и БМД.

8. Ответственность.

Комиссия несет ответственность:

- за подготовку методической и другой документации, предусмотренной деятельностью Комиссии;
- организацию и контроль технологий ВКК и БМД;
- достоверность представляемых данных по деятельности МКБ.

9. Организация работы.

Порядок деятельности Комиссии определяется локальными актами МКБ.

Уполномоченные назначаются приказом главного врача по представлению Комиссии.

Планы деятельности Комиссии утверждаются главным врачом МКБ.

Каждый сотрудник несет ответственность за качество выполняемых работ в соответствии с делегируемыми ему полномочиями.

**Положение
о порядке организации и проведения внутреннего контроля качества и безопасности
медицинской деятельности в МКБ Святителя Луки**

1. Общие положения

1.1. Настоящее Положение устанавливает требования к организации системы внутреннего контроля качества и безопасности в МКБ Святителя Луки ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского» и разработано в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»; приказом МЗ РФ от 31 июля 2020 г. N 785н "Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности"

1.2. Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности (далее - Внутренний контроль) проводится Комиссией по внутреннему контролю с целью обеспечения прав граждан на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, правилами проведения лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных видов диагностических исследований, положениями об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядками организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, порядками проведения медицинских экспертиз, диспансеризации, диспансерного наблюдения, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, с учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций 1, а также соблюдения обязательных требований к обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности.

2. Внутренний контроль качества и БМД включает следующие мероприятия:

- оценку качества и безопасности медицинской деятельности медицинской организации, ее структурных подразделений путем проведения плановых и целевых (внеплановых) проверок; сбор статистических данных, характеризующих качество и безопасность медицинской деятельности медицинской организации, и их анализ;

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

- мониторинг наличия лекарственных препаратов и медицинских изделий с учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций;

- анализ информации о побочных действиях, нежелательных реакциях, серьезных нежелательных реакциях, непредвиденных нежелательных реакциях при применении лекарственных препаратов, об индивидуальной непереносимости, отсутствии эффективности лекарственных препаратов, а также об иных фактах и обстоятельствах, представляющих угрозу жизни или здоровью человека при применении лекарственных препаратов и выявленных на всех этапах обращения лекарственных препаратов, сообщаемой, медицинской организацией в уполномоченный федеральный орган исполнительной власти;

- анализ информации обо всех случаях выявления побочных действий, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия, о нежелательных реакциях при его применении, об особенностях взаимодействия медицинских изделий между собой, о фактах и об обстоятельствах, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации медицинских изделий, сообщаемой медицинской организацией в установленном уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти порядке

- мониторинг наличия у медицинских работников документов об образовании и сертификата специалиста либо свидетельства об аккредитации специалиста.

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

Предмет плановых и целевых (внеплановых) проверок определяется в соответствии с пунктом 2 настоящих Требований.

1.5. Целевые (внеплановые) проверки проводятся:

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

при поступлении жалоб граждан по вопросам качества и доступности медицинской помощи, а также по иным вопросам осуществления медицинской деятельности в медицинской организации, содержащих информацию об угрозе причинения и (или) причинении вреда жизни и здоровью граждан; во всех случаях: летальных исходов;

внутрибольничного инфицирования и осложнений, вызванных медицинским вмешательством.

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

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

Выбор тематики для проведения проверки осуществляется на основании результатов анализа статистических данных, характеризующих качество и безопасность медицинской деятельности медицинской организации, ее структурных подразделений.

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

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

1.10. При проведении плановых и целевых (внеплановых) проверок Комиссия и (или) Уполномоченное лицо имеют право:

осуществлять получение, сбор и анализ сведений о деятельности структурных подразделений медицинской организации; знакомиться с документами, связанными с целями, задачами и предметом внутреннего контроля, в том числе с медицинской документацией, снимать копии с указанных документов, а также производить в необходимых случаях фото- и видеосъемку при осуществлении осмотра и обследования; знакомиться с результатами анкетирования и устных опросов пациентов и (или) их законных представителей, членов семьи пациента, работников медицинской организации, а также результатами анализа жалоб и обращений граждан;

доступа в структурные подразделения медицинской организации, а также в здания, строения, сооружения, помещения, к используемому оборудованию и транспортным средствам; организовывать проведение необходимых исследований, экспертиз, анализов и оценок.

1.11. Плановые и целевые (внеплановые) проверки, осуществляемые в рамках внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, в зависимости от вида медицинской организации, видов, условий и форм оказания медицинской помощи, перечня работ (услуг), указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности, предусматривают оценку следующих показателей:

1) наличие в медицинской организации нормативных правовых актов (в том числе изданных федеральными органами государственной власти, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления), регламентирующих вопросы организации медицинской деятельности, включая:

преимущество оказания медицинской помощи на всех этапах; оказание медицинской помощи, в том числе в условиях чрезвычайных ситуаций; маршрутизацию пациентов, включая организацию консультаций, дополнительных методов обследования в иных медицинских организациях;

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

2) обеспечение оказания медицинской помощи в медицинской организации в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, правилами проведения лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных видов диагностических исследований, положениями об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядками организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, порядками проведения медицинских экспертиз, диспансеризации, диспансерного наблюдения, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, с учетом стандартов медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций

3) обеспечение взаимодействия медицинской организации с медицинскими организациями, оказывающими скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь, центрами медицины катастроф, в том числе:

передача информации из медицинских организаций, оказывающих скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь, центров медицины катастроф; ведение медицинской документации медицинскими работниками скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, центров медицины катастроф и медицинскими работниками медицинской организации, в которую осуществляется медицинская эвакуация пациента, включая журналы поступления (в электронной форме при наличии);

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

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

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

7) наличие локальных нормативных актов, регламентирующих работу приемного отделения медицинской организации, в том числе при оказании медицинской помощи в экстренной форме (с учетом особенностей деятельности структурных подразделений);

8) осуществление сортировки пациентов при поступлении и (или) обращении в зависимости от тяжести состояния и перечня необходимых медицинских вмешательств;

9) обеспечение своевременного оказания медицинской помощи при поступлении и (или)

обращении пациента, а также на всех этапах ее оказания;

10) обеспечение экстренного оповещения и (или) сбора медицинских работников, не находящихся на дежурстве (при необходимости);

11) обеспечение возможности вызова медицинских работников к пациентам, в том числе в палаты;

12) обеспечение оказания гражданам медицинской помощи в экстренной форме <12>, включая проведение регулярного обучения (тренингов), наличие в медицинской организации лекарственных препаратов и медицинских изделий для оказания медицинской помощи в экстренной форме;

13) обеспечение возможности круглосуточного проведения лабораторных и инструментальных исследований в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях (в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, правилами проведения лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных видов диагностических исследований);

14) организация безопасной деятельности клиничко-диагностической лаборатории (отделения), наличие системы идентификации образцов и прослеживаемости результатов;

15) обеспечение соблюдения врачебной тайны, в том числе конфиденциальности персональных данных, используемых в медицинских информационных системах медицинских организаций <13>, при осуществлении медицинской д 16) соблюдение прав пациентов при оказании медицинской помощи, в том числе, обеспечение комфортных условий пребывания пациентов в медицинских организациях, включая организацию мест ожидания для пациентов, законных представителей и членов семей пациентов;

17) осуществление мероприятий по организации безопасного применения лекарственных препаратов, в том числе:

обеспечение контроля сроков годности лекарственных препаратов;

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

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

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

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

организация лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан, в том числе предоставление сведений о таких гражданах в Федеральный регистр лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, Федеральный регистр лиц, больных туберкулезом, Федеральный регистр лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, Федеральный регистр лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипопитарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, гемолитико-уремическим синдромом, юношеским артритом с системным началом, мукополисахаридозом I, II и VI типов, апластической анемией неуточненной, наследственным дефицитом факторов II (фибриногена), VII (лабильного), X (Стюарта-Прауэра), лиц после трансплантации органов и (или) тканей

18) осуществление мероприятий по обеспечению эпидемиологической безопасности, в том числе:

профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (в том числе внутрибольничных инфекций);

проведение микробиологических исследований (включая случаи подозрения и (или)

возникновения внутрибольничных инфекций);

организация дезинфекции и стерилизации медицинских изделий;

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

соблюдение технологий проведения инвазивных вмешательств;

обеспечение условий оказания медицинской помощи пациентам, требующим изоляции (с инфекциями, передающимися воздушно-капельным путем, особо опасными инфекциями), в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, санитарно-гигиеническими требованиями;

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

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

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

проведение противоэпидемических мероприятий при возникновении случая инфекции;

19) проведение мониторинга длительности пребывания пациента в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях;

20) подтверждение соответствия на всех этапах оказания медицинской помощи (включая применение лекарственных препаратов и медицинских изделий) личности пациента его персональным данным, содержащимся в том числе в документах, удостоверяющих личность (фамилия, имя, отчество (при наличии), пол, возраст), и в медицинской документации;

21) осуществление мероприятий по безопасному применению медицинских изделий <18>, в том числе:

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

обучение работников медицинской организации применению, эксплуатации медицинских изделий;

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

23) контроль за трахеостомическими и эндотрахеальными трубками;

24) осуществление мероприятий по облегчению боли, связанной с заболеванием, состоянием и (или) медицинским вмешательством, методами и лекарственными препаратами, в том числе наркотическими лекарственными препаратами и психотропными л

25) осуществление мероприятий по обращению донорской крови и (или) ее компонентов в медицинской организации, в том числе:

анализ случаев реакций и осложнений, возникших в связи с трансфузией (переливанием) донорской крови и (или) ее компонентов предупреждение развития реакций и осложнений, возникающих в связи с трансфузией (переливанием) донорской крови и (или) ее компонентов;

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

-создание рациональной планировки структурных подразделений медицинской организации (включая их размещение друг относительно друга, планировку помещений входной группы и приемного отделения, планировку внутри структурных подразделений); -проведение мероприятий по снижению риска травматизма и профессиональных заболеваний;

-обеспечение защиты от травмирования элементами медицинских изделий -оснащение медицинской организации оборудованием для оказания медицинской помощи с учетом особых потребностей инвалидов и других групп населения с ограниченными возможностями здоровья

-наличие и исправность систем жизнеобеспечения (включая резервное электроснабжение); - соблюдение внутреннего распорядка медицинской организации;

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

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

-обеспечение беспрепятственного подъезда транспорта для медицинской эвакуации на территорию медицинской организации;

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

27) осуществление мероприятий по обеспечению ухода при оказании медицинской помощи, в том числе:

-оценка риска возникновения пролежней;

-проведение мероприятий по профилактике и лечению пролежней;

-анализ информации о случаях пролежней;

-осуществление ухода за дренажами и стомами;

-кормление пациентов, включая зондовое питание;

28) организация мероприятий по профилактике неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни соответствующими структурными подразделениями медицинской организации (отделением (кабинетом) медицинской профилактики, центром здоровья, центром медицинской профилактики), в том числе информирование пациентов о методах профилактики неинфекционных заболеваний, основах здорового образа жизни;

29) организация мероприятий по раннему выявлению онкологических заболеваний, в том числе:

-создание условий для раннего выявления онкологических заболеваний;

-проведение обучения медицинских работников по вопросам раннего выявления онкологических заболеваний;

-мониторинг своевременности установления диагноза онкологического заболевания, анализ эффективности деятельности по раннему выявлению, лечению онкологических заболеваний, диспансерному наблюдению за пациентами с онкологическими заболеваниями; -

информирование пациентов по вопросам раннего выявления онкологических заболеваний и диспансерного наблюдения;

30) организация работы регистратуры, включая:

-деятельность структурных подразделений регистратуры,

-оформление листков временной нетрудоспособности, их учет и регистрация - предварительную запись пациентов на прием к врачу;

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

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

-обеспечение навигационной информации для пациентов с учетом характера расположения помещений;

-взаимодействие регистратуры со структурными подразделениями поликлиники, детской поликлиники;

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

31) организация управления потоками пациентов, в том числе при первичном обращении: - распределение потоков пациентов, требующих оказания медицинской помощи в плановой, неотложной и экстренной формах;

-направление пациентов в другие медицинские организации;

-маршрутизация пациентов в особых случаях: в период эпидемий гриппа, иных острых респираторных вирусных инфекций и других инфекционных заболеваний;

-порядок записи и отмены записи пациентов на прием при непосредственном обращении в медицинскую организацию, по телефону с использованием медицинской информационной системы;

-порядок уведомления пациента об отмене приема по инициативе организации;

32) обеспечение функционирования медицинской информационной системы медицинской организации, включая информационное взаимодействие с государственными информационными системами в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации и единой государственной информационной системой в сфере здравоохранения, размещение в них сведений в соответствии с законодательством Российской Федерации;

33) проведение информирования граждан в доступной форме, в том числе с использованием сети Интернет, об осуществляемой медицинской деятельности и о медицинских работниках медицинской организации, об уровне их образования и об их квалификации;

34) организация проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения, в том числе за женщинами в период беременности;

35) организация проведения вакцинации населения в соответствии с национальным календарем профилактических прививок и календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям;

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

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

1.11. Мониторинг наличия лекарственных препаратов и медицинских изделий проводится по решению главного врача.

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

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

2.2. По итогам проведенных мероприятий внутреннего контроля осуществляются: разработка предложений по устранению и предупреждению нарушений в процессе диагностики и лечения пациентов и их реализация; анализ результатов внутреннего контроля в целях их использования для совершенствования подходов к осуществлению медицинской деятельности;

обеспечение реализации мер, принятых по итогам внутреннего контроля.

2.3. Комиссией и (или) Уполномоченным лицом не реже 1 раза в полугодие, а также по итогам года формируется сводный отчет, содержащий информацию о состоянии качества и

безопасности медицинской деятельности, на основании которого главным врачом при необходимости утверждается перечень корректирующих мер.

2.4. Информация, указанная в пунктах 2.1 и 2.2 настоящих Требований, доводится до сведения сотрудников медицинской организации путем проведения совещаний, конференций, в том числе клинико-анатомических, клинических разборов и иных организационных мероприятий.

Комиссия по внутреннему контролю обеспечивает организацию и проведение внутреннего контроля с учетом видов, условий и форм оказания медицинской помощи и перечня работ (услуг), указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности в соответствии со следующими задачами:

- 1) совершенствование подходов к осуществлению медицинской деятельности для предупреждения, выявления и предотвращения рисков, создающих угрозу жизни и здоровью граждан, и минимизации последствий их наступления;
- 2) обеспечение и оценка соблюдения прав граждан в сфере охраны здоровья при осуществлении медицинской деятельности;
- 3) обеспечение и оценка применения порядков оказания медицинской помощи, правил проведения лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных видов диагностических исследований, положений об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядков организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, стандартов медицинской помощи;
- 4) обеспечение и оценка соблюдения порядков проведения медицинских экспертиз, диспансеризации, диспансерного наблюдения, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований;
- 5) обеспечение и оценка соблюдения медицинскими работниками и руководителями медицинских организаций ограничений, налагаемых на указанных лиц при осуществлении ими профессиональной деятельности в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ;
- 6) обеспечение и оценка соответствия оказываемой медицинскими работниками медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи, а также рассмотрение причин возникновения несоответствия качества оказываемой медицинской помощи указанным критериям;
- 7) предупреждение нарушений при оказании медицинской помощи, являющихся результатом;
- 8) несоответствия оказанной медицинской помощи состоянию здоровья пациента с учетом степени поражения органов и (или) систем организма либо нарушений их функций, обусловленной заболеванием или состоянием либо их осложнением;
- 9) невыполнения, несвоевременного или ненадлежащего выполнения необходимых пациенту профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций;
- 10) несоблюдения сроков ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановой форме, включая сроки ожидания оказания медицинской помощи в стационарных условиях, проведения отдельных диагностических обследований и консультаций врачей-специалистов;
- 11) принятие мер по пресечению и (или) устранению последствий и причин нарушений, выявленных в рамках федерального государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности, ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности, объемов, сроков и условий оказания медицинской помощи, выявленных в рамках контроля качества медицинской помощи фондами обязательного медицинского страхования и страховыми медицинскими организациями в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании;
- 12) принятие управленческих решений по совершенствованию подходов к осуществлению

медицинской деятельности.

2.5. Комиссия по внутреннему контролю осуществляет свою деятельность во взаимодействии с другими службами и структурными подразделениями медорганизации, а также в пределах своей компетенции со сторонними организациями.

2.6. Комиссия по внутреннему контролю включает следующие мероприятия:

- 1) оценку качества и безопасности медицинской деятельности медицинской организации, ее структурных подразделений путем проведения плановых и целевых (внеплановых) проверок;
- 2) сбор статистических данных, характеризующих качество и безопасность медицинской деятельности медицинской организации, и их анализ;
- 3) учет нежелательных событий при осуществлении медицинской деятельности (фактов и обстоятельств, создающих угрозу причинения или повлекших причинение вреда жизни и здоровью граждан и (или) медицинских работников, а также приведших к удлинению сроков оказания медицинской помощи);
- 4) мониторинг наличия лекарственных препаратов и медицинских изделий с учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций;
- 5) анализ информации о побочных действиях, нежелательных реакциях, серьезных нежелательных реакциях, непредвиденных нежелательных реакциях при применении лекарственных препаратов, об индивидуальной непереносимости, отсутствии эффективности лекарственных препаратов, а также об иных фактах и обстоятельствах, представляющих угрозу жизни или здоровью человека при применении лекарственных препаратов и выявленных на всех этапах обращения лекарственных препаратов, сообщаемой медицинской организацией в уполномоченный федеральный орган исполнительной власти;
- 6) анализ информации обо всех случаях выявления побочных действий, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия, о нежелательных реакциях при его применении, об особенностях взаимодействия медицинских изделий между собой, о фактах и об обстоятельствах, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации медицинских изделий, сообщаемой медицинской организацией в установленном уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти порядке;
- 7) мониторинг наличия у медицинских работников документов об образовании и сертификата специалиста либо свидетельства об аккредитации специалиста.

3. Организация внутреннего контроля

3.1. Плановые проверки проводятся в соответствии с ежегодным планом, утверждаемым руководителем МКБ, не реже 1 раза в квартал.

3.2. Предмет плановых проверок определяется в соответствии с задачами:

- 1) совершенствование подходов к осуществлению медицинской деятельности для предупреждения, выявления и предотвращения рисков, создающих угрозу жизни и здоровью граждан, и минимизации последствий их наступления;
- 2) обеспечение и оценка соблюдения прав граждан в сфере охраны здоровья при осуществлении медицинской деятельности;
- 3) обеспечение и оценка применения порядков оказания медицинской помощи, правил проведения лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных видов диагностических исследований, положений об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядков организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, стандартов медицинской помощи;
- 4) обеспечение и оценка соблюдения порядков проведения медицинских экспертиз, диспансеризации, диспансерного наблюдения, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований;

5) обеспечение и оценка соблюдения медицинскими работниками и руководителями медицинских организаций ограничений, налагаемых на указанных лиц при осуществлении ими профессиональной деятельности 5 в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ;

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

7) предупреждение нарушений при оказании медицинской помощи, являющихся результатом:

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

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

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

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

9) принятие управленческих решений по совершенствованию подходов к осуществлению медицинской деятельности.

3.3. Внутреннему контролю, в форме целевых (внеплановых) проверок, в обязательном порядке подлежат случаи оказания медпомощи:

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

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

3) во всех случаях летальных исходов, внутрибольничного инфицирования и осложнений, вызванных медицинским вмешательством.

3.4. В ходе проверок внутренний контроль проводится методами:

1) анализа случаев оказания медпомощи, отобранных методом случайной выборки и (или) по тематически однородной совокупности случаев, на основании анализа первичной учётной медицинской документации, иной документации с оценкой полноты и обоснованности:

- сбора жалоб, анамнеза, данных объективного осмотра;
- плана диагностических мероприятий;
- оформления и обоснования диагноза;
- лечебно-профилактических мероприятий, медреабилитации;
- сроков оказания медпомощи.
- соблюдения преемственности и этапности оказания медпомощи.

-качества оформления результатов оказания медпомощи.

2) наблюдения за организацией текущих процессов меддеятельности.

3) организации обратной связи с пациентами и сотрудниками, путем:

-сбора проблем и предложений;

- регистрации обращений граждан по вопросам меддеятельности;

- проведения опроса и анкетирования.

3.5. Срок проведения плановых и внеплановых проверок не может превышать 10 рабочих дней.

3.6. По результатам плановых внеплановых проверок составляется отчет, включающий в том числе выработку мероприятий по устранению выявленных нарушений и улучшению деятельности медицинской организации и медицинских работников.

4. Функции Комиссии по внутреннему контролю

4.1. В части проведения проверок Комиссия по внутреннему контролю осуществляет следующие функции:

1) организация и обеспечение проведения проверок медорганизации;

2) контроль за соблюдением обязательных требований к внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности и сроков проведения проверок в медорганизации;

3) подготовка и утверждение у директора отчета о результатах проверок реорганизации и сводных отчетов по результатам внутреннего контроля;

4) разработка, внедрение и актуализация критериев проверки медорганизации.

4.2. В части проведения мониторинга показателей качества и безопасности меддеятельности Комиссия по внутреннему контролю осуществляет следующие функции:

1) разработка, внедрение и актуализация показателей мониторинга качества и безопасности медицинской деятельности;

2) анализ данных, полученных от руководителей структурных подразделений соответствующего профиля, о состоянии медицинской деятельности для учета и измерения выявленных показателей и закономерностей для принятия управленческих решений в рамках внутреннего контроля.

4.3. Разработка, утверждение у руководителя медорганизации плана корректирующих мероприятий на основании результатов проверки и анализа мониторинга показателей качества и безопасности медицинской деятельности.

4.4. Контроль за реализацией плана корректирующих мероприятий.

5. Комиссия по внутреннему контролю имеет право:

5.1. Получать поступающие в медорганизацию документы и иные информационные материалы по своему профилю деятельности для ознакомления, систематизированного учета и использования в работе.

5.2. Запрашивать и получать от руководителей медорганизации и ее структурных подразделений информацию, необходимую для выполнения возложенных на нее задач и функций.

5.3. Осуществлять в пределах своей компетенции проверку и координацию деятельности структурных подразделений организации по вопросам обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности.

5.4. Вносить руководству предложения по совершенствованию форм и методов работы медорганизации в области качества и безопасности медицинской деятельности.

5.5. Участвовать в подборе и расстановке кадров по своему профилю деятельности.

5.6. Вносить предложения руководству медорганизации по повышению квалификации, поощрению и наложению взысканий на работников службы (по качеству и другим структурным подразделениям медорганизации по своему профилю).

5.7. Информировать сотрудников соответствующих подразделений о результатах проверок и

принятых решениях.

5.8. Комиссия по внутреннему контролю в своей работе должна обеспечивать объективность при организации и проведении проверок.

6. Ответственность

Комиссия по внутреннему контролю качества и БМД несет ответственность за:

6.1. Несоблюдение утвержденного Порядка проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

6.2. Несвоевременное и некачественное выполнение обязанностей.

6.3. Нарушение сохранности и конфиденциальности в работе с информацией и документами поликлиники.

7. Взаимодействие

по внутреннему контролю качества и БМД:

7.1. С главным врачом по вопросам:

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

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

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

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

- оценки качества, обоснованности и эффективности лечебно-диагностических мероприятий, в том числе назначения лекарственных препаратов;
- отчетов о проведении проверок медорганизации;

-сводных отчетов о результатах проведения внутреннего контроля качества и БМД;

-плана мероприятий по совершенствованию качества и безопасности медицинской деятельности на предстоящий период,

7.4. С руководителями подразделений по вопросам проведения мониторинга качества и безопасности медицинской деятельности в отделении, своевременности предоставления оценочных листов.

Классификатор дефектов медицинской помощи

(применяется при проведении экспертизы конкретного случая оказания медицинской помощи)

Код	Виды и наименования дефектов
1	Дефекты сбора жалоб или анамнеза заболевания
2	Дефекты объективного осмотра
3	Дефекты диагностики:
3.1	Диагностические мероприятия не проведены в необходимом объеме.
3.2	Диагностические мероприятия назначены несвоевременно.
3.3	Диагностические мероприятия назначены необоснованно.
3.4	Диагностические мероприятия назначены без учета индивидуальных особенностей организма пациента или имеющихся противопоказаний к их назначению.
3.5	Диагностические мероприятия выбраны не рационально, в том числе, без учета современного уровня медицинской науки и технологий.
3.6	Имевшиеся клинические данные не были учтены в процессе установления диагноза.
3.7	Имевшиеся клинические данные не обосновывают установленный диагноз.
4	Дефекты оформления диагноза:
4.1	Диагноз основного заболевания установлен несвоевременно.
4.2	В диагнозе не сформулированы или сформулированы не в соответствии с действующими требованиями характеристики заболевания: локализация патологического процесса, степень тяжести, стадия, фаза, активность, характер течения, осложнения заболевания
4.3	Диагноз сформулирован с использованием не принятых в медицинской практике аббревиатур и сокращений.
5	Дефекты лечебно-профилактических мероприятий:
5.1	Лечебные мероприятия не назначены в необходимом объеме,
5.2	Лечебные мероприятия назначены несвоевременно.
5.3	Лечебные мероприятия назначены не обоснованно.
5.4	Лечебные мероприятия назначены без учета индивидуальных особенностей организма пациента или имеющихся противопоказаний к их назначению.
5.5	Лечебные мероприятия назначены без указания наименования; дозы; кратности применения; длительности применения; пути применения.
5.6	Не проведен консилиум в клиническом случае, требующем его проведения.
5.7	Не назначены повторные осмотры пациента или контрольные дополнительные исследования при наличии клинической необходимости.
5.8	Лечебные мероприятия были прекращены до достижения их целевых результатов.
5.9	Прочие виды дефектов лечебных мероприятий.
6	Дефекты профилактических мероприятий:
6.1	Профилактические мероприятия не назначены.
6.2	Профилактические мероприятия не назначены в необходимом объеме.
6.5	Не приняты или приняты не в недостаточном объеме меры, направленные на профилактику ятрогенных осложнений и неблагоприятных реакций
7	Дефекты оформления медицинской документации, содержащей информацию об оказанной медицинской помощи (амбулаторная карта, журнал приема, внесение в реестр и т.д.)
7.1	Медицинская документация не оформлена, при наличии достоверной информации о факте оказания медицинской помощи.
7.2	Медицинская документация оформлена не в полном объеме.
7.3	Медицинская документация оформлена с нарушением требований к ее оформлению.
7.4	В медицинскую документацию внесены ложные сведения.
7.5	Медицинская документация оформлена неразборчиво или с использованием не общепринятых аббревиатур, что не позволяет ее прочесть и затрудняет ее проверку.

7.6	В медицинской документации имеются исправления, дописки или подчистки.
7.7	В медицинской документации отсутствуют результаты проведенных исследований, при наличии

Группы дефектов медицинской помощи по причинам их возникновения

(применяется при проведении экспертизы конкретного случая оказания медицинской помощи)

Код ! Группы дефектов

М	Причинами дефектов являлись действия (или бездействие) медицинского работника, непосредственно оказывавшего медицинскую помощь: М (в) - врача; М (с) - среднего медицинского работника. Возникновение дефектов данной группы может быть связано с: - добросовестным заблуждением медицинских работников (медицинская ошибка), - не выполнением или недобросовестным выполнением медицинскими работниками должностных обязанностей или требований нормативных правовых документов, - с другими факторами.
П	Причинами возникновения дефектов являются действия (или бездействие) пациента. Возникновение дефектов данной группы может быть связано с: - не явкой пациента на прием, - отказом пациента от назначенного обследования и лечения, - не выполнением пациентом назначений лечащего врача, - не предоставлением пациентом полной и достоверной информации о состоянии своего здоровья, - самовольным, без согласования с лечащим врачом, применением пациентом методов диагностики или лечения, - поздним обращением пациента за медицинской помощью, - симуляцией, диссимуляцией или аггравацией со стороны пациента, - с другими факторами.
Н	Причины возникновения дефектов не связаны с действиями (или бездействием) медицинского работника, непосредственно оказывавшего медицинскую помощь или с действиями (или бездействием) пациента. Возникновение дефектов данной группы может быть связано с: - исходной тяжестью состояния пациента, - особенностями течения заболевания (атипичность, скоротечность, необратимая стадия, неизвестные медицинской науке этиопатогенетические факторы заболевания), - наличием сопутствующих заболеваний, - внезапно возникшей неисправностью медицинского оборудования, - с другими факторами.
О	Причины возникновения дефектов связаны с недостатками в организации медицинской помощи. Возникновение дефектов данной группы может быть связано с недостатками: - в организации амбулаторно-поликлинического приема, - в организации работы вспомогательных лечебно-диагностических служб (лаборатория, отделение лучевой диагностики и др.), - в организации проведения консультаций специалистов или исследований, отсутствующих в учреждении, - в обеспечении необходимым медицинским оборудованием, - в организации проверок или технического обслуживания медицинского оборудования, - в обеспечении бланками медицинской документации, - 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.

Карта экспертной оценки качества медицинской помощи

Медицинская карта пациента № _____ Отделение _____

Период оказания медицинской помощи: _____

Ф.И.О. пациента _____

Дата рождения _____ Возраст _____ Лечащий врач _____

Клинический диагноз _____

Осложнение _____

Сопутствующий диагноз _____

№	Показатели	Баллы	Аудитор уровня	1Аудитор уровня	2
А.	Оценка врачебного осмотра				
	1. Объем и качество обследования (сбор жалоб, анамнеза, физикальных данных консультаций специалистов, осмотр зав. отделением)				
	В полном объеме (в соответствии с существующими клиническими рекомендациями, алгоритмами и протоколами)	1			
	Не в полном объеме (не соответствие существующим клиническим рекомендациям, алгоритмам и протоколам)	0,5			
Б	2. Объем диагностических исследований				
	Достаточный	1			
	Недостаточный	0,5			
В	Постановка диагноза				
	1. Своевременность и правильность выставленного диагноза				
	Своевременно и правильно	1			
	Не своевременно, правильно	0,5			
	Не своевременно и неправильно	0			
Г.	Оценка лечебно-профилактических мероприятий (ОЛПМ)				
	1. Адекватность лечения по диагнозу				
	Соответствует диагнозу (в соответствии с существующими клиническими рекомендациями, алгоритмами и протоколами)	1			
	Не соответствует диагнозу (в соответствии с существующими клиническими рекомендациями, алгоритмами и протоколами)	0			
Д.	Преимущество этапов лечения (консультации заведующего отделением, специалистов других профилей)				
	Соблюдена	1			
	Не соблюдена	0			
Е.	Оформление документации				
	Соответствует принятым нормам	1			
	Дефекты оформления медицинской документации	0,5			
	Отсутствие в медицинской документации подтверждения выполненных медицинских услуг (запись приема, результаты обследования, запись консультанта)	0			
	Сумма баллов (макс 6)	6			

Код	Группы дефектов
М	Причинами дефектов являлись действия (или бездействие) медицинского работника, непосредственно оказывавшего медицинскую помощь: М (в) - врача; М (с) - среднего медицинского работника. Возникновение дефектов данной группы может быть связано с: - добросовестным заблуждением медицинских работников (медицинская ошибка), - не выполнением или недобросовестным выполнением медицинскими работниками должностных обязанностей или требований нормативных правовых документов, - с другими факторами.
П	Причинами возникновения дефектов являются действия (или бездействие) пациента. Возникновение дефектов данной группы может быть связано с: - не явкой пациента на прием, - отказом пациента от назначенного обследования и лечения, - не выполнением пациентом назначений лечащего врача, - не предоставлением пациентом полной и достоверной информации о состоянии своего здоровья, - самовольным, без согласования с лечащим врачом, применением пациентом методов диагностики или лечения, - поздним обращением пациента за медицинской помощью, - симуляцией, диссимуляцией или агgravацией со стороны пациента, - с другими факторами.
Н	Причины возникновения дефектов не связаны с действиями (или бездействием) медицинского работника, непосредственно оказывавшего медицинскую помощь или с действиями (или бездействием) пациента. Возникновение дефектов данной группы может быть связано с: - исходной тяжестью состояния пациента, - особенностями течения заболевания (атипичность, скоротечность, необратимая стадия, неизвестные медицинской науке этиопатогенетические факторы заболевания), - наличием сопутствующих заболеваний, - внезапно возникшей неисправностью медицинского оборудования, - с другими факторами.
О	Причины возникновения дефектов связаны с недостатками в организации медицинской помощи. Возникновение дефектов данной группы может быть связано с недостатками: - в организации амбулаторно-поликлинического приема, - в организации работы вспомогательных лечебно- диагностических служб (лаборатория, отделение лучевой диагностики), - в организации проведения консультаций специалистов или исследований, отсутствующих в учреждении, - в обеспечении необходимым медицинским оборудованием, - в организации проверок или технического обслуживания медицинского оборудования,

	- в обеспечении бланками медицинской документации, - 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.
--	--