МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КРЫМ
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Крым
«Симферопольский клинический родильный дом №2»
(ГБУЗ РК «Симферопольский КРД №2»)

от 14.02.2018г. **№ 57**

г.Симферополь

О внутреннем контроле качества
и безопасности медицинской деятельности

В соответствии с Федеральным законом от 22 ноября 2011 № 323-ФЗ «Об Основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказом МЗ РФ №203н от 10.05.2017г. «Об утверждении критериев качества оказания медицинской помощи » в целях обеспечения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ РК " Симферопольский клинический родильный дом №2"

1. Утвердить:

1.1. Положение о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности в медицинских организациях (Приложение 1).

1.2. Форму журнала внутреннего контроля качества медицинской помощи (Приложение 2).

1.3. Инструкцию по ведению журнала внутреннего контроля качества медицинской помощи (Приложение 3).

1.4. Классификатор дефектов медицинской помощи (Приложение 4).

1.5. Карту экспертной оценки качества медицинской помощи. Показатели качества медицинской помощи (Приложение 5).

2. Заместителю главного врача по клинико-экспертной работе организовать внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности в соответствии с настоящим приказом.

Главный врач И. С. Глазков

Министерство здравоохранения Республики Крым
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Крым
«Симферопольский клинический родильный дом № 2»
ОГРН 1149102132739
ИНН 9102061383

УТВЕРЖДАЮ:
главный врач ГБУЗ РК
"Симферопольский КРД №2"
_____Глазков И. С.
№ от г.

О внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности

• Общие положения.

1.1. Положение о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ РК "Симферопольский клинический родильный дом № 2" (далее – Положение) устанавливает единый порядок организации и проведения внутреннего контроля за соответствием качества выполняемых медицинских работ (услуг) установленным требованиям (стандартам) и безопасностью медицинской помощи, оказываемой гражданам в ГБУЗ РК "Симферопольский клинический родильный дом № 2", а также управления качеством медицинской помощи в Учреждении.

1.2. Целью внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (далее – контроля качества медицинской помощи) является обеспечение прав граждан на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества в ГБУЗ РК "Симферопольский клинический родильный дом № 2", а также на основе стандартов медицинской помощи, установленных требований к оказанию медицинской помощи, а так же требований, предъявляемых к медицинской помощи в медицинской практике, с учетом современного уровня развития медицинской науки и медицинских технологий.

1.3. Задачами контроля качества медицинской помощи являются:

проведение контроля качества медицинской помощи, оказанной конкретным пациентам;

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

регистрация результатов проведенного контроля качества медицинской помощи;

оценка выводов о качестве медицинской помощи, сделанных на нижестоящих уровнях контроля;

оценка оптимальности использования кадровых и материально-технических ресурсов учреждения;

оценка организационных технологий оказания медицинской помощи;

изучение удовлетворенности граждан оказанной медицинской помощью;

анализ данных, полученных при проведении мониторинга показателей качества медицинской помощи в ГБУЗ РК "Симферопольский клинический родильный дом № 2",

подготовка предложений для главного врача, направленных на устранение причин возникновения дефектов медицинской помощи, повышение качества и эффективности оказываемой медицинской помощи.

1.4. По итогам проведенного контроля качества медицинской помощи в Учреждении разрабатываются и реализуются мероприятия по управлению качеством медицинской помощи:

принятие руководителем (или заместителем руководителя) управленческих решений, направленных на устранение причин возникновения дефектов медицинской помощи, повышение качества и эффективности оказываемой медицинской помощи, совершенствование организационных технологий оказания медицинской помощи;

планирование мероприятий, направленных на устранение причин возникновения дефектов медицинской помощи, повышение качества и эффективности оказываемой

медицинской помощи, совершенствование организационных технологий оказания медицинской помощи;

осуществление контроля за реализацией принятых управленческих решений или выполнением плана мероприятий.

1.5. Основные термины и определения, используемые при организации и проведении контроля качества медицинской помощи:

контроль качества медицинской помощи - определение соответствия оказанной медицинской помощи, установленным на данный период стандартам и современному уровню медицинской науки и технологий с учетом объективно имеющихся потребностей отдельных пациентов;

стандарт - нормативный документ, разработанный на основе консенсуса и утвержденный признанным органом, в котором устанавливаются для всеобщего и многократного использования правила, общие принципы или характеристики, касающиеся различных видов деятельности или их результатов и который направлен на достижение оптимальной степени упорядочения в определенной области;

протокол ведения больного (отраслевой стандарт) - нормативный документ системы стандартизации в здравоохранении, определяющий требования к выполнению медицинской помощи больному при определенном заболевании, с определенным синдромом или при определенной клинической ситуации;

доказательная медицинская практика – подход к медицинской практике, при котором решения о применении профилактических, диагностических и лечебных мероприятий принимаются исходя из имеющихся доказательств их эффективности и безопасности, а такие доказательства подвергаются поиску, сравнению, обобщению и широкому распространению для использования в интересах больных;

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

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

2. Порядок организации и проведения контроля качества медицинской помощи.

2.1. Контроль качества медицинской помощи проводится во всех структурных подразделениях Учреждения, осуществляющих медицинскую деятельность.

2.2. Контроль качества медицинской помощи осуществляется сотрудниками, назначенными приказом руководителя медицинской организации, ответственными за проведение контроля качества медицинской помощи (далее - ответственными за проведение контроля).

2.3. Контроль качества медицинской помощи осуществляется по трех уровневой системе:

первый уровень контроля - заведующие отделениями ;

второй уровень контроля - заместители руководителя ;

третий уровень контроля – врачебная комиссия (ВК).

I уровень экспертной оценки первичной медицинской документации осуществляют:

1.Заведующий гинекологическим отделением Моисеенко А.И.
2.Заведующий акушерским отделением Трибрат И.Г.
3.Заведующая отделением патологии беременных Брауде Е.А.
4.Заведующий отделением анестезиологии Мазур О.Н.
5.Заведующая неонатальным отделением Хан Г.Б.
6.Заведующая женской консультацией Фурковская Т.А.

II уровень экспертной оценки первичной медицинской документации осуществляют:

1.Заместитель главного врача по клинико-экспертной работе.
2.Заместитель главного врача по медицинской части Теленик Н.Н.
3.Заведующий клинико-экспертным отделом Короленко М.Е.

2.5. ГБУЗ РК "Симферопольский клинический родильный дом №2" обеспечивается прохождение ответственными за проведение контроля из числа заместителей руководителя тематического повышения квалификации по контролю качества медицинской помощи с установленной периодичностью.

2.6. Ответственные за проведение контроля несут персональную ответственность за объективность оценки качества оказанной медицинской помощи при проведении контроля качества медицинской помощи в соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации и должностными инструкциями.

2.7. Контроль качества медицинской помощи проводится по случаям медицинской помощи (законченным или незаконченным), оказанной в ГБУЗ РК "Симферопольский клинический родильный дом №2", независимо от должностей и квалификации работников, оказывавших медицинскую помощь, диагноза, возраста пациентов, оформления листка нетрудоспособности и других факторов.

2.8. Контроль качества медицинской помощи проводится по медицинской документации (медицинской карте амбулаторного больного, медицинской карте стационарного больного, иной медицинской документации, содержащей информацию о медицинской помощи, оказанной в конкретном проверяемом случае).

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

2.9.1. В амбулаторно - поликлинических подразделениях:

случаи летальных исходов;

случаи, сопровождающиеся ятрогенными осложнениями, в том числе внутрибольничного инфицирования и нежелательных реакций на применение лекарственных препаратов;

случаи заболеваний со значительно (более 50 % от средних) удлиненными сроками лечения;

случаи расхождений диагнозов поликлиники и стационара;

случаи расхождений диагнозов поликлиники и патологоанатомических диагнозов;

случаи первичного выявления запущенных форм онкологических заболеваний ;

случаи, сопровождавшиеся жалобами пациентов или их законных представителей на качество оказания медицинской помощи;

случаи, при проверках которых контролирующими органами и организациями были выявлены дефекты медицинской помощи.

2.9.2. В стационарных подразделениях:

случаи летальных исходов;

случаи, сопровождающиеся ятрогенными осложнениями, в том числе внутрибольничного инфицирования и нежелательных реакций на применение лекарственных препаратов;

случаи заболеваний со значительно (более 50 % от средних) удлиненными сроками лечения;

случаи расхождений заключительных клинических диагнозов и патолого-анатомических диагнозов;

случаи расхождений дооперационных и послеоперационных диагнозов;

случаи, сопровождавшиеся жалобами пациентов или их законных представителей на качество оказания медицинской помощи;

случаи, при проверках которых контролирующими органами и организациями были выявлены дефекты медицинской помощи.

2.10. Случаи, подлежащие контролю качества медицинской помощи в обязательном порядке, отбираются для проверки и проверяются в первую очередь.

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

Отбор случаев для проведения проверки осуществляется с охватом всех подразделений ГБУЗ РК "Симферопольский клинический родильный дом №2".

2.11. Из случаев, подлежащих контролю качества медицинской помощи в обязательном порядке, врачебной комиссией рассматриваются:

случаи, сопровождавшиеся жалобами пациентов или их законных представителей на качество оказания медицинской помощи;

случаи, сопровождающиеся ятрогенными осложнениями;

иные случаи, в соответствии с положением о деятельности врачебной комиссии.

2.12. Устанавливаются следующие минимальные объемы проведения контроля качества медицинской помощи, сверх случаев, подлежащих контролю в обязательном порядке:

для заместителей руководителя по клинико-экспертной работе, медицинской части - не менее 30 - 50 экспертиз в течение квартала;

для заведующей женской консультацией Фурковской Т.А. - не менее 30 случаев в месяц.;

для заведующих стационарными подразделениями - не менее 50 % случаев.

2.13. Объемы работы врачебной комиссии (далее - ВК) по проведению контроля качества медицинской помощи определяются функциями в обеспечении контроля качества медицинской помощи, возложенными на ВК действующими нормативными правовыми документами Российской Федерации и распорядительными документами ГБУЗ РК "Симферопольский клинический родильный дом №2" .

2.14. В целях своевременного устранения причин дефектов медицинской помощи и обеспечения эффективной обратной связи с исполнителями медицинских услуг, рекомендуется обеспечивать проведение контроля качества медицинской помощи в текущем режиме (не реже, чем 1 раз в месяц).

2.15. Проведение контроля качества медицинской помощи конкретному пациенту предусматривает оценку ее соответствия стандартам медицинской помощи, протоколам ведения больных, зарегистрированным медицинским технологиям, установленным в медицинской практике требованиям к проведению диагностических, лечебных, реабилитационных, профилактических мероприятий, проведению медицинской экспертизы, медицинского освидетельствования, оформлению медицинской документации, с учетом современного уровня развития медицинской науки, медицинских технологий и клинических особенностей каждого конкретного случая оказания медицинской помощи.

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

2.17. Контроль качества медицинской помощи проводится по методике экспертной оценки конкретного случая оказания медицинской помощи, заключающейся в проведении последовательной оценки каждой составляющей конкретного случая оказания медицинской помощи, с учетом его клинических особенностей:

сбор жалоб и анамнеза;

проведение клинико-диагностических мероприятий;

оформление диагноза;

проведение лечебных и профилактических мероприятий;

проведение медицинской экспертизы или медицинского освидетельствования;

соблюдение преемственности этапов оказания медицинской помощи;

оформление медицинской документации.

2.18. При проведении контроля качества медицинской помощи используются следующие критерии качества медицинской помощи:

критерий своевременности оказания медицинской помощи – отражает своевременность оказанной медицинской помощи объективным потребностям конкретного пациента;

критерий объемов оказания медицинской помощи - отражает соответствие объемов оказанной медицинской помощи объективным потребностям конкретного пациента;

критерий преемственности оказания медицинской помощи – отражает соблюдение преемственности при оказании медицинской помощи подразделениями ГБУЗ РК "Симферопольский клинический родильный дом №2".

критерий соблюдения медицинских технологий - отражает соблюдение медицинскими работниками зарегистрированных медицинских технологий при их назначении и непосредственно в процессе оказания медицинской помощи;

критерий безопасности оказания медицинской помощи - отражает оптимальность выбора медицинских технологий при оказании медицинской помощи, с учетом минимизации риска их применения для конкретного пациента, принятие, в случае необходимости, адекватных мер профилактики ятрогенных осложнений, а также соблюдение в подразделениях (отделениях) правил хранения и применения лекарственных препаратов и расходных материалов;

критерий эффективности оказания медицинской помощи – отражает достижение целевых результатов оказания медицинской помощи конкретному пациенту.

2.19. Критерии качества медицинской помощи используются ответственными лицами за проведение контроля при оценке каждой составляющей конкретного случая оказания медицинской помощи:

Составляющие случая оказания медицинской помощи	**Критерии оценки**	**Варианты оценки**
Сбор жалоб и анамнеза	Критерий объемов	- в полном объеме; - не в полном объеме; - отсутствуют
Диагностические мероприятия	Критерий своевременности	- своевременно; - несвоевременно
	Критерий объемов	- в полном объеме; - не в полном объеме; - отсутствуют
	Критерий соблюдения медицинских технологий	- назначены оптимально; - назначены не оптимально; - соблюдались; - не соблюдались
	Критерий безопасности	- риск минимизирован;

		- риск не минимизирован
	Критерий эффективности	- целевой результат достигнут; - целевой результат не достигнут
	Критерий преемственности	- соблюдались; - не соблюдались
Оформление диагноза	Критерий своевременности	- своевременно; - несвоевременно
	Критерий объемов	- в полном объеме; - не в полном объеме; - отсутствуют
Лечебные мероприятия	Критерий своевременности	- своевременно; - несвоевременно
	Критерий объемов	- в полном объеме; - не в полном объеме; - отсутствуют
	Критерий соблюдения медицинских технологий	- назначены оптимально; - назначены не оптимально; - соблюдались; - не соблюдались
	Критерий безопасности	- риск минимизирован; - риск не минимизирован
	Критерий эффективности	- целевой результат достигнут; - целевой результат не достигнут
	Критерий преемственности	- соблюдались; - не соблюдались
Профилактические мероприятия	Критерий своевременности	- своевременно; - несвоевременно
	Критерий объемов	- в полном объеме; - не в полном объеме; - отсутствуют
	Критерий соблюдения медицинских технологий	- назначены оптимально; - назначены не оптимально; - соблюдались; - не соблюдались
	Критерий безопасности	- риск минимизирован; - риск не минимизирован
	Критерий эффективности	- целевой результат достигнут; - целевой результат не достигнут
Медицинская экспертиза; медицинское освидетельствование	Критерий своевременности	- своевременно; - несвоевременно
	Критерий объемов	- в полном объеме; - не в полном объеме; - отсутствуют
	Критерий эффективности	- целевой результат достигнут; - целевой результат не достигнут
Оформление медицинской документации	Критерий объемов	- в полном объеме; - не в полном объеме; - отсутствует

2.20. На каждый случай экспертной оценки заполняется «Карта экспертной оценки качества медицинской помощи» в бумажном или **электронном виде**, в случаях обязательного проведения детальной экспертной оценки - в бумажном виде приклеивается в мед. документацию.

В результате их статистической обработки рассчитываются показатели качества (коэффициенты качества), характеризующие качество и эффективность медицинской помощи.

Результаты проверки каждого случая оказания медицинской помощи регистрируются в журналах контроля качества медицинской помощи, которые ведутся ответственным лицом за проведение контроля на 1 и 2 уровнях контроля в бумажном или электронном виде.

Учет результатов проведенного контроля качества медицинской помощи осуществляется в форме ежемесячных отчетов по форме и анализа качества медицинской помощи в целом по итогам прошедшего года.

Учет результатов контроля качества медицинской помощи может быть представлен в электронном виде с соблюдением установленной формы журнала контроля качества медицинской помощи при условии последующей ежемесячной распечатки с подписью ответственного лица за проведение контроля.

2.21. По результатам экспертизы случая оказания медицинской помощи ответственные за проведение контроля кратко формулируют в журналах контроля качества медицинской помощи дефекты, выявленные по каждой составляющей случая оказания медицинской помощи, определяют коэффициент качества, выносят итоговое заключение о качестве медицинской помощи на основании коэффициентов качества:

качественно оказанная медицинская помощь;

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

некачественно оказанная медицинская помощь.

Примерный перечень дефектов медицинской помощи приводится в классификаторе дефектов медицинской помощи.

2.22. Информация, полученная в результате оценки качества медицинской помощи, доводится до сведения главного врача и является предметом обсуждения среди сотрудников.

2.23. Ответственными лицами за проведение контроля по результатам контроля качества медицинской помощи незамедлительно принимаются меры по недопущению повторения выявленных дефектов медицинской помощи в случаях, если принятие вышеназванных мер находится в пределах их полномочий. В иных случаях предложения доводятся до сведения главного врача Глазкова И.С. .

2.24. Журналы контроля качества медицинской помощи хранятся 3 года.

2.25. В случаях, требующих проведения детальной экспертной оценки и анализа (например, в случаях летальных исходов, ятрогенных осложнений, жалоб пациентов и других), результаты проведенного контроля качества медицинской помощи оформляются отдельным Актом, с регистрацией в журнале контроля качества медицинской помощи.

2.26. Анализ проведенного контроля качества медицинской помощи должен содержать следующие сведения:

1) отчетный период;

2) объемы проведенного контроля качества медицинской помощи:

количество пролеченных больных;

количество проведенных экспертиз;

3) результаты проведенного контроля качества медицинской помощи с подсчетом общего коэффициента качества по медицинской организации и в разрезе проверенных отделений (подразделений), при необходимости - каждого отдельно взятого врача-специалиста, по итогам экспертизы законченных случаев лечения его пациентов за отчетный период времени:

количество случаев качественно оказанной медицинской помощи (коэффициент качества 1,0-0,8);

количество случаев качественно оказанной медицинской помощи, сопровождавшихся единичными дефектами медицинской помощи (коэффициент качества 0,7 -0,6);

количество случаев некачественно оказанной медицинской помощи (коэффициент качества 0,5-0);

структура дефектов медицинской помощи по их видам: дефекты диагностических мероприятий; дефекты оформления диагноза; дефекты лечебно-профилактических мероприятий; дефекты преемственности этапов, дефекты оформления медицинской документации;

4) краткие сведения о мерах, принятых ответственным лицом за проведение контроля по итогам проведенного контроля качества медицинской помощи;

5) предложения по итогам проведенного контроля качества медицинской помощи для руководителя медицинской организации;

6) Ф.И.О., должность, подпись ответственного за проведение контроля.

2.27. Отчеты о проведенном внутреннем контроле качества медицинской помощи по организации здравоохранения в целом (или в разрезе подразделений) доводятся до сведения медицинских работников и руководителя медицинской организации ежемесячно.

2.28. Отчеты о проведенном внутреннем контроле качества медицинской помощи по итогам прошедшего года хранятся в медицинской организации не менее 3 лет.

2.29. Сведения о результатах проведенного внутреннего контроля качества медицинской помощи в ГБУЗ РК " Симферопольский клинический родильный дом № 2"дважды в год предоставляются в форме отчета по мониторингу качества медицинской помощи в ГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр» департамента здравоохранения РК, в электронном виде установленным порядком.

2.30. По результатам проведенного внутреннего контроля качества медицинской помощи планируются и реализуются мероприятия, направленные на устранение причин, вызвавших возникновение дефектов медицинской помощи, на повышение качества и эффективности оказываемой медицинской помощи:

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

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

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

экономические мероприятия – использование показателей качества и эффективности медицинской помощи для дифференцированной оплаты труда медицинских работников;

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

мероприятия по совершенствованию укомплектованности медицинской организации медицинскими работниками.

2.31. Контроль за реализацией принятых управленческих решений по вопросам управления качеством медицинской помощи обеспечивается заместителем главного врача по КЭР.

2.32. В целях обеспечения динамического контроля за результатами деятельности Учреждения, по итогам прошедшего квартала рассчитываются и анализируются

показатели для проведения мониторинга качества медицинской помощи, отражающие объемы, доступность, качество и эффективность оказываемой медицинской помощи.

Выбор конкретных показателей для проведения мониторинга качества медицинской помощи и порядок их анализа осуществляется руководителем медицинской организации.

2.33. По результатам анализа мониторинга показателей качества медицинской помощи, при отклонении показателей от целевых значений или при выявлении отрицательной динамики показателей разрабатываются и проводятся мероприятия, направленные на устранение причин, вызвавших снижение качества, доступности или эффективности оказываемой медицинской помощи.

Приложение № 2

ЖУРНАЛ
контроля качества медицинской помощи

№ п/п	Проверяемый период (месяц, квартал, год)	Отделение, либо Ф.И.О. врачей с числом пролеченных больных	Количество проведенных экспертиз		Количество медицинских карт с выявленными дефектами медицинской помощи (абс. и %)										Итоговая оценка качества медицинской помощи с Коэффициентом качества
					Диагностических мероприятий		Полноты диагноза		Лечебно-профилактических мероприятий		Преемственности этапов		Оформления медицинской документации		
1	2	3	4		5		6		7		8		9		10
пример	январь	ОЛТ №1 20	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	
			10	**50**	5	**50**	2	**20**	5	**50**	0	**0**	5	**50**	**0,7 - ДМП**
пример	январь	Диспансерное отд. № 2 30	15	**50**	3	**20**	0	**0**	8	**50**	3	**20**	9	**60**	**0,7 - ДМП**

Приложение № 3

ИНСТРУКЦИЯ
По ведению журнала контроля качества оказания медицинской помощи

1. В 1 графе журнала указывается порядковый номер экспертизы. Нумерация обнуляется с начала каждого календарного года.

2. Во 2 графе указывается отчетный период (месяц, квартал, год).

3. В 3 графе указывается проверяемое отделение, если оценивается работа отделения в целом, либо Ф.И.О. лечащих врачей, медицинские карты которых были взяты на экспертизу, если проводится оценка качества работы отдельных врачей.

4. В 4 графе указывается количество проведенных экспертиз, процент выполнения ответственными лицами обязанностей по внутреннему контролю качества медицинской помощи.

5. В графах с 5 по 9 указывается количество выявленных при проведении проверки дефектов медицинской помощи в абсолютных цифрах и в % отношении от числа проведенных экспертиз:

в 5 графе – дефекты, допущенные при проведении диагностических мероприятий,

в 6 графе - дефекты, допущенные при постановке и формулировке диагноза,

в 7 графе – дефекты, допущенные при проведении лечебно-профилактических мероприятий,

в 8 графе – дефекты преемственности этапов оказания медицинской помощи,

в 9 графе - дефекты, допущенные при оформлении медицинской документации.

В случае отсутствия дефектов медицинской помощи в соответствующей графе ставится прочерк.

6. В 10 графе дается итоговая оценка качества медицинской помощи с Коэффициентом качества общего по отделению, либо установленного для лечащего врача за отчетный период, с учетом дефектов, зафиксированных в предыдущих графах:

качественно оказанная медицинская помощь (аббревиатура – «КМП») с коэффициентом качества 1,0-0,8;

качественно оказанная медицинская помощь, сопровождавшаяся единичными дефектами медицинской помощи, которые не привели и не могли привести к ухудшению состояния здоровья пациента или его смерти (аббревиатура – «ДМП») с Коэффициентом качества 0,7-0,6;

некачественно оказанная медицинская помощь (аббревиатура – «НКМП») с Коэффициентом качества 0,5-0.

7. При заполнении журнала контроля качества медицинской помощи допускается использование общепринятых сокращений и аббревиатур.

Приложение № 4

Классификатор дефектов медицинской помощи

Рубрика 1 Классификатора.

Виды и наименования дефектов медицинской помощи

Код	Виды и наименования дефектов
1	**Дефекты диагностических мероприятий .** **Дефекты сбора жалоб или анамнеза (анамнеза жизни; анамнеза заболевания):**
1.1	Жалобы не собраны.
1.2	Жалобы собраны не в полном объеме или не детализированы.
1.3	Жалобы собраны несвоевременно.
1.4	Анамнез жизни не собран в части разделов, существенных для оказания медицинской помощи: наследственная предрасположенность, перенесенные заболевания, операции, лекарственная непереносимость, гемотрансфузии и др.
1.5	Анамнез заболевания или эпидемиологический анамнез отсутствует.
1.6	Анамнез заболевания или эпидемиологический анамнез собран не в полном объеме или не детализирован.
1.7	Анамнез заболевания или эпидемиологический анамнез собран несвоевременно.
1.8	Прочие виды дефектов сбора жалоб или анамнеза.
2	**Дефекты объективного осмотра; дополнительных обследований:**
2.1	Объективный осмотр не проведен.
2.2	Объективный осмотр проведен не в полном объеме.
2.3	Запись об объективном осмотре сделана без его проведения.
2.4	Диагностические мероприятия не назначены.
2.5	Диагностические мероприятия не назначены в необходимом объеме.
2.6	Диагностические мероприятия назначены несвоевременно.
2.7	Диагностические мероприятия назначены необоснованно.
2.8	Диагностические мероприятия назначены без учета индивидуальных особенностей организма пациента или имеющихся противопоказаний к их

	назначению.
2.9	Диагностические мероприятия выбраны не рационально, в том числе, без учета современного уровня медицинской науки и технологий.
2.10	Не приняты или приняты в недостаточном объеме меры, направленные на профилактику ятрогенных осложнений и неблагоприятных реакций при проведении диагностических мероприятий.
2.11	Диагностические мероприятия назначены с нарушением медицинских технологий.
2.12	Назначенные диагностические мероприятия не выполнены.
2.13	Назначенные диагностические мероприятия выполнены несвоевременно.
2.14	Назначенные диагностические мероприятия выполнены не в полном объеме.
2.15	Назначенные диагностические мероприятия выполнены с нарушением медицинских технологий.
2.16	Имевшиеся клинические данные не были учтены в процессе установления диагноза.
2.17	Имевшиеся клинические данные не обосновывают установленный диагноз.
2.18	Не проведен консилиум в клиническом случае, требующем его проведения.
2.19	При проведении диагностических мероприятий не соблюдался принцип преемственности оказания медицинской помощи между медицинскими работниками или между подразделениями медицинской организации
2.20	При проведении диагностических мероприятий не соблюдался принцип преемственности оказания медицинской помощи с другими медицинскими организациями
2.21	Не назначены повторные осмотры пациента или контрольные дополнительные исследования или их частота не соответствует необходимой.
2.22	Прочие виды дефектов диагностических мероприятий.
3	**Дефекты оформления диагноза (диагноза основного заболевания; диагноза сопутствующего заболевания):**
3.1	Диагноз основного заболевания не обоснован
3.2	Диагноз основного заболевания установлен несвоевременно.
3.3	Диагноз сформулирован не в соответствии с Международной классификацией болезней X пересмотра (МКБ-X) или не в соответствии с действующими требованиями к формулировке диагноза.

3.4	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, даты перенесенных инфарктов, инсультов, операций, степень нарушения функций органов и систем.
3.5	Диагноз сформулирован с использованием не принятых в медицинской практике аббревиатур и сокращений.
3.6	Диагноз частично обоснован, нет плана ведения больного, нет этапных эпикризов, нет осмотров заведующего отделением, неинформативные записи.
3.7	Прочие виды дефектов оформления диагноза.
4	**Дефекты лечебно-профилактических мероприятий:**
4.1	Лечебные мероприятия не назначены в необходимом объеме.
4.2	Лечебные мероприятия назначены несвоевременно.
4.3	Лечебные мероприятия назначены не обоснованно.
4.4	Лечебные мероприятия назначены без учета индивидуальных особенностей организма пациента или имеющихся противопоказаний к их назначению.
4.5	Лечебные мероприятия или методы их применения выбраны не рационально, в том числе, без учета современного уровня медицинской науки и технологий.
4.6	Лечебные мероприятия назначены с нарушением медицинских технологий, в том числе: нарушения, связанные с назначением лекарственных средств или назначение смесей лекарственных средств без учета их совместимости, в одном шприце или в одной системе для капельного введения.
4.7	Не приняты или приняты в недостаточном объеме меры, направленные на профилактику ятрогенных осложнений и неблагоприятных реакций при проведении лечебных мероприятий.
4.8	Лечебные мероприятия назначены без указания наименования; дозы; кратности применения; длительности применения; пути применения.
4.9	Назначенные лечебные мероприятия не выполнены.
4.10	Назначенные лечебные мероприятия выполнены несвоевременно.
4.11	Назначенные лечебные мероприятия выполнены не в полном объеме.
4.12	Назначенные лечебные мероприятия выполнены с нарушением медицинских технологий.
4.13	Не проведен консилиум в клиническом случае, требующем его проведения.

4.14	При проведении лечебных мероприятий не соблюдался принцип преемственности оказания медицинской помощи между медицинскими работниками или между подразделениями медицинской организации
4.17	При проведении лечебных мероприятий не соблюдался принцип преемственности оказания медицинской помощи с другими медицинскими подразделениями или организациями.
4.18	При проведении лечебных мероприятий допущено клинически необоснованное отклонение сроков лечения от средних рекомендованных сроков (более 25% от стандарта).
4.19	Не назначены повторные осмотры пациента или контрольные дополнительные исследования, или их частота не соответствует необходимой.
4.20	Лечебные мероприятия были прекращены до достижения их целевых результатов.
4.21	Прочие виды дефектов лечебных мероприятий.
5	**Дефекты профилактических мероприятий:**
5.1	Профилактические мероприятия не назначены.
5.2	Профилактические мероприятия не назначены в необходимом объеме.
5.3	Профилактические мероприятия назначены несвоевременно.
5.4	Профилактические мероприятия назначены без учета индивидуальных особенностей организма пациента или имеющихся противопоказаний к их назначению.
5.5	Не приняты или приняты не в недостаточном объеме меры, направленные на профилактику ятрогенных осложнений и неблагоприятных реакций при проведении профилактических мероприятий.
5.6	Профилактические мероприятия назначены с нарушением медицинских технологий.
5.7	Назначенные профилактические мероприятия не выполнены.
5.8	Назначенные профилактические мероприятия выполнены несвоевременно.
5.9	Назначенные профилактические мероприятия выполнены не в полном объеме.
5.10	Назначенные профилактические мероприятия выполнены с нарушением медицинских технологий или с использованием медицинских изделий, не зарегистрированных в Государственном реестре медицинских изделий или не прошедших в установленном порядке поверку (или техническое обслуживание) или с использованием лекарственных средств, не зарегистрированных в Государственном реестре лекарственных средств.

5.11	Профилактические мероприятия проводились медицинским работником, не имеющим сертификата специалиста или медицинским работником, специальности, не соответствующей профилю заболевания пациента.
5.12	Не назначены повторные осмотры пациента или дополнительные исследования в целях динамического контроля за состоянием здоровья и эффективностью профилактических мероприятий, или их частота не соответствует необходимой.
5.13	Профилактические мероприятия были прекращены до достижения их целевых результатов.
5.14	При проведении профилактических мероприятий не соблюдался принцип преемственности оказания медицинской помощи между медицинскими работниками или между подразделениями медицинской организации.
5.15	При проведении профилактических мероприятий не соблюдался принцип преемственности оказания медицинской помощи с другими медицинскими организациями.
5.16	Прочие виды дефектов профилактических мероприятий.
6	**Дефекты оформления медицинской документации, содержащей информацию об оказанной медицинской помощи (медицинские карты амбулаторного больного, медицинские карты стационарного больного, карты вызова скорой медицинской помощи и др.):**
6.1	Медицинская документация не оформлена, при наличии достоверной информации о факте оказания медицинской помощи.
6.2	Медицинская документация оформлена не в полном объеме.
6.3	Медицинская документация оформлена с нарушением требований к ее оформлению.
6.4	В медицинскую документацию внесены ложные сведения.
6.5	Формы использованной медицинской документации не соответствуют установленным.
6.6	Медицинская документация оформлена неразборчиво или с использованием не общепринятых аббревиатур, что не позволяет ее прочесть и затрудняет ее проверку.
6.7	В медицинской документации имеются исправления, дописки или подчистки.
6.8	В медицинской документации отсутствуют результаты проведенных исследований, при наличии достоверной информации о факте их проведения.
6.9	Прочие виды дефектов оформления медицинской документации.

Рубрика 2 Классификатора.
Группы дефектов медицинской помощи
по причинам их возникновения

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 госпитализации, - не выполнением пациентом назначений лечащего врача, - не предоставлением пациентом полной и достоверной информации о состоянии своего здоровья, - самовольным уходом пациента из стационара, - 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, рентген-отделение, физио-отделение и др.), - в организации проведения консультаций специалистов или исследований, отсутствующих в учреждении, - в организации работы приемного отделения стационара, - в организации работы дежурных врачей стационара, - в обеспечении необходимым медицинским оборудованием, - в организации поверок или технического обслуживания медицинского оборудования, - в обеспечении стационаров лекарственными средствами, - в организации своевременного повышения квалификации медицинских работников, - 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.

Рубрика 3 Классификатора
Категории дефектов медицинской помощи по их влиянию на эффективность оказанной медицинской помощи

Код	Категории дефектов
I	Дефекты медицинской помощи привели или могли привести к ухудшению состояния здоровья пациента (или его смерти) и привели к неэффективному использованию материально-технических или кадровых ресурсов здравоохранения.
II	Дефекты медицинской помощи привели или могли привести к ухудшению состояния здоровья пациента (или его смерти), но не сопровождались неэффективным использованием материально-технических или кадровых ресурсов здравоохранения.
III	Дефекты медицинской помощи не оказали и не могли оказать существенного влияния на состояние здоровья пациента, но привели к неэффективному использованию материально-технических или кадровых ресурсов здравоохранения.
IV	Дефекты медицинской помощи не оказали и не могли оказать существенного влияния на состояние здоровья пациента и эффективность использования материально-технических или кадровых ресурсов здравоохранения.

Приложение № 5

КАРТА
экспертной оценки качества медицинской помощи в стационарном отделении

Карта стационарного больного № _____
Отделение _____

Лечащий врач _____
Дата поступления _____Дата выписки _____ к/дней_____

Ф.И.О. пациента _____

Дата рождения _____ Возраст _____ Лечащий врач_____

Клинический диагноз _____
Осложнение_____
Сопутствующий диагноз_____

№	Показатели	балл	Зав.отд. 1 ур.	Эксперт 2 ур.
А.	**Оценка диагностических мероприятий (ОДМ)**	**3**		
	1. Объем и качество обсл. (сбор жалоб, анамнеза, физикальных данн. конс. спец-в, осмотр зав. отделением)			
	Полное	1		
	Частичное, несвоевременное, избыточное, что не отразилось на исходе заболевания	0,5		
	Неполное, несвоевременное, повлекшее за собой ухудшение состояние больного	0		
	2. Объем лабораторных обследований в соответствии со стандартами			
	Полное	1		
	Неполное, в т.ч. не выполнены контрольные анализы при выписке при имеющихся изменениях, избыточное	0,5		
	Нет интерпретации лабораторных данных лечащим врачом	0		
	3. Объем инструментальных обследований в соответствии со стандартами			
	Полное	1		
	Частичное, несвоевременное, избыточное	0,5		
	Не выполнено	0		
Б.	**Оценка полноты диагноза (ОПД)**			
	1. Диагноз поставлен в соответствии с правилами классификации (фаза, стадия процесса, локализация, нарушение функции, соп. заб. осложнения)	**2**		
	Правильно	1		
	Не полностью сформулирован, нарушена структура	0,5		

КАРТА экспертной оценки качества медицинской помощи в диспансерном отделении

Дата	Цель экспертизы	Дата	Цель экспертизы

Медицинская карта амбулаторного больного № _____ диспансерное отделение №_____

ФИО_____

Дата рождения _____ Лечащий врач _____

Дата первичного осмотра_____ Дата взятия на учёт _____

Клинический диагноз_____

№	Показатели	балл	Экспертиза 1 ур.	Экспертиза 2 ур.
А	Оценка диагностических мероприятий (ОДМ)	3		
	1. Объем и качество обсл. (сбор жалоб, анамнеза, физикальных данн. конс. спец-в, осмотр зав. отделением)			
	2. Объем лабораторных обследований в соответствии со стандартами			
	3. Объем инструментальных обследований в соответствии со стандартами			
Б	Оценка полноты диагноза (ОПД)	2		
	1. Диагноз поставлен в соответствии с правилами классификации (фаза, стадия процесса, локализация, нарушение функции, соп. заб. осложнения)			
	2. Обоснование диагноза			
В	Оценка лечебно-профилактических мероприятий (ОЛПМ)	2		
	1. Адекватность лечения по диагнозу			
	2. Сроки лечения			
Г	Оценка своевременности решения медико-социальных вопросов (ОЭ)	1		
	1.экспертиза временной нетрудоспособности			
	2. экспертиза стойкой утраты трудоспособности			
Д	Оформление документации	0,5		
	Сумма баллов (мах 10)	10		

	диагноза, не отмечены соп. заболевания			
	Не соответствует клинике, расхождение с патологоанатомическим диагнозом	0		
	2. Обоснование диагноза			
	Обоснование полное, с данными клиники и исследований	1		
	Частично обоснован, нет плана ведения, нет этапных эпикризов, неинформативные записи, нет осм. зав. отд.	0,5		
	Не обоснован	0		
В.	**Оценка лечебно-профилактических мероприятий (ОЛПМ)**	**4**		
	1. Адекватность лечения по диагнозу			
	Адекватное, своевременное	2		
	Неполное, избыточное (полипрогмазия), несвоевременно начато, необоснованное назначение препаратов.	0,5		
	Не проведено лечение соп. заболеваний в стадии обострения, не соответствует стандартам	0		
	2. Сроки лечения			
	Адекватные	1		
	Необоснованно длительное лечение, (длит предоперац. период), более 25% от стандарта	0,5		
	Ранняя необоснованная выписка	0		
	3. Цель госпитализации, эффективность лечения	1		
	Достигнута (выздоровление, компенсация хр. процесса)	1		
	Частично достигнута	0,5		
	Не достигнута, не обоснованное пребывание в больнице	0		
Г.	**Преемственность этапов (ПЭ)**	**0,5**		
	Соблюдена	0,5		
	Частично соблюдена	0,25		
	Не соблюдена	0		
Д.	**Оформление документации**	**0,5**		
	Соответствует принятым нормам	0,5		
	Небрежное оформление, неточность и разночтения в истории болезни, не принятые сокращения	0,25		
	Невозможность прочтения, утеряны анализы, не записаны заключения проведенных исследований и консультации специалистов	0		
	Сумма баллов (мах 10)	**10**		

Заключение

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

ФИО эксперта _____

Дата проведения экспертизы _____

Осложнения_____Сопутствующий диагноз _____

В связи с наличием программного продукта экспертизы качества медицинской помощи – ведение карт экспертизы и журнала экспертизы допускается в электронном варианте.
Карты экспертиз распечатываются, прошиваются и хранятся в течении 3 –х лет.

Коэффициент качества медицинской помощи равен сумме баллов, делённое на 10:
Коэффициенткачества К= (ОДМ+ОПД+ОЛПМ+ОЭ+ОПЭМ+ОД):10

Пример: Кк = (3 +2+2+1 + 1,5 + 0,5) : 10 = 1,0

По количеству проведенных экспертиз в структурном подразделении учреждения вычисляется общий коэффициент качества по отделению за определенный промежуток времени, например за 1 месяц:

Кк = (Кк1 + Кк2 + Кк3 + …): n

где n – это число проведенных экспертиз

По аналогичному принципу рассчитывается Коэффициент качества для каждого отдельно взятого лечащего врача, подвергнув экспертизе законченные случаи лечения его пациентов за определенный промежуток времени.

Проводя анализ полученных коэффициентов качества по структурным подразделениям учреждения здравоохранения за год, руководителю можно выделить лидирующие отделения и проблемные.