

Приложение №

Приложение № 4

УТВЕРЖДЕНО

приказом ЧУ ДПО «МЭИ Юга»

от «31» 03. 2022 № 48



РОССЕТИ

ЮГ

Межрегиональный
энергетический институт

Частное учреждение
дополнительного профессионального образования
«Межрегиональный энергетический институт Юга»

ПОЛОЖЕНИЕ
о внутреннем контроле качества и
безопасности медицинской деятельности
в лечебно-оздоровительном комплексе

Ростов-на-Дону
2022

1. Общие положения

1.1. Положение о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности в лечебно-оздоровительном комплексе ЧУ ДПО «МЭИ Юга» (далее – ЛОК Института) устанавливает порядок организации и проведения внутреннего контроля соответствия качества выполняемых медицинских работ (услуг) установленным требованиям и безопасности медицинской помощи, оказываемой гражданам в учреждении.

1.2. Настоящее Положение разработано в соответствии с:

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

- Законом Российской Федерации от 07.02.1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителей»;

- Постановление Правительства РФ от 01.06.2021 № 852 "О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково") и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации"

(вместе с "Положением о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")");

- Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 г. №1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»;

1.3. Целью внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (далее – контроля качества медицинской помощи) является обеспечение прав граждан на получение медицинской помощи необходимого объёма и надлежащего качества ЛОК Института, на основе стандартов медицинской помощи, установленных требований к оказанию медицинской помощи, а также требований, обычно предъявляемых к медицинской помощи в медицинской практике, с учётом современного уровня развития медицинской науки и медицинских технологий.

1.4. 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 проведённого контроля качества медицинской помощи;

- оценка оптимальности использования кадровых и материально-технических средств при оказании медицинской помощи;

- изучение удовлетворенности граждан оказанной медицинской помощью;

- анализ данных, полученных при проведении мониторинга качества оказания медицинской помощи;
- подготовка предложений, направленных на устранение причин возникновения дефектов медицинской помощи, повышение качества эффективности оказываемой медицинской помощи.

1.5. По итогам проведённого контроля качества медицинской помощи в Институте разрабатываются и реализуются мероприятия по управлению качеством медицинской помощи:

- принятие директором Института 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 реализации принятых управленческих решений или выполнения плана мероприятий.

2. Порядок организации и проведения контроля качества медицинской помощи

2.1. Контроль качества медицинской помощи осуществляется работниками, назначенными приказом директора Института ответственными за проведение контроля качества медицинской помощи (далее – ответственными за проведение контроля).

2.2. Контроль качества медицинской помощи не может проводиться ответственными за проведение контроля в случаях, когда медицинская помощь оказывалась самими ответственными за проведение контроля.

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

2.4. Ответственным за организацию контроля качества медицинской помощи в ЛОК Института является заведующий ЛОК.

2.5. В необходимых случаях для проведения контроля качества медицинской помощи могут привлекаться (по согласованию) в качестве экспертов: работники медицинских вузов, работники медицинских научно-исследовательских институтов, а также работники учреждений (организаций) здравоохранения.

В необходимых случаях при проведении контроля качества медицинской помощи может проводиться осмотр пациента.

2.6. Контроль качества медицинской помощи осуществляется на двух уровнях:

- первый уровень контроля – заведующий ЛОК;
- второй уровень контроля – комиссия по контролю качества оказания медицинской помощи (далее – комиссия).

2.6.1. Заведующий ЛОК Института в течение месяца обязан провести контроль качества медицинской помощи по всем законченным случаям лечения, используя очный и ретроспективный анализ каждого случая, и оформить результаты не менее 30% случаев в Журнале учёта работы ЛОК.

2.6.2. Выявленные недостатки в оказании медицинской помощи анализируются и докладываются с предложениями в виде служебных записок ежемесячно директору Института для принятия управленческого решения.

2.6.3. Комиссия осуществляет контроль качества медицинской помощи на втором уровне.

При осуществлении контроля качества оказанной медицинской помощи комиссия:

- проводит проверку качества оказания медицинской помощи в ЛОК Института, а также ежеквартально проводит целевые экспертизы;
- рассматривает обращения физических и юридических лиц по вопросам качества медицинской помощи.

2.7. Контроль качества медицинской помощи проводится по случаям медицинской помощи (законченным или незаконченным), оказанной в ЛОК Института, независимо от источника финансирования оказанной медицинской помощи, должностей и квалификации работников, оказывавших медицинскую помощь, диагноза, возраста пациентов и других факторов.

2.8. Контроль качества медицинской помощи проводится по медицинской документации (медицинской карте амбулаторного 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:

- случаи летальных исходов;
- случаи внутрибольничного инфицирования и нежелательных реакций на применение лекарственных препаратов;
- случаи заболеваний со значительно (более 30% от средних) удлинёнными или укороченными сроками лечения;
- случаи, сопровождавшиеся жалобами пациентов на качество оказания медицинской помощи;
- иные случаи, указанные в нормативно-правовых документах, регламентирующих порядок осуществления контроля качества оказания медицинской помощи.

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

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

2.11. В целях повышения эффективности контрольных мероприятий и своевременного устранения причин дефектов медицинской помощи проведение контроля качества медицинской помощи на первом уровне осуществляется в текущем режиме (не реже, чем 1 раз в неделю).

2.12. Проведение контроля качества медицинской помощи конкретному пациенту предусматривает оценку её соответствия стандартам медицинской помощи, протоколам ведения больных, зарегистрированным медицинским технологиям, установленным или обычно предъявляемым в медицинской практике требованиям к проведению диагностических, лечебных, профилактических мероприятий, оформлению медицинской документации, с учётом современного уровня развития медицинской науки, медицинских технологий и клинических особенностей каждого конкретного случая оказания медицинской помощи.

2.13. 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.

2.14. 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 учётом его клинических особенностей:

- сбор жалоб и анамнеза;
- проведение диагностических мероприятий;
- проведение диагноза;
- проведение лечебных мероприятий;
- проведение профилактических мероприятий;
- оформление медицинской документации.

2.15. При проведении контроля качества медицинской помощи используются следующие критерии качества медицинской помощи (Приложение № 1):

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

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

- критерий преемственности оказания медицинской помощи – отражает соблюдение преемственности при оказании медицинской помощи медицинскими работниками;

- 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 учётом минимизации риска их применения для конкретного пациента, а также соблюдение в ЛОК Института правил хранения и применения лекарственных препаратов и расходных материалов;

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

2.16. Результаты проверки каждого случая оказания медицинской помощи регистрируются в журналах контроля качества медицинской помощи, которые ведутся каждым ответственным за проведение контроля на уровнях контроля (Приложение №№ 2, 2.1.).

Учёт результатов контроля качества медицинской помощи, проведённого комиссией, осуществляется в соответствии с действующими нормативными правовыми документами Российской Федерации.

2.17. По результатам проверки каждого случая оказания медицинской помощи ответственные за проведение контроля кратко формулируют в журналах контроля качества медицинской помощи дефекты медицинской помощи, выявленные по каждой составляющей случая оказания медицинской помощи, а также итоговое заключение о качестве медицинской помощи в каждом конкретном случае оказания медицинской помощи (Приложение №№ 3, 3.1., 3.2.):

- 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.

2.18. В случаях выявления дефектов медицинской помощи или некачественно оказанной медицинской помощи информация о результатах контроля качества медицинской помощи доводится до сведения медицинских работников, оказывавших медицинскую помощь в конкретном проверенном случае, при необходимости – под роспись.

2.19. Ответственными 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 директора Института.

2.20. Журналы контроля качества медицинской помощи хранятся в ЛОК Института не менее 3 лет.

2.21. Учёт результатов проведенного контроля качества медицинской помощи осуществляется в ЛОК Института в форме отчётов ежемесячно и по итогам прошедшего года на каждом уровне контроля качества медицинской помощи и по ЛОК в целом (Приложение №4).

2.22. Отчёты о проведённом контроле качества медицинской помощи должны содержать следующие сведения:

1) отчётный период;

2) объёмы проведенного контроля качества медицинской помощи:

- количество проверенных случаев;

- количество проверенных случаев, из числа подлежащих контролю в обязательном порядке и процентах от числа случаев, подлежащих контролю в обязательном порядке;

- объём проведенного контроля качества медицинской помощи в процентах от установленных минимальных объемов;

3) результаты проведённого контроля качества медицинской помощи:

- количество случаев качественно оказанной медицинской помощи;

- количество случаев качественно оказанной медицинской помощи, сопровождавшихся единичными дефектами медицинской помощи;

- количество случаев не качественно оказанной медицинской помощи (в абсолютных цифрах и в процентах проверенных случаев) – общее и в разрезе проверенных медицинских работников;

- количество выявленных дефектов медицинской помощи по их видам (структура дефектов):

дефекты сбора жалоб или анамнеза;

дефекты диагностических мероприятий;

дефекты оформления диагноза;

дефекты лечебных мероприятий;

дефекты профилактических мероприятий;

дефекты оформления медицинской документации;

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

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

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

2.23 Отчёты о проведённом контроле качества медицинской помощи по ЛОК в целом доводятся до директора Института ежемесячно, до сведения медицинских работников ЛОК, не реже, чем 1 раз в квартал.

2.24. Отчёты о проведённом контроле качества медицинской помощи по итогам прошедшего года хранятся в Институте не менее 3 лет.

2.25. По результатам проведённого контроля медицинской помощи в ЛОК Института 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, инструктажей, издание приказов, инструкций, совершенствование организационных технологий оказания медицинской помощи и другие;
- образовательные мероприятия – направление медицинских работников на повышение квалификации (в том числе внеплановое), обеспечение медицинских работников современной медицинской литературой (в том числе через интернет) и другие;
- дисциплинарные мероприятия – применение дисциплинарных взысканий в соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации и должностными инструкциями работников;
- экономические мероприятия – применение материальных взысканий;
- мероприятия по совершенствованию материально-технической базы;
- мероприятия по совершенствованию укомплектованности ЛОК Института медицинскими работниками.

2.26. Контроль реализации принятых управленческих решений по вопросам управления качеством медицинской помощи обеспечивается помощником директора по организационным и кадровым вопросам.

3. Порядок рассмотрения обращений граждан в Институте

3.1. Обращения граждан могут поступать в Институт в устной форме, письменной форме (в том числе в виде записей в книге жалоб и предложений) или по электронной почте.

3.2. Граждане (заявители) могут обращаться с жалобами, заявлениями или предложениями по вопросам организации и оказания медицинской помощи к директору Института или заведующему ЛОК лично или через своего представителя.

3.3. В целях реализации прав граждан на обращение в Институт обеспечивается:

- информирование граждан об их праве на обращение;
- регистрация и учёт поступивших обращений;
- рассмотрение поступивших обращений;
- принятие необходимых мер по результатам рассмотрения обращений;
- подготовка и направление ответов заявителям;
- проведение анализа поступивших обращений и разработка мероприятий по устранению причин, вызвавших обращения.

3.4. Информирование граждан об их праве на обращение обеспечивается путем размещения в доступном для граждан месте оформленной в печатном виде информации:

- о фамилии, имени, отчестве, должности, номере кабинета, графике работы, телефоне должностных лиц Института, к которым могут обратиться граждане в случае возникновения претензий при оказании медицинской помощи;
- об адресах электронной почты и интернет – сайта организации здравоохранения;

- о графике личного приёма граждан директором Института;
- об адресах и телефонах контролирующих органов и организаций (Министерство труда и социального развития Ростовской области, Территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения (Росздравнадзора) по Ростовской области, Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Ростовской области и др.)

3.5. Все поступившие в письменной форме или по электронной почте обращения граждан (заявителей), подлежат обязательной регистрации в день их поступления в Институт.

Делопроизводство по обращениям граждан ведётся отдельно от других видов делопроизводства.

Ответственность за ведение делопроизводства по обращениям граждан определяется соответствующим приказом директора Института.

В дело по рассмотрению обращения гражданина входят: обращение гражданина, письменное поручение или приказ директора Института по рассмотрению обращения, материалы по рассмотрению обращения, копия ответа заявителю.

Срок хранения дел по обращениям граждан в Институте составляет 5 лет с даты регистрации обращения.

3.6. Учёт обращений, поступивших в письменной форме или по электронной почте, ведётся в Институте в журнале регистрации обращений граждан.

Ответственность за ведение журнала регистрации обращений граждан возлагается приказом директора Института.

Учёту подлежат все обращения, поступающие в Институт в письменной форме или по электронной почте, в том числе обращения, зафиксированные в книгах жалоб и предложений или направленные из других органов или организаций.

В журнале регистрации обращений граждан в хронологическом порядке фиксируются:

- порядковый номер;
- фамилия, имя, отчество, заявителя;
- адрес места жительства заявителя;
- наименование организации, направившей обращения;
- дата поступления обращения;
- дата и номер регистрации обращения;
- краткое содержание (повод) обращения;
- фамилия, имя, отчество, должность работника, осуществляющего рассмотрение обращения;
- результат рассмотрения обращения;
- дата и номер регистрации ответа на обращение.

3.7. Все поступившие в Институт обращения граждан подлежат рассмотрению, за исключением анонимных обращений (обращений, не содержащих фамилии и адреса заявителя).

Решение о направлении обращения на рассмотрение к конкретному работнику Института принимает директор в форме письменного поручения или приказа в срок, не превышающий трех дней с даты регистрации обращения.

Жалобы граждан не должны направляться на рассмотрение работнику Института, действие (или бездействие) которого в них обжалуется.

3.8. Работник Института, получивший поручение директора о рассмотрении обращения, обязан обеспечить объективное, всестороннее и своевременное рассмотрение обращения.

3.9. Работник Института, получивший поручение о рассмотрении обращения, вправе приглашать заявителя для личной беседы, запрашивать дополнительную информацию у заявителя и письменные объяснения у работников Института, принимать другие меры, необходимые для объективного рассмотрения обращения.

Работник Института, получивший поручение директора о рассмотрении обращения, несёт ответственность за объективное, всестороннее и своевременное рассмотрение обращения в соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации и должностными инструкциями.

3.10. При рассмотрении обращений граждан должны соблюдаться права третьих лиц, установленные законодательством Российской Федерации.

В случае, если при рассмотрении обращения, поданного в интересах третьих лиц (являющихся дееспособными гражданами), выяснилось, что они в письменной форме возражают против его рассмотрения, директор Института принимает решение об оставлении обращения без рассмотрения по существу, уведомив об этом заявителя.

3.11. В случае, если обращение одного и того же заявителя по тем же основаниям было рассмотрено Институтом ранее, и во вновь поступившем обращении отсутствуют основания для пересмотра ранее принятых решений, директор вправе принять решение об оставлении обращения без рассмотрения по существу, уведомив об этом заявителя.

3.12. Ответ на обращение, поступившее в письменной форме или по электронной почте, дается в течение 30 дней с даты регистрации обращения, за исключением обращений, поступивших через органы государственной власти или иные организации, по исполнению которых может быть указан другой срок.

Ответы на обращения граждан оформляются на бланке исходящего письма Института и подписываются директором.

В случае подтверждения фактов, изложенных в жалобе, в ответе указывается меры, принятые к виновным работникам.

3.13. В случае, если обращение поступило в Институт в письменной форме, ответ направляется на почтовый адрес, указанный в обращении.

В случае, если обращение поступило в Институт по электронной почте, ответ на обращение направляется на адрес электронной почты, указанный в обращении.

3.14. По результатам рассмотрения жалоб, в случае подтверждения изложенных в них обстоятельств, к виновным работникам принимаются меры, в соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации и должностными инструкциями.

3.15. В Институте не реже одного раза в квартал проводится анализ поступивших обращений.

3.16. Результаты анализа поступивших обращений ежеквартально и по итогам года представляются директору Института.

3.17. Устные обращения рассматриваются директором Института, к которому обратился гражданин в ходе личного приёма.

3.18. Директор Института проводит личный приём граждан с периодичностью, не реже 1 раза в неделю.

Место, дни и часы личного приема граждан устанавливаются директором Института.

Информация о принятых директором Института заявителях фиксируется в журнале личного приёма граждан.

3.19. В случае, если изложенные в устном обращении заявителя обстоятельства не требуют дополнительной проверки, ответ на обращение с согласия может быть дан устно в ходе личного приёма, о чем делается запись в журнале личного приёма граждан.

3.20. В случае несогласия заявителя с результатами рассмотрения его обращения, он может обратиться в вышестоящие инстанции.

4. Порядок проведения анкетирования граждан

4.1. В целях изучения удовлетворенности граждан оказанной медицинской помощью в ЛОК Института организуется проведение анонимного анкетирования пациентов с периодичностью 1 раз в квартал.

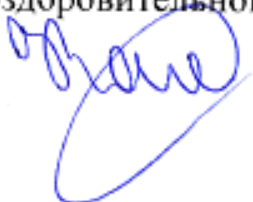
4.2. Форма анкеты разрабатывается специалистами Института и должна отражать объективную оценку пациентами качества оказания медицинской помощи в ЛОК.

4.3. Информация о результатах проведённого анкетирования является открытой.

4.4. Результаты проведённого анкетирования используются заведующим ЛОК Института в целях совершенствования качества медицинской помощи, оказываемой гражданам и совершенствования организационных технологий оказания медицинской помощи.

Заведующий лечебно-оздоровительного комплекса

ЧУ ДПО «МЭИ Юга»



И.Г. Колесникова

Приложение № 1 к Положению о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности в лечебно-оздоровительном комплексе, утв. Приказом ЧУ ДПО «МЭИ Юга» от « » 2022 года № __

КРИТЕРИИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

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 объёме; - не в полном объёме; - отсутствуют
Диагностические мероприятия	Критерий своевременности	- своевременно; - несвоевременно
	Критерий объемов	- в полном объёме; - не в полном объёме; - 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 объёме; - не в полном объёме; - отсутствуют
Лечебные мероприятия	Критерий своевременности	- своевременно; - несвоевременно
	Критерий объемов	- в полном объёме; - не в полном объёме; - 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	Критерий своевременности	- своевременно;

мероприятия		- 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

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

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.

В целях обеспечения динамического контроля за результатами деятельности медицинской организации, 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.

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

Приложение № 2 к Положению о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности в лечебно-оздоровительном комплексе, утв. Приказом ЧУ ДПО «МЭИ Юга» от «___»_____2022 года № __

ЖУРНАЛ контроля качества медицинской помощи

№ п/п	Проверяем ый 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
					Диагностиче ских мероприяти й		Полноты диагноза		Лечебно- профилактичес ких мероприятий		Преемствен ности этапов		Оформления медицинской документации		
1	2	3	4		5		6		7		8		9		10
			абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	
п р и м е р	январь	Терапия 20	10	50	5	50	2	20	5	50	0	0	5	50	0,7 - ДМП
п р и м е р	январь	Хирургия 30	15	50	3	20	0	0	8	50	3	20	9	60	0,7 - ДМП

Приложение № 2.1. к Положению о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности в лечебно-оздоровительном комплексе, утв. Приказом ЧУ ДПО «МЭИ Юга» от «___» _____ 2022 года № ___

ИНСТРУКЦИЯ ПО ВЕДЕНИЮ ЖУРНАЛА КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА 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 №3 к Положению о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности в лечебно-оздоровительном комплексе, утв. Приказом ЧУ ДПО «МЭИ Юга» от «___» _____ 2022 года №___

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	Диагностические мероприятия назначены с нарушением медицинских технологий
2.11	Назначенные диагностические мероприятия не выполнены
2.12	Назначенные диагностические мероприятия выполнены несвоевременно
2.13	Назначенные диагностические мероприятия выполнены не в полном объеме
2.14	Имевшиеся клинические данные не были учтены в процессе установления диагноза
2.15	Имевшиеся клинические данные не обосновывают установленный диагноз
2.16	Диагностические мероприятия проводились медицинским работником, не имеющим действующего сертификата специалиста или медицинским работником по специальности, не соответствующей профилю заболевания пациента (за исключением дежурных медицинских работников)
2.17	При проведении диагностических мероприятий не соблюдался принцип преемственности оказания медицинской помощи между медицинскими работниками или между подразделениями медицинской организации
2.18	Не назначены повторные осмотры пациента или контрольные дополнительные исследования или их частота не соответствует необходимой
2.19	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	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 имеющих 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
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 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
4.13	Назначенные лечебные мероприятия выполнены с нарушением медицинских технологий
4.14	Лечебные мероприятия проводились медицинским работником, не имеющим действующего сертификата специалиста или медицинским работником по специальности, не соответствующей профилю заболевания пациента (за исключением дежурных медицинских работников)
4.15	При проведении лечебных мероприятий не соблюдался принцип преемственности оказания медицинской помощи между медицинскими работниками
4.16	При проведении лечебных мероприятий не соблюдался принцип преемственности оказания медицинской помощи с другими медицинскими организациями
4.17	При проведении лечебных мероприятий допущено клинически необоснованное отклонение сроков лечения от средних рекомендованных сроков (более 25% от стандарта)
4.18	Не назначены повторные осмотры пациента или контрольные дополнительные исследования, или их частота не соответствует необходимой
4.19	Лечебные мероприятия были прекращены до достижения их целевых результатов

4.20	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 имеющих 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):
6.1	Медицинская документация не оформлена, при наличии достоверной информации о факте оказания медицинской помощи
6.2	Медицинская документация оформлена не в полном объёме.
6.3	Медицинская документация оформлена с нарушением требований к её 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	<p>Причинами дефектов являлись действия (или бездействие) медицинского работника, непосредственно оказывавшего медицинскую помощь:</p> <p>М (в) – врача, М (с) – среднего медицинского работника.</p> <p>Возникновение дефектов данной группы может быть связано с:</p> <ul style="list-style-type: none"> - добросовестным заблуждением медицинских работников (медицинская ошибка), - не выполнением или недобросовестным выполнением медицинскими работниками должностных обязанностей или требований нормативных правовых документов, - с другими факторами.
П	<p>Причинами возникновения дефектов являются действия (или бездействие) пациента.</p> <p>Возникновение дефектов данной группы может быть связано с:</p> <ul style="list-style-type: none"> - не явкой пациента на прием, - отказом пациента от госпитализации, - не выполнением пациентом назначений лечащего врача,

	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<p>Причины возникновения дефектов не связаны с действиями (или бездействием) медицинского работника, непосредственно оказывавшего медицинскую помощь или с действиями (или бездействием) пациента.</p> <p>Возникновение дефектов данной группы может быть связано с:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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	<p>Причины возникновения дефектов связаны с недостатками в организации медицинской помощи.</p> <p>Возникновение дефектов данной группы может быть связано с недостатками:</p> <ul style="list-style-type: none"> - в организации амбулаторно-поликлинического приема, - в организации работы вспомогательных лечебно-диагностических служб (функциональная диагностика (электрокардиограмма, физиотерапия и др.), - в обеспечении необходимым медицинским оборудованием, - в организации проверок или технического обслуживания медицинского оборудования, - в обеспечении 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 № 3.1. к Положению о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности в лечебно-оздоровительном комплексе, утв. Приказом ЧУ ДПО «МЭИ Юга» от «___» _____ 2022 года № ___

Карта экспертной оценки качества медицинской помощи

История болезни № _____ Отделение _____

Дата поступления _____ Дата выписки _____ к/дней _____

Ф.И.О. пациента _____

Дата рождения _____ Возраст _____ Лечащий врач _____

Клинический диагноз _____

Осложнение _____

Сопутствующий диагноз _____

№	Показатели	балл	Зав. ЛОК 1 ур.	ВК 2 ур.
А.	Оценка диагностических мероприятий (ОДМ)	3		
	1. Объем и качество обследования (сбор жалоб, анамнеза, физикальных данных консультаций специалистов, осмотр зав. отделением)			
	Полное	1		
	Частичное, несвоевременное, избыточное, что не отразилось на исходе заболевания	0,5		
	Неполное, несвоевременное, повлекшее за собой ухудшение состояния 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	2		

	классификации (фаза, стадия процесса, локализация, нарушение функции, сопутствующие заболеванию осложнения)			
	Правильно	1		
	Не полностью сформулирован, нарушена структура диагноза, не отмечены сопутствующие заболевания	0,5		
	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 осмотра зав. отделением	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 предоперационный период), более 25% от стандарта	0,5		
	Ранняя необоснованная выписка	0		
	3. Цель обращения в ЛОК, эффективность лечения	1		
	Достигнута (выздоровление, компенсация хронического процесса)	1		
	Частично достигнута	0,5		
	Не достигнута, не обоснованное пребывание в больнице	0		
Г.	Преимственность 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 (max 10)	10		

- Коэффициент качества медицинской помощи равен сумме баллов, делённое на 10:

Подпись:

Коэффициент качества $K_k = (ОДМ+ОПД+ОЛПМ+ПЭ+ОД):10$

Пример: $K_k = (3 + 2 + 4 + 0,5 + 0,5) : 10 = 1,0$

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

$$K_k = (K_{k1} + K_{k2} + K_{k3} + \dots) : n$$

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.

Коэффициенты качества для руководителя медицинской организации могут быть рычагом материального стимулирования труда. Например, при получении коэффициента качества за 1 месяц по конкретному отделению менее 0,7 баллов, надбавка к заработной плате работников уменьшается на 25% и т.д.

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

Приложение №3.2. к Положению о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности в лечебно-оздоровительном комплексе, утв. Приказом ЧУ ДПО «МЭИ Юга» от «___» _____ 2022 года № ___

**ПОКАЗАТЕЛИ,
РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ МОНИТОРИНГА
КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ЛОК за прошедший год**

№ п/п	Наименование показателя
1.	Результаты контроля качества медицинской помощи (для всех медицинских организаций, в разрезе амбулаторно-поликлинической, стационарной, скорой медицинской помощи и уровней контроля):
1.1.	Количество законченных случаев медицинской помощи
1.2.	Количество случаев медицинской помощи, проверенных при проведении внутреннего контроля качества медицинской помощи
1.3.	Количество выявленных случаев медицинской помощи, не соответствующих требованиям (стандартам)
1.4.	Количество выявленных случаев медицинской помощи, сопровождавшихся единичными дефектами, которые не привели и не могли привести к ухудшению состояния здоровья пациента или его смерти
1.5.	Охват контролем качества медицинской помощи случаев медицинской помощи, подлежащих контролю в обязательном порядке, в %
1.6.	Причины несоответствия случаев оказания медицинской помощи стандартам:
1.6.1.	Действия (или бездействие) медицинского работника, непосредственно оказывавшего медицинскую помощь
1.6.2.	Действия (или бездействие) пациента
1.6.3.	Причины не связаны с действиями (или бездействием) медицинского работника, непосредственно оказывавшего медицинскую помощь или с действиями (или бездействием) пациента
1.6.4.	Причины связаны с недостатками в организации медицинской помощи
1.7.	Количество выявленных случаев, не соответствующих стандартам, в зависимости от влияния дефектов медицинской помощи на медицинскую и экономическую эффективность оказанной медицинской помощи:
1.7.1.	С дефектами, которые привели к ухудшению состояния здоровья

	пациента (или его смерти) и к неэффективному использованию ресурсов, в % от общего количества случаев, не соответствующих стандартам
1.7.2.	С дефектами, которые привели к ухудшению состояния здоровья пациента (или его смерти), но не сопровождались неэффективным использованием ресурсов, в % от общего количества случаев, не соответствующих стандартам
1.7.3.	С дефектами, которые не оказали существенного влияния на состояние здоровья пациента, но привели к неэффективному использованию ресурсов, в % от общего количества случаев, не соответствующих стандартам
1.7.4.	С дефектами, которые не оказали существенного влияния на состояние здоровья пациента и на эффективность использования ресурсов, в % от общего количества случаев, не соответствующих стандартам
2.	Общие показатели качества медицинской помощи (для всех медицинских организаций):
2.1.	Удельный вес законченных случаев с положительным исходом (выздоровление, улучшение, ремиссия), в % от общего количества законченных случаев
2.2.	Удельный вес случаев с ятрогенными осложнениями, в % от общего количества законченных случаев
2.4.	Удельный вес случаев с осложнениями лекарственной терапии, в % от общего числа случаев, сопровождавшихся применением лекарственной терапии
2.5.	Удельный вес жалоб от граждан по вопросам оказания медицинской помощи, признанных по результатам рассмотрения обоснованными, в % от общего количества жалоб, поступивших в медицинскую организацию

