

П Р И К А З

«09» января 2017 г.

№1-п

п.Яшкуль

«Об организации и проведении внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в БУ РК «Яшкульская РБ»

В соответствии с Федеральным законом от 22 ноября 2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказа МЗиСР РФ от 05.05.2012г. №502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации», приказа МЗ РФ от 07.07.2015г. №422 «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи», приказа МЗ РК от 22.09.16г. №1242пр «Об организации и проведении внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинских организациях Республики Калмыкия»,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:
 - 1.1. Положение об организации и проведении внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в БУ РК «Яшкульская РБ» (Приложение 1).
 - 1.2. Список должностных лиц ответственных за 1,2,3 уровни внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (Приложение 2).
 - 1.3. Форму журнала внутреннего контроля качества медицинской помощи I уровня (Приложение 3).
 - 1.4. Форму журнала внутреннего контроля качества медицинской помощи I уровня (Приложение 4).
 - 1.5. Инструкцию по ведению журнала внутреннего контроля качества медицинской помощи (Приложение 5).
 - 1.6. Схема отчета о работе 1-2-3 уровней контроля качества и безопасности медицинской деятельности за 2017г. (Приложение №6)
 - 1.7. Карту экспертной оценки качества медицинской помощи (Приложение 7).
 - 1.8. форма анкеты для проведения анонимного анкетирования пациентов: анкету для круглосуточного стационара, анкету для дневного стационара, анкету для поликлиники в БУ РК «Яшкульская РБ» (Приложение 8).
2. Заведующим структурными подразделениями РБ:
 - 2.1. Организовать внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности в соответствии с настоящим приказом.
 - 2.2. На каждый случай экспертной оценки подлежащий обязательному экспертному контролю (случаи грубого нарушения лечебно-диагностического процесса; порядка выдачи документов удостоверяющих временную нетрудоспособность), оформлять «Карту экспертной оценки качества медицинской помощи», и не позднее 27 числа каждого месяца, предоставлять заместителю главного врача по медицинской части, председателю Врачебной комиссии РБ.
 - 2.3. При выявлении дефектов в лечебно-диагностическом процессе, некачественного оказания медицинской помощи, организационных нарушений и др. принимать меры к устранению выявленных недостатков.
3. Заместителям главного врача БУ РК «Яшкульская РБ» по медицинскому обслуживанию населения Носоновой А.М., по медицинской части Конниковой Б.К., райпедиатру Горяевой Т.Э., райгинекологу Минеевой Г.Б., заведующей поликлиникой Цюрюмовой И.Г.:
 - 3.1. Организовать внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности в соответствии с настоящим приказом на всех уровнях ведомственного контроля, по своим направлениям;

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

3.3. Обобщать материалы, составлять проекты решений заседаний и приказов по больнице по устранению дефектов лечебно-диагностического процесса, осуществлять контроль за их выполнением.

4. Возложить на заведующих отделениями и главных специалистов БУ РК «Яшкульская РБ» персональную ответственность за работу в комиссиях по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности.

5. Контроль за исполнением приказа оставляю за собой.

Главный врач

Н.М.Ишкеев

ПОЛОЖЕНИЕ
Об организации и проведении внутреннего контроля качества и безопасности
медицинской деятельности

1. Общие положения.

1.1. Положение об организации и проведении внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в БУ РК «Яшкульская РБ» устанавливает порядок организации и проведения внутреннего контроля за соответствием качества выполняемых медицинских работ (услуг) установленным требованиям и безопасностью медицинской помощи, оказываемой гражданам в учреждении.

1.2. Настоящее Положение разработано в соответствии с:
с Федеральным законом от 22 ноября 2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

Законом Российской Федерации от 07.02.92 № 2300-1 «О защите прав потребителей»;
постановлением Правительства РФ от 22.01.2007 № 30 «Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности»;

постановлением Правительства Российской Федерации от 13.01.96 № 27 «Об утверждении правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями»;

приказом МЗиСР РФ от 05.05.2012г. №502н «Об утверждении Порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации»;

приказом МЗ РФ от 07.07.2015г. №422 «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»;

приказом МЗ РК от 22.09.16г. №1242пр «Об организации и проведении внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинских организациях Республики Калмыкия»

1.3. 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 БУ РК «Яшкульская РБ», 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.

1.4. 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 проведенного контроля качества медицинской помощи;
оценка выводов о качестве медицинской помощи, сделанных на нижестоящих уровнях контроля;

оценка оптимальности использования кадровых и материально-технических ресурсов организации здравоохранения;

оценка организационных технологий оказания медицинской помощи;

изучение удовлетворенности граждан оказанной медицинской помощью;

анализ данных, полученных при проведении мониторинга показателей качества медицинской помощи в организации здравоохранения;

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

1.5. По итогам проведенного контроля качества медицинской помощи администрацией РБ разрабатываются и реализуются мероприятия по управлению качеством медицинской помощи:

принятие главным врачом (или заместителями гл/врача РБ) 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.

1.6. 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;

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 внутреннего контроля качества медицинской помощи.

2.1. Контроль качества медицинской помощи осуществляется ответственными специалистами за проведение контроля качества медицинской помощи, назначенными приказом главного врача.

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

первый уровень контроля - заведующие отделениями (подразделениями) медицинской организации;

второй уровень контроля - заместители главного врача РБ, районные специалисты;

третий уровень контроля – врачебная комиссия (ВК).

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

2.3. Медицинской организацией обеспечивается прохождение ответственными за проведение контроля из числа заместителей руководителя тематического повышения квалификации по контролю качества медицинской помощи с установленной периодичностью.

2.4. 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.

2.5. Ответственным специалистом за организацию контроля качества медицинской помощи назначается один из заместителей главного врача.

2.6. Для проведения внутреннего контроля качества медицинской помощи разрабатывается положение, регламентирующее работу с учетом структуры, штатного расписания и специфики деятельности медицинской организации:

- уровни контроля качества медицинской помощи;
- перечень подразделений (отделений) ответственными за проведение контроля;
- объемы проведения контроля качества медицинской помощи на каждом уровне контроля;
- случаи, подлежащие контролю качества медицинской помощи в обязательном порядке;
- обязанности ответственного за организацию контроля качества медицинской помощи в медицинской организации;
- обязанности ответственных лиц за проведение контроля;
- порядок регистрации и анализа результатов контроля качества медицинской помощи;
- порядок использования результатов проведенного контроля качества медицинской помощи, в целях управления качеством оказания медицинской помощи;
- порядок сбора, анализа и использования показателей для проведения мониторинга качества медицинской помощи, в целях совершенствования качества оказания медицинской помощи;
- порядок и периодичность оценки выводов, сделанных на нижестоящих уровнях контроля.

2.7. Контроль качества медицинской помощи проводится по случаям медицинской помощи (законченным или незаконченным), оказанной в РБ, независимо от источника финансирования оказанной медицинской помощи, 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, карте вызова скорой медицинской помощи, 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 в детском возрасте и лиц трудоспособного возраста;
 - случаи летальных исходов на дому от управляемых причин;
 - случаи, сопровождающиеся ятрогенными осложнениями, в том числе внутрибольничного инфицирования и нежелательных реакций на применение лекарственных препаратов;
 - случаи первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей;
 - случаи заболеваний со значительно (более 50 % от средних) удлинёнными сроками лечения;
 - случаи расхождений диагнозов поликлиники и стационара;
 - случаи расхождений диагнозов поликлиники и патологоанатомических диагнозов;
 - случаи первичного выявления запущенных 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 повторной госпитализации по поводу одного и того же заболевания в течение 3 месяцев, если госпитализация не была ранее запланирована;

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 ЯРБ.

В случае необходимости может быть проведена проверка совокупности случаев, отобранных по тематическому признаку.

2.11. Из случаев, подлежащих контролю качества медицинской помощи в обязательном порядке, врачебной комиссией ЯРБ (или подкомиссиями ВК) 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 заместителя главного врача по медицинской организации по медицинской части - не менее 30 экспертиз в течение квартала;

для заведующей поликлиникой – не менее 40 случаев в месяц;

для районных специалистов – не менее 20 случаев в квартал

2.13. Объемы работы врачебной комиссии медицинской организации (далее - ВК) по проведению контроля качества медицинской помощи определяются функциями в обеспечении контроля качества медицинской помощи, возложенными на ВК действующими нормативными правовыми документами РФ, МЗ РК и распорядительными документами РБ.

2.14. 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.

2.15. 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.

2.16. 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.

2.17. 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 медицинской организации;

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 правил хранения и применения лекарственных препаратов и расходных материалов;

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

2.18. 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

2.19. 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.

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.

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.

2.20. 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.

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

2.22. 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.

2.23. Журналы контроля качества медицинской помощи хранятся 3 года.

2.24. 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.

7) наименование проверенной медицинской организации, печать организации, предоставляющей услуги по контролю качества медицинской помощи (в случае предоставления услуг по контролю качества медицинской помощи, согласно заключенного договора).

2.25. 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.

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

2.27. 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 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.

2.28. Контроль за реализацией принятых управленческих решений по вопросам управления качеством медицинской помощи обеспечивается главным врачом ЦРБ.

2.29. В целях обеспечения динамического контроля за результатами деятельности медицинской организации (или её подразделений), 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.

2.30. 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.

СПИСОК

должностных лиц, отвечающих за I уровень
внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности

В СТАЦИОНАРЕ:

1. Гаряев В.К. – заведующий хирургическим отделением
2. Минеева Г.Б. – заведующая гинекологическим отделением
3. Мучкаева Е.Л. – заведующая терапевтическим отделением
4. Гаряева Т.Э. – заведующая педиатрическим отделением
5. Бадмахалгаев А.В. – заведующая инфекционным отделением

в АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

1. Цюрюмова И.Г. – заведующая поликлиникой
2. Носонова А.М. – врач – окулист
3. Чудутова Н.Б. - врач общей практики врачебной амбулатории п. Чилгир

СПИСОК

должностных лиц, отвечающих за II уровень
внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности

1. Конникова Б.К. - заместитель главного врача по медицинской части
2. Носонова А.М. - заместитель главного врача по медицинскому обслуживанию населения;
3. Минеева Г.Б. – районный акушер-гинеколог
4. Гаряева Т.Э. – районный педиатр

СПИСОК

должностных лиц, отвечающих за III уровень
внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности

Врачебная комиссия:

1. Ишкеев Н.М. – главный врач БУ РК «Яшкульская РБ»
2. Конникова Б.К. - заместитель главного врача по медицинской части
3. Носонова А.М. – и/о заместителя главного врача по медицинскому обслуживанию населения;
1. Цюрюмова И.Г. – заведующая поликлиникой
4. Гаряева Т.Э. – районный педиатр
5. Минеева Г.Б. – районный акушер-гинеколог

Один из членов комиссии является секретарем.

ЖУРНАЛ

клинико-экспертной работы
лечебно-профилактического
учреждения
I уровень контроля

БУ РК «Яшкульская РБ
<i>наименование отделения</i>

НАЧАТ	«__» _____ 20__ г.
--------------	--------------------

ОКОНЧЕН	«__» _____ 20__ г.
----------------	--------------------

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.

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

Схема отчета

**о работе 1-2-3 уровней контроля качества и безопасности медицинской деятельности
 за 2017 г.**

Причины назначения экспертного разбора	Количество случаев прошедших экспертизу		
	всего	с дефектами	без дефектов
1.Летальные исходы (в структуре стационарного отделения, на дому)			
2.Первичный выход на инвалидность лиц трудоспособного возраста, детей			
3. Ятрогении и внутрибольничные инфицирования			
4.Случаи повторной госпитализации по поводу одного и того же заболевания (в структуре отделений) в течение 90 дней			
5.Заболевания с укороченными или удлинненными сроками лечения (временной нетрудоспособности)			
6.Случаи с расхождением диагнозов:			
клинический - патологоанатомический;			
- между учреждениями:			
фельдшерско-акушерский пункт –участковая больница, участковая больница – центральная районная больница, центральная районная больница – республиканское учреждение, поликлиника - стационар			
7. Первичное выявление запущенных заболеваний онкологического и фтизиатрического профилей.			
8. Случаи, сопровождавшиеся обращениями пациентов (их законных представителей)			
9. Прочие случаи.			
10. Итого:			

Карта экспертной оценки качества медицинской помощи

ФИО больного _____
год рождения/возраст _____ МО БУ РК «Яшкульская РБ» _____
отделение _____ N п/п истории болезни _____
Домашний адрес (для амбулаторно-поликлинической службы) _____

Диагноз клинический: _____

Срок лечения фактический _____ нормативный _____

1 уровень контроля

ФИО заведующего отделением _____
1. ОД: 0%, 50%, 100% _____
2. ОДМ: 0%, 25%, 50%, 75%, 100% _____
3. ОЛМ: 0%, 25%, 50%, 75%, 100% _____
4. ОК: 0%, 25%, 50%, 75%, 100% _____

2 уровень контроля

ФИО заместителя главного врача по МЧ _____
1. ОД: 0%, 50%, 100% _____
2. ОДМ: 0%, 25%, 50%, 75%, 100% _____
3. ОЛМ: 0%, 25%, 50%, 75%, 100% _____
4. ОК: 0%, 25%, 50%, 75%, 100% _____

УКЛ 2 уровня контроля _____
Прочие замечания: _____

3 уровень контроля - ВК медицинской организации

1. ОД: 0%, 50%, 100% _____
2. ОДМ: 0%, 25%, 50%, 75%, 100% _____
3. ОЛМ: 0%, 25%, 50%, 75%, 100% _____
4. ОК: 0%, 25%, 50%, 75%, 100% _____

УКЛ 3 уровня контроля _____
Прочие замечания: _____

Рекомендации: _____

Подпись _____

« ____ » _____ 2017г.

Уровень качества лечения определяется по формуле:

$$\text{УКЛ} = 0,2 \cdot \text{ОД} + 0,3 \cdot \text{ОДМ} + 0,5 \cdot \text{ОЛМ} + \text{ОК} / 200\%$$

где: УКЛ – уровень качества лечения (в долях единицы с точностью до сотых);

ОД – оценка правильности поставленного диагноза, %;

ОДМ – оценка набора диагностических мероприятий, %;

ОЛМ – оценка лечебных мероприятий, %;

ОК – оценка результата лечения, %.

ОД, ОДМ, ОЛМ, ОК определяются врачом – экспертом, проводящим проверку в соответствии со следующими шкалами:

ОД:

- полное несоответствие поставленного диагноза фактическому состоянию больного – 0%,
- отсутствие развернутого клинического диагноза – 50%,
- поставлен правильный развернутый диагноз – 100%.

ОДМ:

- диагностические мероприятия не проводились – 0%,
- выполнены отдельные малоинформативные диагностические мероприятия – 25%,
- обследование проведено на половину объема, предусмотренного стандартами, протоколом ведения больных – 50%,
- имеются незначительные упущения в обследовании – 75%,
- обследование проведено полностью – 100%.

Необоснованное назначение диагностических мероприятий снижает оценку диагностических мероприятий на 25%.

ОЛМ:

- требуемое лечение не проводилось – 0%,
- выполнены отдельные малоэффективные лечебные мероприятия или проведенное лечение не соответствует стандартам – 25%,
- лечебные мероприятия выполнены на половину объема, предусмотренного стандартами, протоколом ведения больных – 50%,
- имеются незначительные упущения в лечении – 75%,
- требуемые лечебные мероприятия выполнены полностью – 100%.

Необоснованное назначение лечебных мероприятий снижает оценку лечебных мероприятий на 25%.

ОК:

- ухудшение – 0%,
- без изменений – 50%.
- улучшение – 75%,
- выздоровление (ремиссия, восстановление трудоспособности) – 100%.

Примечания.

1. В случаях с летальным исходом оценка конечного результата не проводится. УКЛ определяется по формуле:

$$\text{УКЛ} = 0,2 \cdot \text{ОД} + 0,3 \cdot \text{ОДМ} + 0,5 \cdot \text{ОЛМ} / 100\%$$

2. В случаях невыполнения стандартов, протокола ведения больных по объективным причинам, не зависящим от данной медицинской организации (самовольный уход больного, форс-мажорные обстоятельства и др.), упущения в лечебно-диагностическом процессе по данным причинам не снижают УКЛ.

3. При лечении инкурабельных больных оценивается создание для пациента условий медицинской комфортности. На каждый случай экспертной оценки заполняется "Карта оценки качества медицинской помощи", на основе которой рассчитываются показатели, характеризующие качество и эффективность предоставляемой медицинской помощи.

УКЛ менее 0,6 является показателем неудовлетворительного качества медицинской помощи, от 0,61 до 0,74 – удовлетворительного качества медицинской помощи, свыше 0,75 – хорошего качества медицинской помощи.

5. Информация, полученная в результате оценки качества и эффективности медицинской помощи, доводится до сведения руководителей медицинской организации и органов управления здравоохранением и является предметом обсуждения среди сотрудников.

АНКЕТА ПАЦИЕНТА ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

Просим Вас оценить по пятибалльной шкале условия оказания Вам медицинской помощи. Для этого необходимо обвести кружком или отметить иначе Ваше мнение. Самая низкая оценка – 1 балл, самая высокая – 5 баллов. Ваши оценки помогут нам выявить недостатки и улучшить работу стационара. **Заранее благодарим Вас за помощь!**

Дайте оценку	Баллы				
	1	2	3	4	5
1. Организации работы лаборатории.	1	2	3	4	5
2. Своевременности выполнения назначений врача.	1	2	3	4	5
3. Регулярности осмотров Вашим лечащий врачом.	1	2	3	4	5
4. Вашего доверия профессионализму врачей.	1	2	3	4	5
5. Вашего доверия профессионализму среднего медицинского персонала.	1	2	3	4	5
6. Обеспеченности шприцами.	1	2	3	4	5
7. Обеспеченности системами.	1	2	3	4	5
8. Обеспеченности перевязочными материалами (вата, марля, бинты и др.)	1	2	3	4	5
9. Обеспеченности постельным бельем	1	2	3	4	5
10. Санитарно-гигиенических условий отделения.	1	2	3	4	5
11. Обеспеченности лекарственными препаратами.	1	2	3	4	5
12. Вежливости и внимательности врачей.	1	2	3	4	5
13. Вежливости и внимательности среднего медицинского персонала.	1	2	3	4	5
14. Соблюдения принципа бесплатности оказания Вам медицинской помощи.	1	2	3	4	5
15. Вашей удовлетворенности от пребывания в больнице.	1	2	3	4	5

Примечание: Дополнительно напишите свои замечания и пожелания по улучшению обслуживания Вас в стационаре

АНКЕТА ПАЦИЕНТА КРУГЛОСУТОЧНОГО СТАЦИОНАРА

Просим Вас оценить по пятибалльной шкале условия оказания Вам медицинской помощи. Для этого необходимо обвести кружком или отметить иначе Ваше мнение. Самая низкая оценка – 1 балл, самая высокая – 5 баллов. Ваши оценки помогут нам выявить недостатки и улучшить работу стационара. **Заранее благодарим Вас за помощь!**

Дайте оценку	Баллы				
	1	2	3	4	5
1. Организации работы приемного покоя.	1	2	3	4	5
2. Организации работы лаборатории.	1	2	3	4	5
3. Своевременности выполнения назначений врача.	1	2	3	4	5
4. Регулярности осмотров Вашим лечащий врачом.	1	2	3	4	5
5. Вашего доверия профессионализму врачей.	1	2	3	4	5
6. Вашего доверия профессионализму среднего	1	2	3	4	5

медицинского персонала.					
7. Обеспеченности шприцами.	1	2	3	4	5
8. Обеспеченности системами для переливания.	1	2	3	4	5
9. Обеспеченности перевязочными материалами (вата, марля, бинты и др.)	1	2	3	4	5
10. Обеспеченности питанием.	1	2	3	4	5
11. Обеспеченности постельным бельем	1	2	3	4	5
12. Санитарно-гигиенических условий отделения.	1	2	3	4	5
13. Обеспеченности лекарственными препаратами.	1	2	3	4	5
14. Вежливости и внимательности врачей.	1	2	3	4	5
15. Вежливости и внимательности среднего медицинского персонала.	1	2	3	4	5
16. Соблюдения принципа бесплатности оказания Вам медицинской помощи.	1	2	3	4	5
17. Вашей удовлетворенности от пребывания в больнице.	1	2	3	4	5

Примечание: Дополнительно напишите свои замечания и пожелания по улучшению обслуживания Вас в больнице.

АНКЕТА ПАЦИЕНТА ПОЛИКЛИНИКИ

Просим Вас оценить по пятибалльной шкале условия оказания Вам медицинской помощи. Для этого необходимо обвести кружком или отметить иначе Ваше мнение. Самая низкая оценка – 1 балл, самая высокая – 5 баллов. Ваши оценки помогут нам выявить недостатки и улучшить работу поликлиники. **Заранее благодарим Вас за помощь!**

Дайте оценку:	Баллы				
1. Организации работы регистратуры.	1	2	3	4	5
2. Работы лаборатории.	1	2	3	4	5
3. Графику приема врачей.	1	2	3	4	5
4. Своевременности обслуживания Вас в поликлинике (ожидание приема врача).	1	2	3	4	5
5. Качеству обслуживания Вас на дому.	1	2	3	4	5
6. Вашего доверия профессионализму врачей в поликлинике.	1	2	3	4	5
7. Вашего доверия профессионализму среднего медицинского персонала в поликлинике.	1	2	3	4	5
8. Возможности полного обследования в поликлинике (Все ли виды обследования Вам проводят в этой поликлинике или Вы дополнительно проходите обследование в другой?)	1	2	3	4	5
9. Санитарно-гигиеническим условиям в поликлинике.	1	2	3	4	5
10. Работы процедурного кабинета.	1	2	3	4	5
11. Вежливости и вниманию врачей.	1	2	3	4	5
12. Вежливости и вниманию среднего медицинского персонала.	1	2	3	4	5
13. Соблюдению принципа бесплатности оказания Вам медицинской помощи в поликлинике.	1	2	3	4	5
14. Удовлетворенности от посещения поликлиники в целом.	1	2	3	4	5