



МИНОБРНАУКИ РОССИИ  
Федеральное государственное бюджетное образовательное  
учреждение высшего образования  
«Пензенский государственный университет»  
(ФГБОУ ВО «ПГУ»)

ПРИКАЗ

30.12.2016

№ 1301/0

Об утверждении Положения о внутреннем контроле качества и безопасности  
медицинской деятельности в УНЦ «КМЦ ПГУ»

В соответствии со статьей 90 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Постановлением Правительства Российской Федерации от 12 ноября 2012 г. № 1152 «Об утверждении Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности»

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

Утвердить и ввести в действие с 1 января 2017 года в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Пензенский государственный университет» Положение о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности в УНЦ «КМЦ ПГУ».

Ректор

А.Д. Гуляков

Проект вносит:

Главный врач УНЦ «КМЦ ПГУ»

В.Л. Мельников

Согласовано:

Первый проректор

В.А. Мещеряков

Начальник ПУ

К.Б. Филиппов

Начальник ОДОУ

Н.В. Шамарина



МИНОБРНАУКИ РОССИИ

Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение  
высшего образования



«Пензенский  
государственный  
университет»  
(ФГБОУ ВО «ПГУ»)

УТВЕРЖДЕНО  
приказом ректора

от 30.12.16 № 1301/0

## ПОЛОЖЕНИЕ

30.12.2016 № 42а-13

о внутреннем контроле качества и безопасности  
медицинской деятельности в Учебно-научном центре  
«Клинический медицинский центр Пензенского государственного университета»

### 1. Общие положения

1.1. Настоящее Положение устанавливает порядок организации и проведения внутреннего контроля за соответствием качества выполняемых медицинских работ (услуг) установленным требованиям и безопасности медицинской помощи, оказываемой пациентам в Учебно-научном центре «Клинический медицинский центр Пензенского государственного университета» (далее УНЦ «КМЦ ПГУ») федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Пензенский государственный университет» (далее Университет).

1.2. Настоящее Положение обязательно для применения всеми структурными подразделениями УНЦ «КМЦ ПГУ».

1.3. Настоящее Положение разработано в соответствии с требованиями следующих документов:

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

Постановление Правительства Российской Федерации от 12 ноября 2012 г. № 1152 «Об утверждении Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности»;

Устав федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Пензенский государственный университет» (утвержден приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 30.12.2015 № 1552).

1.4. В Положении используются следующие понятия:

- **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;

- **качество медицинской помощи** - совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата;

- **медицинская деятельность** - профессиональная деятельность по оказанию медицинской помощи, проведению медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий и



профессиональная деятельность, связанная с трансплантацией (пересадкой) органов и (или) тканей, обращением донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях;

- **медицинское вмешательство** - выполняемые медицинским работником по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций, а также искусственное прерывание беременности.

## **2. Организация проведения внутреннего контроля качества медицинской деятельности**

2.1. Контроль качества осуществляется путем оценки конкретного случая оказания медицинской помощи, совокупности случаев оказания медицинской помощи, отобранных по тематическому признаку, на основании анализа первичной учетной медицинской документации, иной документации, непосредственного осмотра пациента:

- 1) сбора жалоб, анамнеза, данных объективного осмотра;
- 2) диагностических мероприятий;
- 3) оформления и обоснования диагноза;
- 4) лечебно-профилактических мероприятий, медицинской реабилитации;
- 6) сроков оказания медицинской помощи;
- 7) преемственности, этапности оказания медицинской помощи;
- 8) результатов оказания медицинской помощи;
- 9) оформления медицинской документации.

2.2. При проведении контроля качества оцениваются соблюдение установленных порядков оказания и стандартов медицинской помощи, своевременность, эффективность и безопасность оказания медицинской помощи (оптимальность выбора медицинских технологий с учетом минимизации риска их применения, принятие адекватных мер профилактики ятрогенных осложнений и т.д.).

2.3. Контролю качества в обязательном порядке подлежат случаи оказания медицинской помощи:

1. В амбулаторных условиях:

- 1) летальных исходов у детей и лиц трудоспособного возраста;
- 2) летальных исходов на дому от управляемых причин;
- 3) сопровождающиеся ятрогенными осложнениями, внутрибольничным инфицированием, нежелательными реакциями на применение лекарственных препаратов, неблагоприятными событиями, связанными с применением, хранением, обработкой, обслуживанием, утилизацией медицинских изделий;
- 4) первичного выхода на инвалидность детей и лиц трудоспособного возраста; 5) заболеваний с удлинённым или укороченным сроком лечения более, чем на 50% от установленного стандартом медицинской помощи;
- 6) расхождения заключительного клинического диагноза, установленного в амбулаторных и стационарных условиях;
- 7) расхождения заключительного клинического диагноза и патологоанатомического диагноза;
- 8) первичного выявления у пациентов онкологических заболеваний в поздних стадиях;
- 9) сопровождавшиеся жалобами граждан или их законных представителей на доступность и качество оказания медицинской помощи;
- 10) выявления дефектов оказания медицинской помощи контролирующими органами и организациями.

2. В стационарных условиях:

- 1) летальных исходов;
- 2) сопровождающиеся ятрогенными осложнениями, внутрибольничным инфицированием, нежелательными реакциями на применение лекарственных препаратов, неблагоприятными



событиями, связанными с применением, хранением, обработкой, обслуживанием, утилизацией медицинских изделий;

- 3) повторной госпитализации пациента по поводу одного и того же заболевания в течение трех месяцев, если госпитализация не была ранее запланирована;
- 4) заболеваний с удлинённым или укороченным сроком лечения более чем на 50% от установленного стандартом медицинской помощи;
- 5) расхождений заключительного клинического диагноза и патологоанатомического диагноза;
- 6) расхождений клинического диагноза до и после проведения оперативного вмешательства;
- 7) сопровождавшиеся жалобами граждан или их законных представителей на доступность и качество оказания медицинской помощи;
- 8) выявления дефектов оказания медицинской помощи контролирующими органами и организациями.

Случаи оказания медицинской помощи, подлежащие контролю качества в обязательном порядке, рассматриваются в первую очередь.

2.4. Врачебной комиссией УНЦ «КМЦ ПГУ» в обязательном порядке проводится контроль качества случаев оказания медицинской помощи, сопровождающихся жалобами граждан или их законных представителей на доступность и качество медицинской помощи.

2.5. Контроль качества проводится в следующих формах:

- 1) текущий контроль качества направлен на выявление отклонений в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги) и принятие необходимых мер по их устранению;
- 2) заключительный контроль качества осуществляется по результатам законченных случаев оказания медицинской помощи, направлен на предупреждение и пресечение дефектов оказания медицинской помощи.

2.6. Устанавливаются следующие обязательные объемы проведения контроля качества: - ежеквартально не менее 5% законченных случаев оказания медицинской помощи.

2.7. Результаты контроля качества фиксируются в Карте контроля качества медицинской помощи, оказанной пациенту (далее – карта контроля КМП) (Приложение 1 и Приложение 2) и в журнале внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (Приложение 3) по следующим показателям:

- ХОРОШО (качественная медицинская помощь) 1-0,8;
- УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО (качественно оказанная медицинская помощь, сопровождавшаяся единичными дефектами оказания медицинской помощи, которые не привели к ухудшению состояния здоровья пациента) 0,7-0,6;
- НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО (некачественная оказанная медицинская помощь) 0,5 -0.

### **3. Организация проведения внутреннего контроля безопасности медицинской деятельности.**

3.1. Объектом внутреннего контроля безопасности медицинской деятельности являются условия труда медицинских работников, применение и эксплуатация медицинских изделий, их утилизация (уничтожение), соблюдение правил хранения и применения лекарственных препаратов, расходных материалов, обеспечение санитарно- гигиенического и противоэпидемического режимов в соответствии с санитарно- эпидемиологическими нормами и правилами, др.).

3.2. В ходе контроля за безопасностью медицинской деятельности оценивается:

- 1) соблюдение требований трудового законодательства и иных нормативных правовых актов, содержащих нормы трудового права;
- 2) соблюдение государственных нормативных требований охраны труда:
  - состояние рабочих мест;
  - предоставление работникам, занятым на работах с вредными и (или) опасными условиями труда, компенсаций, установленных по результатам аттестации рабочих мест по условиям труда;
  - обеспеченность работников средствами индивидуальной защиты;
- 3) соблюдение требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий



и их утилизации (уничтожению), в том числе обучение работников безопасным методам и приемам применения и эксплуатации медицинских изделий;

4) соблюдение требований к состоянию помещений, в которых располагаются медицинские изделия;

5) соблюдение:

- требований безопасности медицинских изделий, предусмотренных технической и эксплуатационной документацией производителя;

- требований к утилизации (уничтожению) медицинских изделий, предусмотренных технической и эксплуатационной документацией производителя;

- правил в сфере обращения медицинских изделий и лекарственных средств, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации;

- обязанностей по сообщению сведений, указанных в части 3 статьи 96 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

3.3. Результаты внутреннего контроля качества безопасности медицинской деятельности 1 раз в квартал фиксируются в Карте контроля безопасности медицинской деятельности. (Приложение 4) по следующим показателям:

- ХОРОШО (качественная организация работы безопасности медицинской деятельности) 1-0,8;

- УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО (качественная организация работы безопасности медицинской деятельности, сопровождавшаяся единичными дефектами, которые не привели к ухудшению состояния здоровья пациента) 0,7-0,6;

- НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО (некачественная организация работы безопасности медицинской деятельности) 0,5 -0.

#### **4. Порядок проведения внутреннего контроля качества медицинской деятельности и безопасности медицинской деятельности**

4.1. Ответственным за организацию контроля качества и безопасности медицинской деятельности в УНЦ «КМЦ ПГУ» является главный врач.

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

4.3. Лица, осуществляющие контроль качества несут ответственность за объективность оценки качества оказанной медицинской помощи в соответствии с законодательством Российской Федерации и должностными инструкциями.

4.4. Контроль качества осуществляется на трех уровнях:

- первый уровень – заведующие структурными подразделениями, не имеющими в своей структуре подразделений;

- второй уровень – заведующие структурными подразделениями, имеющими в своей структуре подразделения, главный врач;

- третий уровень контроля - врачебная комиссия.

4.5. На 1 этапе экспертами являются заведующие структурными подразделениями в отношении качества и безопасности каждого случая оказания медицинской помощи в подчиненных им подразделениях. Контролю подвергаются медицинские карты стационарных больных и медицинские карты амбулаторных больных (в 100 % законченных случаев) в количестве не менее 5% от общего количества случаев оказания медицинской помощи в подразделении за отчетный период, в том числе все медицинские карты амбулаторных больных в каждом случае:

4.5.1. летального исхода;

4.5.2. ятрогенных осложнений или внутрибольничного инфицирования;

4.5.3. повторной госпитализации по поводу одного и того же заболевания в течение 90 дней со дня завершения лечения в стационаре или повторного обращения по поводу одного и того же заболевания в течение 30 дней со дня завершения амбулаторного лечения;



4.5.4. сокращения или превышения сроков средней длительности лечения (или временной нетрудоспособности) свыше 50 % по сравнению с утвержденными;

4.5.5. при поступлении жалоб со стороны пациентов или их законных представителей.

4.6. На 2 этапе экспертами являются заведующие структурными подразделениями, главный врач в отношении организации, качества и безопасности каждого случая оказания медицинской помощи в подчиненных им структурных подразделениях.

Контролю подвергаются медицинские карты стационарных больных и медицинские карты амбулаторных больных в количестве не менее 25 законченных случаев в квартал, в том числе все медицинские карты амбулаторных и стационарных больных в каждом случае:

4.6.1. летального исхода;

4.6.2. расхождения клиничко-поликлинических диагнозов;

4.6.3. ятрогенных осложнений или внутрибольничного инфицирования;

4.6.4. повторной госпитализации по поводу одного и того же заболевания в течение 90 дней после первой выписки из стационара;

4.6.5. повторного обращения за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение 30 дней со дня завершения амбулаторного лечения;

4.6.6. сокращения или превышения сроков средней длительности лечения (или временной нетрудоспособности) свыше 50% по сравнению с утвержденными;

4.6.7. при поступлении жалоб со стороны пациентов или их законных представителей.

Медицинские карты амбулаторных и стационарных больных (кроме указанных выше) отбираются для контроля методом «случайной» выборки по порядковым номерам или по определенной нозологии.

4.7. На 3 этапе контроль качества медицинской помощи проводят экспертные комиссии. Контролю подвергаются медицинские карты стационарных больных и медицинские карты амбулаторных больных в случаях:

4.7.1. когда на 1 и 2 этапе в карте контроля качества медицинской помощи, оказанной больному в УНЦ «КМЦ ПГУ» был установлен коэффициент качества медицинской помощи 0,5-0;

4.7.2. когда в результате проведения контроля качества медицинской помощи выявлены грубые недостатки организации лечебно-диагностического процесса или оформления медицинской документации;

4.7.3. перечисленных в подпунктах 4.6.1., 4.6.3., 4.6.6., 4.6.7. пункта 4.6. настоящего Положения.

4.8. Результаты проведенного контроля ежеквартально представляются главному врачу для анализа качества лечебно-диагностического процесса.

4.9. 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.

4.10. При проверке соблюдения в УНЦ «КМЦ ПГУ» безопасности медицинской деятельности оцениваются:

- организация обучения работников безопасным методам и приемам труда;
- предоставление работникам, занятым на работах с вредными и (или) опасными условиями труда, компенсаций, установленных по результатам специальной оценки условий труда;
- обеспеченность работников средствами индивидуальной защиты, молоком или продуктами, его заменяющими, лечебно-профилактическим питанием;
- соблюдение требований безопасности медицинских изделий, предусмотренных нормативной документацией производителя;
- соблюдение требований к утилизации (уничтожению) медицинских изделий, предусмотренных технической и эксплуатационной документацией производителя;
- соблюдение установленных правил в сфере обращения медицинских изделий;
- выполнение обязанностей по сообщению сведений, указанных в части 3 статьи 96



Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

- соблюдение правил хранения и применения лекарственных препаратов, расходных материалов.

4.11. К проверкам при осуществлении внутреннего контроля могут привлекаться научные и иные организации, ученые и специалисты.

4.12. Проверки проводятся на основании настоящего Положения или указаний главного врача.

4.13. По результатам проверок в рамках внутреннего контроля должностными лицами УНЦ «КМЦ ПГУ», проводящими проверку, могут составляться: акты, служебные записки, заполняются иные документы в соответствии с настоящим Положением.

4.14. При выявлении в ходе проверок нарушений:

- заведующему структурным подразделением, иному должностному лицу УНЦ «КМЦ ПГУ» выдаются устные или письменные рекомендации и (или) указания об устранении выявленных нарушений с указанием сроков их устранения;

- главным врачом УНЦ «КМЦ ПГУ» принимаются меры по контролю за устранением выявленных нарушений (в том числе путем проведения внеплановых проверок), их предупреждению, предотвращению возможного причинения вреда жизни, здоровью граждан, а также меры по привлечению лиц, допустивших выявленные нарушения, к дисциплинарной ответственности.

4.15. Обоснованность мер, принимаемых по результатам внутреннего контроля, проведение анализа его эффективности обсуждается Служебном совещании УНЦ «КМЦ ПГУ».

## **5. Организационно–методические принципы функционирования внутреннего контроля качества медицинской помощи**

5.1. По результатам исследования медицинской карты больного дневного стационара эксперт (или экспертная комиссия) обязан дать оценку качества медицинской помощи (вычислить коэффициент качества медицинской помощи) по следующим критериям:

5.1.1. адекватность ведения больного в дневном стационаре (сбор жалоб, анамнеза, своевременность назначений, консилиумов и т.д.);

5.1.2. расхождение диагноза при поступлении и заключительного диагноза;

5.1.3. полнота Rg, лабораторного и инструментального обследования (в соответствии с федеральными стандартами и порядками оказания медицинской помощи);

5.1.4. своевременность установления клинического диагноза;

5.1.5. обоснованность, полнота и соответствие клинического диагноза МКБ–10;

5.1.6. полнота объема лечения (в соответствии с федеральными стандартами и порядками оказания медицинской помощи);

5.1.7. обоснованность назначения лекарственных препаратов и инструментальных методов обследования;

5.1.8. своевременность выписки больного из стационара (в соответствии с федеральными стандартами и порядками оказания медицинской помощи);

5.1.9. качество оформления первичной медицинской документации;

5.1.10. отсутствие ятрогенных осложнений.

Оценка по каждому критерию заносится в соответствующую графу карты контроля КМП, а также фиксируется в журнале контроля качества и безопасности медицинской помощи, оказанной в УНЦ «КМЦ ПГУ» отдельно по каждому структурному подразделению.

5.2. По результатам исследования медицинской карты амбулаторного больного эксперт (или экспертная комиссия) обязан дать оценку качества медицинской помощи (вычислить коэффициент качества медицинской помощи) по следующим критериям:

5.2.1. адекватность ведения больного в подразделении (сбор жалоб, анамнеза, своевременность назначений, консилиумов и т.д.);

5.2.2. своевременность установления клинического диагноза;



- 5.2.3. обоснованность, полнота и соответствие клинического диагноза МКБ–10;
- 5.2.4. обоснованность и своевременность направления на госпитализацию;
- 5.2.5. полнота Rg, лабораторного и инструментального обследования (в соответствии с федеральными стандартами и порядками оказания медицинской помощи);
- 5.2.6. отсутствие жалоб со стороны пациентов;
- 5.2.7. обоснованность назначения лекарственных препаратов и инструментальных методов обследования;
- 5.2.8. проведение отбора и осуществление Д-наблюдения;
- 5.2.9. полнота объема лечения (в соответствии с федеральными стандартами и порядками оказания медицинской помощи);
- 5.2.10. качество оформления первичной медицинской документации.

Экспертная оценка по каждому критерию заносится в соответствующую графу карты контроля КМП, а также фиксируется в журнале контроля качества медицинской помощи, оказанной в УНЦ «КМЦ ПГУ» отдельно по каждому структурному подразделению.

5.3. Эксперты, осуществляющие контроль качества медицинской помощи 1 и 2 этапа, по итогам каждого квартала определяют среднемесячные коэффициенты качества медицинской помощи по каждому структурному подразделению, проводят анализ врачебных ошибок, недостатков организации лечебно–диагностического процесса и оформления первичной медицинской документации, принимают меры по устранению причин выявленных недостатков.

5.4. Эксперты, осуществляющие контроль качества медицинской помощи 3 этапа, по итогам каждого квартала выводят среднемесячные коэффициенты качества медицинской помощи по каждому структурному подразделению, проводят анализ врачебных ошибок, недостатков организации лечебно–диагностического процесса и оформления первичной медицинской документации, а также анализ причин расхождения оценок 1 и 2 этапов и дают рекомендации по устранению причин выявленных недостатков.

5.5. Экспертные комиссии, осуществляющие контроль качества медицинской помощи 3 этапа, при выставлении оценок, голосуют отдельно по каждому критерию качества, затем определяют итоговую оценку – коэффициент качества медицинской помощи. Результаты голосования отражаются в протоколе заседания соответствующей комиссии и в карте контроля КМП.

5.6. На 3 этапе в обязательном порядке проводится анализ работы подразделений и сопоставление оценок 1 и 2 этапов с выводами экспертной комиссии и ежеквартальным докладом главному врачу. Экспертная комиссия даёт заключение о качестве работы структурных подразделений, рекомендации по устранению причин выявленных недостатков, а также предложения главному врачу УНЦ «КМЦ ПГУ» применения дисциплинарных взысканий к работникам, виновным в ненадлежащем исполнении или неисполнении возложенных на них трудовых обязанностей.

## **6. Заключительные положения**

6.1. Настоящий Порядок утверждается приказом ректора Университета и вступает в силу с момента его утверждения.

6.2. Решение о внесении изменений или дополнений в настоящий Порядок принимается ректором Университета.



**Приложение 1**  
**Форма карты контроля качества медицинской помощи, оказанной пациенту в дневном стационаре УНЦ «КМЦ ПГУ»**

**Карта контроля качества медицинской помощи, оказанной пациенту в дневном стационаре УНЦ «КМЦ ПГУ»**

№ медицинской карты стационарного больного				
ф.и.о. пациента				
код заболевания по МКБ-10				
ф.и.о. лечащего врача				
код лечащего врача				
№ п/п	Оценочные критерии			
		1 этап	2 этап	3 этап*
1.	Ведение пациента стационара (сбор жалоб, анамнеза, своевременность назначений, консилиумов и т.д.) <input type="checkbox"/> адекватное – 0,15 <input type="checkbox"/> неадекватное – 0			
2.	Ro, лабораторное и инструментальное обследование (в соответствии со стандартами) <input type="checkbox"/> полное – 0,1 <input type="checkbox"/> неполное – 0			
3.	Своевременность установления клинического диагноза <input type="checkbox"/> да – 0,05 <input type="checkbox"/> нет – 0			
4.	Обоснованность, полнота и соответствие клинического диагноза МКБ-10 <input type="checkbox"/> да – 0,05 <input type="checkbox"/> нет – 0			
5.	Лечение (в соответствии со стандартами) <input type="checkbox"/> в полном объеме – 0,2 <input type="checkbox"/> не в полном объеме – 0			
6.	Необоснованное назначение лекарственных препаратов и инструментальных методов обследования <input type="checkbox"/> нет – 0,05 <input type="checkbox"/> есть – 0			
7.	Выписка пациента стационара (в соответствии со стандартами) <input type="checkbox"/> своевременная – 0,05 <input type="checkbox"/> несвоевременная – 0			
8.	Оформление первичной медицинской документации <input type="checkbox"/> без нарушений – 0,05 <input type="checkbox"/> с нарушениями – 0			
9.	Расхождение диагнозов при поступлении и заключительного <input type="checkbox"/> нет – 0,1 <input type="checkbox"/> да – 0			
10.	Наличие ятрогенных осложнений <input type="checkbox"/> да – 0 <input type="checkbox"/> нет – 0,2			
Коэффициент качества медицинской помощи (сумма 1-10 граф)				
ФИО эксперта				
Подпись эксперта				
Дата проведения экспертизы				

\*Эта графа заполняется после разбора случая соответствующей комиссией, проводившей экспертизу 3 этапа.



**Приложение 2**  
**Форма карты контроля качества медицинской помощи, оказанной пациенту в амбулаторных условиях УНЦ «КМЦ ПГУ»**

**Карта**  
**контроля качества медицинской помощи, оказанной пациенту в амбулаторных условиях УНЦ «КМЦ ПГУ»**

№ медицинской карты амбулаторного больного				
ф.и.о. пациента				
код заболевания по МКБ-10				
ф.и.о. лечащего врача				
код лечащего врача				
№ п/п	Оценочные критерии	Заведующий отделением, клиникой	Главный врач	
		1 этап	2 этап	3 этап*
1.	Ведение пациента в поликлинике (сбор жалоб, анамнеза, своевременность назначений, консилиумов и т.д.) <input type="checkbox"/> адекватное – 0,15 <input type="checkbox"/> неадекватное – 0			
2.	Своевременность установления диагноза <input type="checkbox"/> да – 0,1 <input type="checkbox"/> нет – 0			
3.	Обоснованность, полнота и соответствие диагноза МКБ-10 <input type="checkbox"/> да – 0,1 <input type="checkbox"/> нет – 0			
4.	Обоснованность и своевременность направления на госпитализацию <input type="checkbox"/> обоснованно – 0,05 <input type="checkbox"/> необоснованно – 0			
5.	Ro, лабораторное и инструментальное обследование (в соответствии со стандартами) <input type="checkbox"/> полное – 0,1 <input type="checkbox"/> неполное – 0			
6.	Лечение пациента (в соответствии со стандартами) <input type="checkbox"/> обоснованная – 0,1 <input type="checkbox"/> необоснованная – 0			
7.	Необоснованное назначение лекарственных препаратов и инструментальных методов обследования <input type="checkbox"/> нет – 0,1 <input type="checkbox"/> есть – 0			
8.	Отбор и осуществление Д-наблюдения <ul style="list-style-type: none"> <li>• проведен, в полном объеме или не требуется – 0,1</li> <li><input type="checkbox"/> не проведен, не в полном объеме – 0</li> </ul>			
9.	Оформление первичной медицинской документации <input type="checkbox"/> без нарушений – 0,1 <input type="checkbox"/> с нарушениями – 0			
10.	Отсутствие обоснованных жалоб пациентов <input type="checkbox"/> отсутствуют – 0,1 <input type="checkbox"/> имеются – 0			
<b>Коэффициент качества медицинской помощи (сумма 1-10 граф)</b>				
ф.и.о. эксперта				
Подпись эксперта				
Дата проведения экспертизы				

\*Эта графа заполняется после разбора случая соответствующей комиссией, проводившей экспертизу 3 этапа.







Инструкция  
по заполнению формы "Журнал внутреннего контроля качества и  
безопасности медицинской деятельности"

1. В 1 графе - указывается порядковый номер внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Нумерация обнуляется с начала каждого календарного года.

2. Во 2 графе - указываются проверяемый период (месяц) и дата проведения контроля качества (число, месяц, год).

3. В 3 графе - указывается наименование структурного подразделения медицинской организации и количество пролеченных больных за проверяемый период (месяц).

4. В 4 графе - указывается количество пролеченных больных за проверяемый период (месяц).

5. В графах с 5 - указывается абсолютное число случаев оказания медицинской помощи, подвергнутых контролю качества.

6. В графах с 6 по 9 - указываются выявленные при проведении контроля качества дефекты оказания медицинской помощи (абсолютное число):

в 6 графе - указываются дефекты, допущенные при применении стандартов медицинской помощи;

в 7 графе - указываются дефекты, допущенные при постановке, формулировке, обосновании диагноза, оформлении медицинской документации;

в 8 графе - указываются дефекты, допущенные при проведении при проведении диагностических мероприятий, в том числе при сборе жалоб, анамнеза, объективном осмотре;

в 9 графе – указываются результаты проведения лечебно-профилактических мероприятий, в том числе, соблюдение сроков при проведении оперативных вмешательств, реанимационных мероприятий.

6. В графе 10 – указывается количество дефектов при организации безопасности медицинской деятельности.

7. В графе 11 – указывается общее количество жалоб по структурному подразделению.

8. В графе 12 дается итоговая оценка качества и безопасности медицинской помощи с указанием общего среднего балла по структурному подразделению:

- качественно оказанная медицинская помощь - коэффициент качества 1,0-0,8;

- качественно оказанная медицинская помощь, сопровождавшаяся единичными дефектами оказания медицинской помощи, которые не привели к ухудшению состояния здоровья пациента - коэффициент качества 0,7-0,6;

- некачественно оказанная медицинская помощь - коэффициент качества 0,5-0.



## Приложение 4

**Форма карты контроля качества безопасности медицинской деятельности в УНЦ «КМЦ ПГУ»**

**Карта контроля качества безопасности медицинской деятельности  
в УНЦ «КМЦ ПГУ»**

1. Структурное подразделение \_\_\_\_\_

2. Зав. структурным подразделением \_\_\_\_\_

		Баллы	Коэффициент качества медицинской помощи
1.	Соблюдение требований охраны труда (проведение специальной оценки условий труда, СИЗ, льготы и компенсации):		
	Соответствует	1	
	Соответствует не в полном объеме	0,5	
	Не соответствует	0	
2.	Обучение работников безопасным методам и приемам применения и эксплуатации медицинских изделий и их утилизации:		
	Проведено в полном объеме	1	
	Проведено не в полном объеме	0,5	
	Не проведено	0	
3.	Санитарно-гигиеническое состояние помещений:		
	Соответствует нормативным требованиям	1	
	Соответствует нормативным требованиям не в полном объеме	0,5	
	Не соответствует нормативным требованиям	0	
4.	Соблюдение требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий:		
	Соответствует	1	
	Соответствует не в полном объеме	0,5	
	Не соответствует	0	



5.	Соблюдение правил хранения и применения лекарственных средств		
	Соответствует нормативным требованиям	1	
	Соответствует нормативным требованиям не в полном объеме	0,5	
	Не соответствует нормативным требованиям	0	
	Итого:	Средний балл	Средний балл
	Коэффициент качества		

Внутренний контроль безопасности  
медицинской деятельности проводил:

---

должность

подпись, дата

Ф.И.О.