

**Государственное бюджетное учреждение  
здравоохранения Республики Крым  
«Крымский республиканский клинический центр  
фтизиатрии и пульмонологии»**

**П Р И К А З**

«09» января 2020 год

№ 8

*«Об утверждении порядка организации и проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ РК «Крымский республиканский клинический центр фтизиатрии и пульмонологии»*

В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.12.2012 года № 1340п «Об утверждении порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности», Положением о Министерстве здравоохранения Республики Крым, утвержденного Постановлением Совета Министров Республики Крым от 27.06.2014 года № 149, Приказа Министерства здравоохранения Республики Крым от 01.07.2015 № 928 «Об утверждении порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности в Республике Крым», Приказа Министерства здравоохранения РФ от 10 мая 2017 г № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07.06.2019 года № 381-н «Об утверждении требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности».

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить:

- 1.1. Правила ведения медицинской документации (Приложение 1).
- 1.2. Порядок организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (Приложение 2).
- 1.3. Положение об организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (Приложение 3).

- 1.4. Схему организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (Приложение 4).
  - 1.5. Карту внутреннего контроля качества медицинской помощи (Приложение 5).
  - 1.6. Критерии оценки качества медицинской помощи больным туберкулезом (Приложение 6.1, Приложение 6.2, Приложение 6.3)
  - 1.7. Мониторинг оценки качества медицинской помощи в отделении (Приложение 7).
  - 1.8. Журнал внутреннего контроля качества медицинской помощи (Приложение 8).
  - 1.9. Карту контроля соблюдения безопасных условий, требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий (Приложение 9).
  - 1.10. Порядок рассмотрения обращений граждан с приложением форм журнала обращений граждан, протокола заседания врачебной комиссии по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности (Приложение 10).
  - 1.11. Положение о проведении анкетирования с приложением формы анкеты пациента (Приложение 11).
2. Контроль выполнения приказа возложить на заместителя директора по медицинской части Козыкину В.И., заместителя директора по клиничко-экспертной работе Мамотенко Л.Д.

Директор



И.Ю. Ткаченко

## **ПРАВИЛА ВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ**

Медицинская карта стационарного пациента и амбулаторная карта пациента являются юридическим документом, поэтому все записи должны быть четкими, легко читаемыми. Сведения, внесенные в историю болезни, должны быть достоверными, в полной мере отражающими факты и результат деятельности медицинских работников, точными и в соответствии с хронологическим порядком оформленными, а также не подвергшимися изменениям. Исправления возможны в исключительных случаях, при этом нельзя использовать забеливающие средства – неверная информация зачеркивается и пишется рядом верная с подписью должностного лица и указанием «исправленному верить».

### **1. Медицинская карта пациента, страдающего туберкулезом и получающего медицинскую помощь в стационарных условиях (история болезни) форма №081-1/у**

#### **Паспортная часть**

При поступлении пациента сотрудники приемного отделения записывают паспортные данные на лицевой стороне истории болезни. Все строки первой и второй страницы истории болезни должны быть заполнены (отмечены).

История болезни должна содержать дату и точное время обращения в приемный покой, госпитализации, выписки, смерти пациента.

Данные о группе крови, резус-факторе, непереносимости лекарственных препаратов заносятся лечащим (принимающим) врачом при первом осмотре пациента, за исключением тех случаев, когда эти данные получить невозможно.

Обязательно указываются данные трудового анамнеза: с какого времени пациент имеет непрерывный листок нетрудоспособности, № листа нетрудоспособности.

Запись о выдаче документа, удостоверяющего факт временной нетрудоспособности, осуществляет лечащий врач по установленным правилам.

#### **Оформление диагноза**

В истории болезни указывается диагноз направившего учреждения; диагноз при поступлении выставляется на лицевую часть сразу после осмотра пациента (диагноз оформляется полностью, с указанием сопутствующей патологии без сокращений).

Клинический диагноз записывается на лицевую сторону медицинской

карты в течение трех рабочих дней от момента поступления пациента в стационар. Если за время лечения пациента клинический диагноз был изменен, это должно найти отражение в истории болезни, лучше в форме этапного эпикриза.

Заключительный диагноз записывается при выписке пациента, в развернутом виде с указанием кода МКБ-10. Следует стремиться выделить одно основное заболевание, определяющее тяжесть и прогноз заболевания. Второе основное (комбинированное) заболевание устанавливается лишь в случае другой болезни, которая не менее значима для оценки тяжести и прогноза, чем основная.

Клинический и заключительный диагноз должны быть обоснованы с указанием существенных критериев, определяющих диагноз.

Диагноз должен включать осложнения и сопутствующие заболевания, оценку риска, имеющие значение для ведения пациента.

### **Госпитализация**

Экстренный пациент осматривается дежурным врачом сразу после поступления с указанием даты и времени осмотра, фамилии врача. Плановый пациент должен быть осмотрен лечащим врачом в течение 3 часов от момента поступления в стационар.

При плановой госпитализации обязательно наличие направления, оформленное надлежащим образом, которое клеивается в историю болезни. Плановым пациентам приемный статус записывается в течение текущего рабочего дня, экстренным — во время осмотра. Записи в приемном статусе должны быть информативными, содержать данные, имеющие клиническое значение.

Жалобы пациента и анамнез заболевания записываются подробно с указанием существенных признаков, важных для установления диагноза и разработки плана лечения.

В анамнезе заболевания отражаются факторы, имеющие отношение к установлению диагноза, оценке тяжести и прогноза заболевания или влияющие на тактику ведения пациента.

В анамнезе жизни указывается информация о наличии аллергических реакций, специфических инфекционных заболеваниях (туберкулез, заболевания, передаваемые половым путем, вирусный гепатит, ВИЧ-инфекция и т.д.), предшествующих гемотрансфузиях, ранее перенесенных заболеваниях и операциях.

Обязательно указываются данные страхового анамнеза: с какого времени пациент имеет непрерывный листок нетрудоспособности. При незаконченном случае временной нетрудоспособности и наличии у пациента незакрытого листка нетрудоспособности, указать номер первичного листка нетрудоспособности и его длительность; продление листка нетрудоспособности свыше 15 дней осуществляется с разрешения врачебной комиссии.

При наличии у пациента группы инвалидности уточняется, работает или

нет, указывается причина, вызвавшая инвалидность, дата установления группы и сроки очередного переосвидетельствования.

Если собрать анамнез (в том числе аллергический) в день поступления невозможно по состоянию пациента, то при первой же возможности в историю болезни вносятся дополнения к анамнезу, оформленные отдельно с указанием даты или как часть дневниковой записи лечащего врача.

Данные первичного осмотра заполняются кратко по всем органам и системам, доступным осмотру. Выявленные патологические изменения описываются детально, с указанием характерных симптомов и синдромов.

В случаях повреждений, которые могут потребовать проведения судебно-медицинской экспертизы, все имеющиеся у пациента повреждения описываются подробно.

В конце приемного статуса обязательно формулируется клинический диагноз, план обследования и лечение .

### **Информированное согласие**

Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина, которое оформляется в письменном виде по установленному порядку и подписывается пациентом, согласно Приказа Министерства здравоохранения РФ № 1177н от 20 декабря 2012 г.

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением администрации лечебного учреждения, подтверждая запись в медицинской карте.

Согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, делают их законные представители. При отсутствии законных представителей решение о медицинском вмешательстве принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебного учреждения и законных представителей пациента.

Информация о предстоящем медицинском вмешательстве предоставляется пациенту в доступной для него форме. Пациент информируется об имеющемся заболевании, методах и целях лечения, возможном риске, побочных эффектах и ожидаемых результатах. По предоставленной информации делается запись в медицинской карте. Так же оформляется согласие на переливание биологических жидкостей: крови, плазмы и их компонентов. При этом пациент должен быть информирован о возможных осложнениях и опасности заражения ВИЧ-инфекцией, вирусными гепатитами, сифилисом в серонегативном периоде. При проведении оперативного вмешательства и (или) анестезиологического пособия согласие

пациента оформляется дополнительно.

При отказе от медицинского вмешательства гражданину, одному из родителей или иному законному представителю лица, в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия такого отказа, о чем вносится информация в историю болезни. Отказ от медицинского вмешательства оформляется в истории болезни в произвольной форме и подписывается пациентом и лечащим врачом с указанием даты. (Действительно до момента официального вступления в силу Федеральных нормативных документов, регламентирующих иной порядок).

### **Ведение медицинской карты**

Записи в истории болезни должны оформляться в хронологическом порядке с указанием даты и времени. Ведение врачом дневников должно осуществляться не реже 2 раз в неделю. Пациентам, находящимся в тяжелом состоянии или в состоянии средней тяжести, а также пациентам, нуждающимся в ежедневном динамическом наблюдении, дневниковые записи оформляются ежедневно, а при необходимости — несколько раз в день.

В дневниках отражаются динамика состояния пациента, объективного статуса, лабораторных показателей, имеющие существенное значение для прогноза и тактики ведения, обосновываются изменения в плане обследования и лечения. В день выписки дневниковая запись лечащего врача обязательна и должна быть максимально подробной.

Заведующий отделением осматривает поступивших плановых пациентов не позднее трех дней с момента поступления. Пациенты, находящиеся в тяжелом состоянии или нуждающиеся в ежедневном динамическом наблюдении должны быть осмотрены заведующим в течение суток с момента госпитализации. Обходы заведующих отделениями проводятся один раз в неделю, оформляются записью в медицинской карте, отражающей состояние пациента в динамике с рекомендациями по диагностике и лечению и подписываются заведующим отделением лично.

Представление на ЦВКК в течение 5 рабочих дней с целью регистрации случая туберкулеза и назначения лечения.

Протоколы записей врачей-консультантов должны содержать дату и время осмотра, специальность и фамилию консультанта, описание патологических изменений, диагноз и рекомендации по дальнейшему ведению.

Записи консилиумов должны включать согласованную позицию по диагнозу, рекомендации обследованию и лечению. В случае особой позиции одного из участников консилиума, его мнение также регистрируется. Рекомендации консилиума обязательны для выполнения. В случае, если по каким-либо причинам выполнить их невозможно, лечащий врач обязан поставить об этом в известность председателя консилиума и сделать соответствующую запись в истории болезни.

Записи о трансфузиях биологических жидкостей, введении наркотических и сильнодействующих препаратов осуществляются по

правилам, регламентируемым ведомственными приказами, и заверяются лечащим врачом.

Этапный эпикриз, отражающий динамику заболевания, дальнейшую тактику ведения пациента оформляется не реже одного раза в месяц. Этапный эпикриз содержит динамические изменения в состоянии пациента; возникшие осложнения в ходе лечения; резюмировать результаты лабораторных исследований, а также консультации; исходя из диагноза, определить дальнейший способ лечения, указать на степень эффективности его, на причину безуспешности; причины длительной госпитализации; в эпикризе должно найти отражение не только то, что врач делал, но и что думал он о своем пациенте, о его болезни и лечении.

Передача пациента от одного врача к другому на курацию должна быть фиксирована записью в истории болезни.

При переводе пациента из одного отделения в другое в пределах одного стационара оформляется переводной эпикриз, содержащий краткий анамнез, проведенные лечебные и диагностические мероприятия, обоснование перевода по согласованию заведующих ОСП, заместителя директора по медицинской части.

### **Особенности ведения медицинской карты в отделении анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии (ОАРИТ)**

В ОАРИТ пациент наблюдается лечащим врачом профильного отделения и дежурным реаниматологом, о чем делается запись в истории болезни.

При поступлении пациента в ОАРИТ принимающий врач кратко описывает состояние пациента с указанием диагноза или ведущего синдрома, планируемого лечения.

Лечащий врач (заведующий отделением) профильного отделения записывает дневники пациентам, находящимся в отделении интенсивной терапии, ежедневно.

В ОАРИТ дневники записывают дежурные врачи не реже трех раз в сутки. Записи в дневниках должны отражать динамику состояния пациента и важнейших показателей жизнедеятельности организма.

Заведующий ОАРИТ ежедневно осматривает всех пациентов отделения. Заведующий профильным отделением осматривает их ежедневно, дневниковые записи оформляются не реже 2 раз в неделю.

При переводе пациента из ОАРИТ оформляется переводной эпикриз с указанием основного заболевания/синдрома, динамики состояния, критериев перевода, рекомендуемым лечением. Врач клинического отделения осматривает пациента не позже чем через час после поступления из реанимационного отделения и записывает краткое клиническое представление о пациенте.

### **Данные лабораторных тестов**

Результаты лабораторных анализов, рентгенологических, функциональных и эндоскопических исследований должны быть закончены, записаны или

вклеены в историю болезни в течение 24 часов с момента проведенного исследования.

В медицинской карте должны храниться оригиналы лабораторных тестов с указанием даты и времени их производства (а именно: время забора материала для теста и время выдачи результата), основные электрокардиограммы (при поступлении, выписке, важные для оценки динамики состояния).

Запись врача лучевой диагностики, врача эндоскописта, врача функциональной диагностики должна отражать полную картину исследуемого органа или системы, патологические изменения, функциональное состояние и ход проведения исследования. Заключение должно отражать найденные изменения или предполагаемый диагноз.

### **Листы назначений**

В листах назначений медикаментозных средств запрещаются любые сокращения названия препарата; отмечается дата назначения, а при неотложных состояниях и час назначения каждого препарата; указывается обязательно концентрация, доза лекарственного средства, кратность применения (при однократном применении время суток), путь введения, отмечается дата отмены каждого препарата. Целесообразно использовать торговые названия препаратов, позволяющие учитывать различия в эффективности и документально регистрировать побочные эффекты лекарственных средств. Учитывая длительность противотуберкулезного лечения в листах назначений необходимо отмечать дату первичного назначения противотуберкулезных препаратов. Медицинская сестра осуществляет выполнение в день назначения, удостоверяет своей подписью и указывает дату назначения.

Вместо листа назначения в отделении интенсивной терапии ведется официальная форма 01 1/у, где кроме основных параметров жизнедеятельности фиксируются все врачебные назначения, подписывается врачом, медицинской сестрой.

Температурный лист ведется медицинской сестрой. Записи динамики температуры производятся минимум два раза в день.

### **Выписка**

Выписной эпикриз должен содержать в краткой форме историю настоящей госпитализации, диагноз, основные тесты его подтверждающие, проведенное лечение и результат. Необходимо перечислить лечебные мероприятия, проведенные в профильных отделениях и блоке интенсивной терапии, с указанием торговых названий препаратов, доз, пути и кратности введения, заключения врачей-консультантов с рекомендованным лечением.

В эпикризе должны содержаться рекомендации по дальнейшему ведению пациента, схема лечения, сведения о временной утрате нетрудоспособности (в том числе № и дата листка нетрудоспособности), дата явки на ВК для продления листка нетрудоспособности.



На амбулаторный этап лечения передается ТБ-01 (ксерокопия данного документа хранится в истории болезни), рентген-архив с момента госпитализации, ксерокопии протоколов КТ-, МРТ-исследований и УЗИ-исследований.

Выписка из истории болезни выполняется в печатном виде в трех одинаковых экземплярах, один из которых остается в истории болезни, второй выдается на руки пациенту, третий передается непосредственно районному фтизиатру. Выписка подписывается лечащим врачом, заведующим отделением и заведующим ОСП с расшифровкой фамилий. Экземпляр, выдаваемый на руки пациенту, заверяется печатью. Пациент должен ознакомиться с выпиской и рекомендациями под роспись.

### **Смерть пациента**

В случае смерти пациента в истории болезни заполняется *посмертный эпикриз*. Посмертный эпикриз содержит краткую историю госпитализации, динамику симптомов, лабораторные тесты, подтверждающие диагноз, проведенное лечение. Детально, в хронологической последовательности описываются причина и обстоятельства наступления летального исхода и проведенные реанимационные мероприятия с указанием доз и пути введения лекарственных препаратов, длительности сердечно-легочной реанимации, количества и мощности разрядов дефибриллятора, критериев прекращения реанимационной помощи.

Диагноз оформляется с указанием основного (конкурирующего, сочетанного) заболевания, его осложнений, фоновых и сопутствующих заболеваний. В диагнозе необходимо четко сформулировать причину смерти. В случае если смерть пациента наступила до осмотра лечащего врача профильного отделения, например, в выходные и праздничные дни, в течение нескольких часов от момента госпитализации, в вечернее и ночное время, посмертный эпикриз оформляется совместно врачом приемного или реанимационного отделения, лечившим пациента, и врачом профильного отделения. В этом случае врач, лечивший пациента, должен в приемном статусе отразить свое мнение о диагнозе.

Если патологоанатомическое вскрытие не проведено по просьбе ближайших родственников (обязательно указывается степень родства) или законных представителей умершего, в историю болезни подшивается их мотивированное заявление на имя директора учреждения. В резолюции ответственного лица медицинской организации указывается ссылка на пункт статьи закона в соответствии с которым вынесено решение о проведении или отказе от проведения патологоанатомического исследования.

После проведения патологоанатомического исследования трупа в медицинской карте не позднее чем через 10 дней вносится краткий протокол исследования с подробным патологоанатомическим диагнозом и эпикризом, а в случае расхождения диагнозов предположительной причиной и степенью расхождения.

**2. Медицинская карта пациента ,страдающего туберкулезом,  
получающего помощь в амбулаторных условиях--Амбулаторная карта.  
(форма)**

Заполнение всех разделов, предусмотренных амбулаторной картой;

Наличие информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство(приказ № 1177н от 20.12.2012года);

Оформление результатов первичного осмотра, включая данные анамнеза заболевания, записью в амбулаторной карте;

Установление предварительного диагноза лечащим врачом в ходе первичного приема пациента;

Формирование плана обследования пациента при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза;

Формирование плана лечения при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза, клинических проявлений заболевания, тяжести заболевания или состояния пациента;

Оформление обоснования клинического диагноза соответствующей записью в амбулаторной карте в течении 10 рабочих дней;

Представление на ЦВКК в течение 10 рабочих дней с момента обращения для регистрации случая туберкулеза и назначения лечения;

Проведение экспертизы временной нетрудоспособности в установленном порядке;

Осуществление диспансерного наблюдения в установленном порядке с соблюдением периодичности обследования и длительности диспансерного наблюдения;

## ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Внутренний контроль проводится по случаям медицинской помощи (законченным или незаконченным), оказанной в учреждении, независимо от источника финансирования оказанной медицинской помощи, должностей и квалификации работников, оказывавших медицинскую помощь, диагноза, возраста пациентов, оформления листка нетрудоспособности и других факторов.

Согласно ст. 90 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется в порядке, установленном руководителем.

Основным локальным правовым актом, на основании которого проводится внутренний контроль в медицинском учреждении является Приказ о проведении внутреннего контроля, утверждаемый руководителем.

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

При организации внутреннего контроля в медицинском учреждении должен быть соблюден принцип разделения полномочий и ответственности, что должно быть отображено в Схеме организации внутреннего контроля.

Внутренний контроль осуществляется на трех уровнях:

- первый уровень контроля осуществляет заведующий отделением учреждения, проводится ежемесячно;
- второй уровень контроля осуществляет заведующий ОСП ;
- третий уровень контроля осуществляет врачебная комиссия учреждения.

На первом уровне внутреннего контроля проводится оценка конкретных случаев оказания медицинской помощи.

На втором уровне внутренний контроль осуществляется в разрезе отделений и медицинского учреждения в целом путем проведения внутреннего контроля случаев оказания медицинской помощи первого уровня, оценки конкретных случаев оказания медицинской помощи.

На третьем уровне проводится внутренний контроль наиболее сложных и конфликтных ситуаций, требующих комиссионного рассмотрения, вырабатывается и принимается решение по дальнейшей тактике ведения пациента, о профессиональном, должностном соответствии медицинских работников и другим вопросам.

Заведующий отделением в течение месяца осуществляет внутренний контроль путем оценки конкретных случаев оказания медицинской помощи.

Результаты контроля качества на первом уровне фиксируются в «Карте внутреннего контроля качества медицинской помощи» (приложение 5) и «Карте критериев качества медицинской помощи больным туберкулезом» (приложения 6.1,6.2,6.3 согласно МКБ-10) в соответствующем столбце (столбец «Зав. отд.»).

По результату проверенных Карт по итогу месяца составляется «Мониторинг оценки качества медицинской помощи в отделении» (приложение 7).

Выявленные недостатки в оказании медицинской помощи анализируются и докладываются с предложениями в виде служебных записок заместителю руководителя по медицинской части для принятия управленческого решения.

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

Заведующие ОСП осуществляют внутренний контроль на втором уровне в разрезе отделений путем проведения контроля качества случаев оказания медицинской помощи первого уровня с заполнением Карты в соответствующем столбце (столбец «зав ОСП»)

Заведующие ОСП проводят контроль заполненных Карт с оформлением результатов в «Журнале внутреннего контроля качества медицинской помощи» (Приложение 8).

Журналы хранятся в учреждении не менее 3 лет.

Внутренний контроль 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.

Врачебная комиссия осуществляет внутренний контроль на третьем уровне. Врачебной комиссией медицинского учреждения в обязательном порядке проводится внутренний контроль случаев оказания медицинской помощи, сопровождающихся жалобами граждан или их законных представителей на доступность и качество медицинской помощи.

Решения врачебной комиссии оформляются протоколами и хранятся не менее 10 лет.

Для учета решений Врачебной комиссии в медицинском учреждении ведется «Журнал клинико-экспертной работы лечебно-профилактического учреждения».

Результаты внутреннего контроля соблюдения безопасных условий труда, требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий и их утилизации (уничтожению) фиксируются в «Карте контроля соблюдения безопасных условий труда, требований по безопасному

применению и эксплуатации медицинских изделий» (Приложение 9).

Внутренний контроль осуществляется работниками, назначенными приказом руководителя учреждения, ответственными за проведение внутреннего контроля.

Внутренний контроль не может проводиться ответственными за проведение контроля в случаях, когда медицинская помощь оказывалась самими ответственными за проведение контроля.

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

Заведующие ОСП, выполняющие второй уровень внутреннего контроля, не могут быть председателем врачебной комиссии.

В необходимых случаях для проведения внутреннего контроля могут привлекаться (по согласованию) в качестве экспертов работники медицинских высших учебных заведений, работники медицинских научно-исследовательских институтов, а также работники других учреждений (организаций) здравоохранения.

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

Ответственными за проведение контроля по результатам внутреннего контроля 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 руководителя учреждения.

Учет результатов проведенного внутреннего контроля осуществляется в учреждении в форме отчетов ежемесячно для первого уровня (заполняется «Мониторинг оценки качества медицинской помощи в отделении»), ежеквартально для второго уровня (заполняется «Журнал внутреннего контроля медицинской помощи») и по итогам прошедшего года в целом по учреждению заполняется «Отчет о проведенном внутреннем контроле за год» (Приложение 2.1), который должен содержать:

- отчетный период;
- объемы проведенного внутреннего контроля;
- количество проверенных случаев;
- количество проверенных случаев, из числа подлежащих контролю в обязательном порядке и процентах от числа случаев, подлежащих контролю в обязательном порядке;
- объем проведенного внутреннего контроля в процентах от установленных минимальных объемов;
- результаты проведенного внутреннего контроля;
- количество случаев качественно оказанной медицинской помощи;

- количество случаев качественно оказанной медицинской помощи, сопровождавшихся единичными дефектами медицинской помощи;
- количество случаев некачественно оказанной медицинской помощи (в абсолютных цифрах и в процентах проверенных случаев) - общее и в разрезе проверенных отделений (должностей и Ф.И.О. 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 оформления медицинской документации;
- краткие сведения о мерах, принятых ответственным за проведение контроля по итогам проведенного внутреннего контроля;
- предложения по итогам проведенного внутреннего контроля для руководителя учреждения;
- Ф. И. О., должность, подпись ответственного за проведение внутреннего контроля.

Отчеты о проведенном внутреннем контроле предоставляются руководителю учреждения.

Отчеты о проведенном внутреннем контроле по итогам прошедшего года хранятся в учреждении не менее 3 лет.

По результатам проведенного внутреннего контроля в учреждении 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, направление медицинских работников на повышение квалификации (в том числе внеплановое), научно-практические конференции, обеспечение медицинских работников современной медицинской литературой (в том числе через Интернет) и другие;
- дисциплинарные мероприятия - применение дисциплинарных взысканий в соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации и должностными инструкциями работников;
- экономические мероприятия - назначение стимулирующих выплат медицинским работникам;
- мероприятия по совершенствованию материально-технической базы, информатизации учреждения;
- мероприятия по улучшению кадрового потенциала.

Данные мероприятия оформляются в План мероприятий по управлению качеством медицинской помощи.

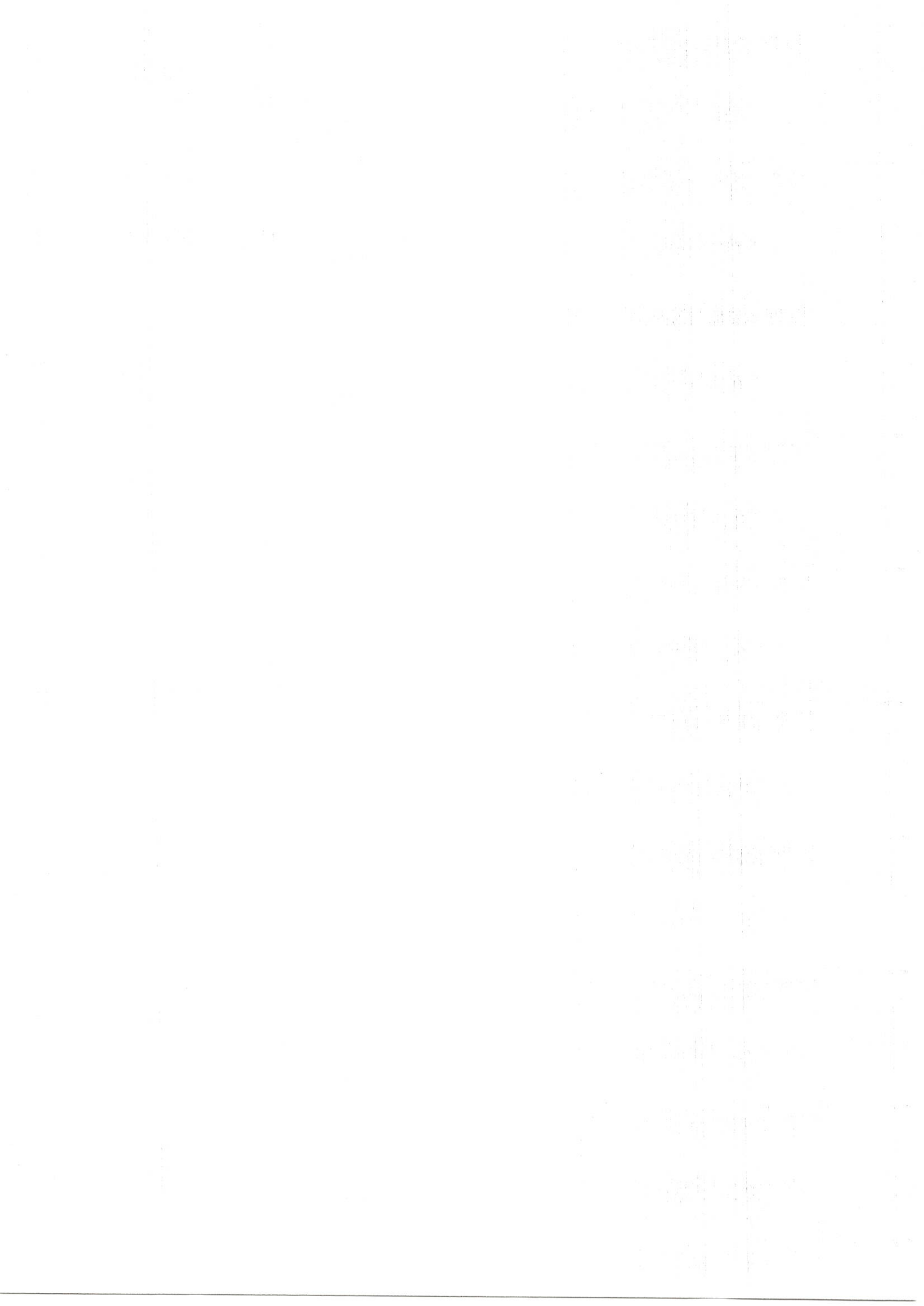
Контроль за реализацией принятых управленческих решений по

результатам внутреннего контроля осуществляется руководителем учреждения.

**ПРИЛОЖЕНИЕ 2.1**

<b>Данные по медицинской организации в целом (предоставляется в МЗ РК)</b>	
<i>Мониторинг оценки качества медицинской помощи</i>	
<i>на основании приказа МЗ РК от 06.11.2015 № 1802</i>	
<i>за декабрь 2015 года</i>	
<i>в ГБУЗ РК.....</i>	
<b>Всего пролеченных пациентов</b>	
<b>Всего законченных случаев</b>	
<b>Всего проверено медицинских карт</b>	
<b>% проверенных медицинских карт (от всего пролеченных пациентов)</b>	
<b>Общая сумма баллов (сумма баллов по всем проверенным зав. отделениями мед картам)</b>	
<b>Средний коэффициент качества МП в абс. показателях (общая сумма баллов / всего проверено мед карт /10), округление - два знака после запятой</b>	
<b>Кол-во случаев с выявленными дефектами (указать число проверенных мед карт по всем отделениям, в которых не набран максимальный балл по соответствующей группе показателей)</b>	
А. Оценка диагностических мероприятий	
Б. Оценка полноты диагноза	
В. Оценка лечебно-профилактических мероприятий	
Г. Преемственность этапов, сроки оказания	
Д. Оформление документации	
<b>Всего выдано листков нетрудоспособности по всем отделениям:</b>	
<b>Оценка порядка выдачи листка нетрудоспособности:</b>	
порядок соблюден, всего, %	
порядок частично соблюден, всего, %	
порядок не соблюден, всего, %	
<b>Основные недостатки в оказании МП (кратко перечислить)</b>	
1.	
2.	
3.	
4.	
<b>Информация о принятых мерах по результату мониторинга:</b>	
<b>Мониторинг подготовлен:</b>	
	ФИО
заместитель главного врача ...	Должность
	Телефон





## ПОЛОЖЕНИЕ О ВНУТРЕННЕМ КОНТРОЛЕ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

### Общие положения.

1. Настоящее положение о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности (далее — внутренний контроль) разработано в соответствии с:

- Федеральным законом от 22 ноября 2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Законом Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей»;
- Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении правил предоставления медицинской организацией платных медицинских услуг»;
- Методическими рекомендациями «Управление качеством медицинской помощи в многопрофильном лечебно-профилактическом учреждении. Методические рекомендации N 2002/92», утв. Минздравом РФ 09.10.2002;
- Приказом Минздравсоцразвития России от 05.05.2012 № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации»;

2. Настоящее положение разработано с целью обеспечения прав граждан на получение медицинской помощи, необходимого объема и надлежащего качества.

3. Основные понятия, используемые в данном положении:

Безопасность медицинской помощи - совокупность характеристик, отражающих безопасность используемых при оказании медицинской помощи медицинских услуг, ресурсов, в т.ч. кадровых и материально-технических, безопасность медицинских изделий, лекарственных средств, а также безопасность условий оказания медицинской помощи.

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.

Законченный случай лечения - комплекс медицинских услуг, оказанных пациенту в медицинской организации с момента обращения до исхода

лечения заболевания или завершения диагностических, профилактических, реабилитационных мероприятий.

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.

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.

Лечащий врач - врач, на которого возложены функции по организации и непосредственному оказанию пациенту медицинской помощи в период наблюдения за ним и его лечения.

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.

Медицинская помощь - комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг. Медицинская услуга - медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение.

Пациент - физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния.

Порядок оказания медицинской помощи - это нормативно-правовой акт, утвержденный Министерством здравоохранения Российской Федерации, который содержит комплекс организационных мероприятий, разработанный по отдельным видам медицинской помощи, профилям, заболеваниям или состояниям (группам заболеваний или состояний), который включает в себя: этапы оказания медицинской помощи; правила организации деятельности медицинской организации (ее структурного подразделения, врача); стандарт оснащения медицинской организации, ее структурных подразделений; рекомендуемые штатные нормативы медицинской организации, ее структурных подразделений; иные положения исходя из особенностей оказания медицинской помощи.

Стандарт медицинской помощи - это нормативно-правовой акт, утвержденный Министерством здравоохранения Российской Федерации, разработанный в соответствии с номенклатурой медицинских услуг, который включает в себя усредненные показатели частоты предоставления и кратности

применения медицинских услуг; зарегистрированных на территории Российской Федерации лекарственных препаратов (с указанием средних доз) в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата и фармакотерапевтической группой по анатомо-терапевтическо-химической классификации, рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения; медицинских изделий, имплантируемых в организм человека; компонентов крови; видов лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания; иного исходя из особенностей заболевания (состояния).

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

4. Целью внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности является обеспечение прав пациентов на получение необходимого объема и надлежащего качества медицинской помощи в соответствии с установленными порядками оказания и стандартами медицинской помощи.

Объектом внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности является медицинская помощь, представляющая собой комплекс профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, безопасность медицинских мероприятий, проводимых по определенным технологиям с целью достижения конечных результатов.

5. Внутренний контроль вводится для решения следующих задач:

- выявления дефектов в организации лечебно-диагностического процесса, факторов, повлекших за собой снижение качества оказания медицинской помощи, и установление причин их возникновения;
- выбора оптимальных управленческих решений и проведение мероприятий, направленных на предупреждение возникновения дефектов в организации и оказании медицинской помощи, повышение эффективности использования ресурсов медицинской организации, в том числе кадровых и материально-технических средств;
- предупреждения, выявления и пресечения нарушений требований безопасности условий труда, требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий и их утилизации (уничтожению);
- обеспечения надлежащего качества медицинской помощи в соответствии с установленными порядками оказания и стандартами медицинской помощи.

6. Система внутреннего контроля включает в себя:

- оценку состояния и использования кадровых и материально-технических ресурсов медицинской организации;
- оценку качества оказания медицинской помощи конкретным пациентам (стационар, поликлиника, дневной стационар) с использованием стандартов медицинской помощи и клинических протоколов;
- оценку качества лабораторно-диагностических исследований;
- выявление дефектов качества медицинской помощи на всех этапах

оказания медицинской помощи;

- оценку соблюдения медицинскими работниками требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий и их уничтожению (утилизации);

- оценку деятельности медицинских работников, участвующих в оказании медицинских услуг;

- определение показателей качества деятельности медицинских организаций;

- разработку мероприятий по повышению качества медицинской помощи. Объемы проведения внутреннего контроля определяются с учетом структуры, мощности отделений, объемов оказываемой медицинской помощи.

Устанавливаются следующие обязательные объемы проведения внутреннего контроля [объемы прописываются самостоятельно главным врачом медицинской организации].

Внутренний контроль осуществляет:

- Заведующий ОСП;
- врачебная комиссия;
- заместители руководителя медицинской организации в соответствии с распределением полномочий и должностными обязанностями;
- руководители структурных подразделений, отделений организации в пределах установленных полномочий, в частности:

- заведующие поликлиник;
- заведующие стационарных отделений по профилям;
- заведующие диагностическими отделениями.

Организация и проведение внутреннего контроля осуществляется в рамках должностных регламентов сотрудников за счет финансовых средств медицинской организации.

Приказом директора учреждения из числа его заместителей назначается работник, ответственный за организацию и проведение внутреннего контроля в медицинской организации.

Для проведения внутреннего контроля могут привлекаться (по согласованию) главные внештатные специалисты Министерства здравоохранения Республики Крым, работники образовательных учреждений высшего и дополнительного профессионального образования, научно-исследовательских институтов, медицинских организаций.

При проведении внутреннего контроля не исключается возможность использования информационно-аналитических систем, отвечающих требованиям о защите персональных данных в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Медицинской организацией обеспечивается прохождение работниками, осуществляющими проведение внутреннего контроля, обучения в рамках программ дополнительного профессионального образования, включающих вопросы обеспечения, управления, контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Ответственность за организацию и состояние внутреннего контроля несет руководитель учреждения.

Результаты внутреннего контроля подлежат обязательному анализу.

По итогам проведенного внутреннего контроля в медицинской организации разрабатываются и реализуются мероприятия по управлению качеством медицинской помощи.

### **Внутренний контроль в части контроля качества медицинской помощи.**

Объектом внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в части контроля качества медицинской деятельности является оценка соблюдения 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, соблюдение правил хранения и применения лекарственных препаратов, расходных материалов, обеспечение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов в соответствии с санитарно-эпидемиологическими нормами и правилами).

Внутренний контроль качества медицинской деятельности осуществляется путем оценки конкретного законченного случая оказания медицинской помощи на основании анализа медицинской документации (медицинской карте стационарного больного, медицинской карте амбулаторного больного и др.), в частности:

- сбора жалоб, анамнеза, данных объективного осмотра;
- диагностических мероприятий;
- оформления и обоснования диагноза;
- лечебно-профилактических мероприятий, медицинской реабилитации;
- мероприятий медицинской экспертизы, медицинского освидетельствования;
- сроков оказания медицинской помощи;
- преемственности оказания медицинской помощи;
- результатов оказания медицинской помощи;
- оформления медицинской документации.

Внутренний контроль качества медицинской помощи, оказанной конкретному пациенту, предусматривает сопоставление ее видов и объемов с утвержденными федеральными стандартами, протоколами ведения больных, другими нормативными, правовыми документами, клиническими рекомендациями, формулярными статьями и другими источниками доказательной медицинской практики, которые, как правило, содержат унифицированный объем диагностических и лечебных мероприятий, а также требования к срокам и результатам лечения при конкретных нозологических формах болезней.

В учреждении осуществляются трехуровневый внутренний контроль качества медицинской деятельности:

- контроль первого уровня;
- контроль второго уровня;
- контроль третьего уровня;

Обязательны случаи проведения внутреннего контроля качества медицинской деятельности при:

- летальных исходах в стационаре;
- летальных исходах на дому;
- сопровождающиеся ятрогенными осложнениями, внутрибольничным инфицированием, нежелательными реакциями на применение лекарственных препаратов, неблагоприятными событиями, связанными с применением, хранением, обработкой, обслуживанием, утилизацией медицинских изделий;
- расхождении заключительного клинического диагноза, установленного в амбулаторных и стационарных условиях;
- жалобах граждан или их законных представителей на доступность и качество оказания медицинской помощи;
- выявлении дефектов оказания медицинской помощи контролирующими органами и организациями.
- заболеваниях с удлинённым или укороченным сроком лечения более чем на 50% от установленного стандартом медицинской помощи;
- расхождении клинического диагноза до и после проведения оперативного вмешательства;

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

Результаты внутреннего контроля качества медицинской деятельности фиксируются в «Карте внутреннего контроля качества медицинской помощи», «Мониторинге оценки качества медицинской помощи в отделении», «Журнале внутреннего контроля качества медицинской помощи».

### **Порядок организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в части контроля качества медицинской деятельности.**

Объектом внутреннего контроля безопасности медицинской деятельности являются условия труда медицинских работников, применение и эксплуатация медицинских изделий, их утилизация (уничтожение), а также соблюдение установленных для медицинских и фармацевтических работников ограничений.

Безопасность медицинской деятельности включает в себя:

- обеспечение безопасности медицинских вмешательств и

медицинских услуг;

- обеспечение безопасного обращения медицинских изделий;
- обеспечение безопасного обращения лекарственных средств;
- обеспечение инфекционной безопасности в медицинской

организации;

- обеспечение безопасного обращения медицинских отходов;
- обеспечение надлежащего уровня подготовки и квалификации

медицинских кадров;

- обеспечение безопасности при обработке персональных данных и работе с конфиденциальной информацией;

- обеспечение безопасных условий оказания медицинской помощи.

В ходе контроля за безопасностью условий труда, применением и эксплуатацией медицинских изделий и их утилизацией (уничтожением) оценивается:

- соблюдение требований трудового законодательства и иных нормативных правовых актов, содержащих нормы трудового права;

- 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, молоком или продуктами, его заменяющими, лечебно-профилактическим питанием;

- 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;

- соблюдение требований к состоянию помещений, в которых располагаются медицинские изделия или проводится их уничтожение (утилизация);

- 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, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации; обязанностей по сообщению сведений, указанных в части 3 статьи 96 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Результаты внутреннего контроля безопасности медицинской деятельности фиксируются в «Карте контроля соблюдения безопасных условий труда, требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий».



## Заключительные положения.

Работникам медицинской организации, ответственными за проведение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, по результатам контроля незамедлительно принимаются меры по пресечению нарушений требований к обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности, установленных законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан, в пределах их полномочий. Информация о принятых мерах доводится до сведения руководителя медицинской организации.

В целях проведения анализа внутреннего контроля администрацией медицинской организации разрабатывается и утверждается план мероприятий по управлению качеством медицинской помощи.

Данный план разрабатывается в целях реализации мероприятий, направленных на оптимизацию организации оказания медицинской помощи и включает в себя следующие мероприятия:

1. Организационные мероприятия - проведение совещаний, инструктажей, издание приказов, инструкций, совершенствование организационных технологий оказания медицинской помощи и др.
2. Образовательные мероприятия - проведение клинических разборов, патологоанатомических конференций, научно-практических конференций, направление медицинских работников на повышение квалификации (в том числе, внеплановое), обеспечение актуальной медицинской литературой, др.
3. Дисциплинарные меры - применение дисциплинарной ответственности в соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации.
4. Административные меры.
5. Мероприятия по совершенствованию материально-технической базы, информатизации медицинской организации.
6. Мероприятия по развитию кадрового потенциала.

**СХЕМА ОРГАНИЗАЦИИ ВНУТРЕННЕГО  
КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ  
МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

№	Уровень контроля	Должность ответственного лица	Предмет контроля	Сроки проведения контроля	Вид отчетности
1	первый	Заведующие отделений, поликлиник	Медицинская документация	ежемесячно	Карта внутреннего контроля качества медицинской помощи, Мониторинг оценки качества медицинской помощи в отделении
2	первый	Инженер по охране труда, главная медицинская сестра	Соблюдение безопасных условий труда, требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий в ОСП	ежемесячно	Карта контроля соблюдения безопасных условий труда, требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий
3	второй	Заведующие ОСП	Мониторинг оценки качества медицинской помощи в отделении	ежеквартально	Журнал внутреннего контроля качества медицинской помощи
4	третий	Заместитель руководителя по медицинской части, заместитель руководителя по клинико-экспертной работе	Внутренний контроль случаев оказания медицинской помощи, сопровождающихся жалобами граждан или их законных представителей на доступность и	по мере необходимости	Протокол заседания врачебной комиссии по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности

## Приложение 5

**Карта внутреннего контроля качества медицинской помощи**  
 (приложение к приказу № 10 от 11.01.2016 года ГБУЗ РК« \_\_\_\_\_ »)  
 Ист. болезни № \_\_\_\_\_ Отделение \_\_\_\_\_ Леч. врач \_\_\_\_\_  
 Дата поступления \_\_\_\_\_ Дата выписки \_\_\_\_\_ к/дней \_\_\_\_\_  
 Ф.И.О. пациента \_\_\_\_\_ Возраст \_\_\_\_\_  
 Клинический диагноз \_\_\_\_\_  
 Осложнение \_\_\_\_\_  
 Сопутствующий диагноз \_\_\_\_\_

№	Показатели	балл	Зав. отд.	Зам. гл. вр.
<b>А</b>	<b>Оценка диагностических мероприятий (ОДМ)</b>	<b>3</b>		
	<b>1. Объем и качество обследование (сбор жалоб, анамнеза, физикальный осмотр, консультац. специалистов, осмотр зав. отделением)</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
	Полный	1		
	Частичный, несвоевременный, избыточный, что не повлияло на исход заболевания	0,5		
	Неполный, несвоевременный, что повлекло за собой ухудшение состояние пациента	0		
	<b>2. Объем лабораторных обследований в соответствии со стандартами</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
	Полный	1		
	Неполный, что не повлияло на исход заб., избыточный	0,5		
	Нет интерпретации лабораторных данных лечащим врачом, не выполнены контрольные анализы при выписке при имеющихся изменениях	0		
	<b>3. Объем инструментальных обследований в соответствии со стандартами</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
	Полный	1		
	Частичный, несвоевременный, избыточный	0,5		
	Не выполнен	0		
<b>Б</b>	<b>4. Оценка полноты диагноза (ОПД)</b>	<b>2</b>		
	<b>1. Диагноз поставлен в соответствии с правилами классификации (фаза, стадия процесса, локализация, нарушение функции, сопутствующие заб. осложнения)</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
	Правильно	1		

	Не полностью сформулирован, нарушена структура диагноза, не отмечены сопутствующие заболевания	0,5		
	Не соответствует клинике, расхождение с патологоанатомическим диагнозом	0		
	<b>5. Обоснование диагноза</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
	Полное, по данным клинических исследований	1		
	Частично обоснован, нет плана ведения пациента, нет этапных эпикризов, неинформативные записи, нет осмотра зав. отделением	0,5		
	Не обоснован	0		
<b>В</b>	<b>6. Оценка лечебно-профилактических мероприятий (ОЛПМ)</b>	<b>4</b>		
	<b>1. Адекватность лечения по диагнозу</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
	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		
	<b>7. Сроки лечения</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
	Соответствуют стандартам	1		
	Необоснованно длительное лечение, длительный предоперац. период, более 25% от стандарта	0,5		
	Ранняя необоснованная выписка	0		
	<b>8. Эффективность лечения (достижение результата)</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
	Достигнута (выздоровление, компенсация хр. процесса)	1		
	Частично достигнута	0,5		
	Не достигнута, не обоснованное пребывание в стационаре / направлен в стационар	0		
<b>Г'</b>	<b>9. Преемственность этапов, сроки</b>	<b>0,5</b>		
	Соблюдена/ы	0,5		
	Частично соблюдена/ы	0,25		
	Не соблюдена/ы	0		
<b>Д</b>	<b>10. Оформление мед. документации</b>	<b>0,5</b>		
	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		
	<b>Сумма набранных баллов (маx 10)</b>			
	<b>Коэффициент качества медицинской помощи (сумма баллов/10)</b>			
<i>Дополнительно при наличии и листка нетрудоспособности (ЛН)</i>				
<i>Порядок выдачи ЛН (поставить «галочку»)</i>				
<b>соблюден</b>		<b>частично соблюден</b>		<b>не соблюден</b>

Выявленные недостатки в оказании медицинской помощи:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Дата проведения: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

Подпись: \_\_\_\_\_ ФИО: \_\_\_\_\_

## Приложение 6.1

### Критерии оценки качества медицинской помощи больным туберкулезом, подтвержденном бактериологически или гистологически (взрослые) (код по МКБ-10: A15)

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (общий билирубин, аспартатаминотрансфераза, аланинаминотрансфераза, креатинин)	Да/Нет
2.	Выполнен забор мокроты и/или другого биологического материала (бронхоальвеолярной лаважной жидкости, промывных вод бронхов, плевральной жидкости, биоптата бронхо-легочной ткани) для микробиологического (культурального) и микроскопического и молекулярно-генетического исследования до начала курса химиотерапии	Да/Нет
3.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование мокроты и/или другого биологического материала (бронхоальвеолярной лаважной жидкости, промывных вод бронхов, плевральной жидкости, биоптата бронхо-легочной ткани), собранного до начала курса химиотерапии, на жидких питательных средах на микобактерии туберкулеза ( <i>Mycobacterium tuberculosis complex</i> ) с идентификацией возбудителя и определением чувствительности возбудителя к противотуберкулезным лекарственным препаратам первого и второго ряда	Да/Нет
4.	Выполнено микроскопическое исследование мокроты и/или другого биологического материала (бронхоальвеолярной лаважной жидкости, промывных вод бронхов, плевральной жидкости, биоптата бронхо-легочной ткани) на микобактерии ( <i>Mycobacterium spp.</i> ) до начала курса химиотерапии	Да/Нет
5.	Выполнено определение ДНК <i>Mycobacterium tuberculosis complex</i> в мокроте и/или другом биологическом материале (бронхоальвеолярной лаважной жидкости, промывных водах бронхов, плевральной жидкости, биоптате бронхо-легочной ткани) методом полимеразной цепной реакции с идентификацией возбудителя и определением мутации, ассоциированной с лекарственной устойчивостью как минимум к рифампицину до начала курса химиотерапии	Да/Нет
6.	Проведена химиотерапия по режиму 1 (при лекарственной чувствительности возбудителя)	Да/Нет
7.	Проведена химиотерапия по режиму 2 (при монорезистентности к изониазиду или полирезистентности)	Да/Нет
8.	Проведена химиотерапия по режиму 4 (при множественной лекарственной устойчивости микобактерии и чувствительности к лекарственным препаратам группы фторхинолонов)	Да/Нет
9.	Проведена химиотерапия по режиму 5 (при множественной лекарственной устойчивости микобактерии и резистентности к лекарственным препаратам группы фторхинолонов)	Да/Нет
10.	Выполнен непосредственный контроль медицинским персоналом за приемом не менее 80% назначенных суточных доз противотуберкулезных лекарственных препаратов	Да/Нет
11.	Выполнено повторное микробиологическое (культуральное) исследование мокроты на плотных или жидких питательных средах на микобактерии туберкулеза ( <i>Mycobacterium tuberculosis complex</i> ) не реже 1 раза в месяц (в интенсивной фазе лечения)	Да/Нет
12.	Выполнено повторное микроскопическое исследование мокроты на микобактерии ( <i>Mycobacterium spp.</i> ) не реже 1 раза в месяц (в интенсивной фазе лечения)	Да/Нет
13.	Отсутствие нарастания спектра лекарственной устойчивости возбудителя при повторном обследовании микробиологическим (культуральным) и/или молекулярно-генетическим методом в период госпитализации	Да/Нет

## Приложение 6.2

### Критерии оценки качества медицинской помощи больным туберкулезом, не подтвержденным бактериологически или гистологически (взрослые) (код по МКБ-10: А16)

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (общий билирубин, аспаратаминотрансфераза, аланинаминотрансфераза, креатинин)	Да/Нет
2.	Выполнена внутрикожная проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным в стандартном разведении	Да/Нет
3.	Выполнен забор мокроты и/или другого биологического материала (бронхоальвеолярной лаважной жидкости, промывных вод бронхов, плевральной жидкости, биоптата бронхо-легочной ткани) для микробиологического (культурального), микроскопического, молекулярно-генетического исследования до начала курса химиотерапии	Да/Нет
4.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование мокроты и/или другого биологического материала (бронхоальвеолярной лаважной жидкости, промывных вод бронхов, плевральной жидкости, биоптата бронхо-легочной ткани), собранного до начала курса химиотерапии, на жидких питательных средах на микобактерии туберкулеза ( <i>Mycobacterium tuberculosis complex</i> )	Да/Нет
5.	Выполнено микроскопическое исследование мокроты и/или другого биологического материала (бронхоальвеолярной лаважной жидкости, промывных вод бронхов, плевральной жидкости, биоптата бронхо-легочной ткани) на микобактерии ( <i>Mycobacterium spp.</i> ) до начала курса химиотерапии	Да/Нет
6.	Выполнено определение ДНК <i>Mycobacterium tuberculosis complex</i> в мокроте и/или другом биологическом материале (бронхоальвеолярной лаважной жидкости, промывных водах бронхов, плевральной жидкости, биоптате бронхо-легочной ткани) методом полимеразной цепной реакции до начала курса химиотерапии	Да/Нет
7.	Проведена химиотерапия по режиму 3 (при предполагаемой лекарственной чувствительности возбудителя)	Да/Нет
8.	Проведена химиотерапия по режиму 4 (при предполагаемой множественной лекарственной устойчивости)	Да/Нет
9.	Проведена химиотерапия по режиму 5 (при предполагаемой широкой лекарственной устойчивости)	Да/Нет
10.	Выполнен непосредственный контроль медицинским персоналом за приемом не менее 80% назначенных суточных доз противотуберкулезных лекарственных препаратов	Да/Нет
11.	Выполнено повторное микробиологическое (культуральное) исследование мокроты на плотных и жидких питательных средах на микобактерии туберкулеза ( <i>Mycobacterium tuberculosis complex</i> ) не реже 1 раза в месяц (в интенсивной фазе лечения)	Да/Нет
12.	Выполнено повторное микроскопическое исследование мокроты на микобактерии ( <i>Mycobacterium spp.</i> ) не реже 1 раза в месяц (в интенсивной фазе лечения)	Да/Нет
13.	Отсутствие появления бактериовыделения при повторном обследовании микробиологическим (культуральным) и/или микроскопическим методом в период госпитализации	Да/Нет

**Критерии оценки качества медицинской помощи больным туберкулезом (дети) (коды по МКБ-10: A15; A16)**

N п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/Нет
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (общий билирубин, аспаратаминотрансфераза, аланинаминотрансфераза)	Да/Нет
3.	Выполнен анализ мочи общий	Да/Нет
4.	Выполнена проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным	Да/Нет
5.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки и/или компьютерная томография органов грудной клетки	Да/Нет
6.	Выполнен забор мокроты и/или другого биологического материала (бронхоальвеолярной лаважной жидкости, промывных вод бронхов или желудка, плевральной жидкости, ликвора, отделяемого из свищей, биоптата измененных тканей) для бактериологических исследований до начала химиотерапии	Да/Нет
7.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование мокроты и/или другого биологического материала (бронхоальвеолярной лаважной жидкости, промывных вод бронхов или желудка, плевральной жидкости, ликвора, отделяемого из свищей, биоптата измененных тканей) на плотных и жидких питательных средах на микобактерии туберкулеза ( <i>Mycobacterium tuberculosis complex</i> ) с идентификацией возбудителя и определением чувствительности возбудителя к противотуберкулезным лекарственным препаратам первого и второго ряда (при наличии бактериовыделения)	Да/Нет
8.	Выполнено микробиологическое (культуральное) исследование мокроты и/или другого биологического материала (бронхоальвеолярной лаважной жидкости, промывных вод бронхов или желудка, плевральной жидкости, ликвора, отделяемого из свищей, биоптата измененных тканей) на плотных и/или жидких питательных средах на микобактерии туберкулеза ( <i>Mycobacterium tuberculosis complex</i> ) (при отсутствии бактериовыделения)	Да/Нет
9.	Выполнено микроскопическое исследование мокроты и/или другого биологического материала (бронхоальвеолярной лаважной жидкости, промывных вод бронхов или желудка, плевральной жидкости, ликвора, отделяемого из свищей, биоптата измененных тканей) на микобактерии ( <i>Mycobacterium spp.</i> )	Да/Нет
10.	Выполнено определение ДНК <i>Mycobacterium tuberculosis complex</i> в мокроте и/или другом биологическом материале (бронхоальвеолярной лаважной жидкости, промывных вод бронхов или желудка, плевральной жидкости, ликвора, отделяемого из свищей, биоптата измененных тканей) методом полимеразной цепной реакции с идентификацией возбудителя и определением мутации, ассоциированной с лекарственной устойчивостью к рифампицину (при наличии бактериовыделения)	Да/Нет
11.	Выполнено определение ДНК <i>Mycobacterium tuberculosis complex</i> в мокроте и/или другом биологическом материале (бронхоальвеолярной лаважной жидкости, промывных вод бронхов или желудка, плевральной жидкости, ликвора, отделяемого из свищей, биоптата измененных тканей) методом полимеразной цепной реакции с идентификацией (при отсутствии бактериовыделения)	Да/Нет



12.	Проведена химиотерапия по режиму 1 (при наличии бактериовыделения и при лекарственной чувствительности возбудителя)	Да/Нет
13.	Проведена химиотерапия по режиму 2 (при наличии бактериовыделения и при монорезистентности к изониазиду или полирезистентности)	Да/Нет
14.	Проведена химиотерапия по режиму 3 (при отсутствии бактериовыделения и при предполагаемой лекарственной чувствительности возбудителя)	Да/Нет
15.	Проведена химиотерапия по режиму 4 (при определяемой и предполагаемой множественной лекарственной устойчивости микобактерии (к изониазиду и рифампицину или рифампицину и чувствительности к лекарственным препаратам группы фторхинолонов)	Да/Нет
16.	Проведена химиотерапия по режиму 5 (при наличии бактериовыделения и при множественной лекарственной устойчивости микобактерии и резистентности к лекарственным препаратам группы фторхинолонов)	Да/Нет
17.	Выполнен непосредственный контроль медицинским персоналом за приемом всех суточных доз противотуберкулезных лекарственных препаратов	Да/Нет
18.	Выполнено повторное микробиологическое (культуральное) исследование мокроты и/или другого биологического материала (бронхоальвеолярной лаважной жидкости, промывных вод бронхов или желудка, плевральной жидкости, ликвора, отделяемого из свищей, биоптата измененных тканей) на плотных или жидких питательных средах на микобактерии туберкулеза ( <i>Mycobacterium tuberculosis complex</i> ) не реже 1 раз в месяц (в интенсивной фазе лечения)	Да/Нет
19.	Выполнено повторное микроскопическое исследование мокроты на микобактерии ( <i>Mycobacterium spp.</i> ) не реже 1 раза в месяц (в интенсивной фазе лечения)	Да/Нет
20.	Выполнено повторный анализ крови биохимический общетерапевтический (общий билирубин, аспартатаминотрансфераза, аланинаминотрансфераза) не реже 1 раза в месяц	Да/Нет
21.	Выполнена повторная рентгенография органов грудной клетки и/или компьютерная томография органов грудной клетки не позднее 2 месяца от момента начала химиотерапии	Да/Нет
22.	Отсутствие появления бактериовыделения при повторном обследовании микробиологическим (культуральным) и/или микроскопическим методом в период госпитализации (при отсутствии бактериовыделения)	Да/Нет
23.	Отсутствие появления бактериовыделения при повторном обследовании микробиологическим (культуральным) и/или микроскопическим методом в период госпитализации (при наличии бактериовыделения)	Да/Нет

**1 уровень внутреннего контроля (данные по конкретному отделению)**

<i>Мониторинг оценки качества медицинской помощи в отделении</i>	
НАЗВАНИЕ ОТДЕЛЕНИЯ	
с 01.12 по 31.12.2015	
Всего пролеченно пациентов	
Всего проверено медицинских карт на 1 уровне контроля	
% проверенных медицинских карт (от всего пролеченных пациентов)	
Общая сумма баллов по всем проверенным медицинским картам	
Средний коэффициент качества МП в абс. показателях (общая сумма баллов (всего проверено мед. карт / 10), округление - два знака после запятой)	
Кол-во случаев с выявленными дефектами (указать число проверенных мед карт, в которых не набран максимальный балл по соответствующей группе показателей)	
А. Оценка диагностических мероприятий	
Б. Оценка полноты диагноза	
В. Оценка лечебно-профилактических мероприятий	
Г. Преемственность этапов, сроки оказания	
Д. Оформление документации	
Всего выдано листков нетрудоспособности:	
Оценка порядка выдачи листка нетрудоспособности:	
порядок соблюден, всего, %	
порядок частично соблюден, всего, %	
порядок не соблюден, всего, %	
Основные недостатки в оказании МП (кратко перечислить)	
1.	
2.	
3.	
4.	
<b>Информация о принятых мерах по результату мониторинга:</b>	
<b>Мониторинг подготовлен:</b>	
	ФИО
заведующий отделением	Должность
	Телефон

Журнал  
внутреннего контроля качества  
медицинской помощи

Начат: \_\_\_\_\_  
Окончен: \_\_\_\_\_

№ п/п	Проверяемый период (месяц), дата	Структурное подразделение	Число пролеченных пациентов	Число законченных случаев	Кол-во проверенных мед. карт	Общая сумма баллов по проверенным мед. картам	Количество случаев оказания медицинской помощи (кол-во проверенных мед. карт) с выявленными дефектами оказания медицинской помощи (не максимальный балл по соответствующей группе)					Средний коэффициент качества
							А. Оценка диагностических мероприятий	Б. Оценка полноты диагноза	В. Оценка лечебно-профилактических мероприятий	Г. Преемственность этапов, сроки оказания	Д. Оформление мед. документации	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Принятые управленческие решения по результатам внутреннего контроля II уровня

---



---



---



---

**ИНСТРУКЦИЯ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ФОРМЫ  
«ЖУРНАЛ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ»**

При заполнении данного журнала *используются данные из «Мониторинг оценки качества медицинской помощи в отделении»*, который составляется каждым заведующим отделением по итогу месяца по всем проверенным им медицинским картам.

В случае, если лицо, исполняющее II уровень контроля, проводит самостоятельную оценку медицинских карт, не оцененных заведующим отделением, заносятся цифры, увеличенные на сумму проверенных медицинских карт и выявленных дефектов.

В случае, если лицо, исполняющее II уровень контроля при самостоятельной проверки медицинской карты, ранее проверенной заведующим отделением, ставит баллы оценки ниже, учитываются более низкие.

**В графе 1** «№ п/п» указывается порядковый номер внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Нумерация обнуляется с началом каждого календарного года.

**В графе 2** «Проверяемый период (месяц), дата» указывается проверяемый месяц и дата проведения контроля качества в формате: чч/мм/гг.

**В графе 3** «Структурное подразделение» указывается наименование структурного подразделения медицинского учреждения (отделение).

**В графе 4** «Число пролеченных пациентов» указывается количество лиц, которым предоставлена медицинская помощь в анализируемом периоде (период указан в графе 2).

**В графе 5** «Число законченных случаев» указывается количество законченных случаев лечения в анализируемом периоде (период указан в графе 2).

**В графе 6** «Количество проверенных медицинских карт» указывается абсолютное число случаев оказания медицинской помощи, подвергнутых внутреннему контролю качества и процент от общего числа пролеченных больных, указанных в графе 4.

**В графе 7** указывается общая сумма баллов, посчитанных по всем проверенным медицинским картам.

**В графе 8** указываются дефекты, допущенные при проведении диагностических мероприятий, в том числе при сборе жалоб, анамнеза, объективном осмотре (цифра из «Мониторинг оценки качества медицинской помощи в отделении» из строчки).

**В графе 9** указываются дефекты, допущенные при постановке, формулировке, обосновании диагноза.

**В графе 10** указываются дефекты, допущенные при проведении лечебно-профилактических мероприятий, в том числе, при проведении оперативных вмешательств, оказания анестезиологического пособия, реанимационных мероприятий.

**В графе 11** указываются дефекты по срокам оказания, преемственности и этапности оказания медицинской помощи.

**В графе 12** указывается оценка оформления медицинской документации.

**В графе 13** дается итоговая средняя оценка качества медицинской помощи с указанием общего среднего балла по отделению:

- 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 0,5-0,3.

**Карта контроля соблюдения безопасных условий труда,  
требований по безопасному применению и эксплуатации  
медицинских изделий**

1. Медицинская организация \_\_\_\_\_  
 2. Отделение \_\_\_\_\_  
 3. Зав. отделением \_\_\_\_\_

	Баллы	Коэффициент качества
<b>1. Соблюдение требований охраны труда</b>		
1.1. соответствует	1	
1.2. соответствует не в полном объеме	0,5	
1.3. не соответствует	0	
<b>2. Соблюдение требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий и их утилизации:</b>		
2.1. соответствует	1	
2.2. соответствует не в полном объеме	0,5	
2.3. не соответствует	0	
<b>3. Обучение работников безопасным методам и приемам применения и эксплуатации медицинских изделий:</b>		
3.1. проведено в соответствии с графиком обучения	1	
3.2. проводится, но график обучения не соблюдается	0,5	
3.3 обучение не проводится, график обучения отсутствует	0	

<b>4. Состояние помещений, в которых хранятся лекарственные препараты, медицинские изделия или проводится их уничтожение (утилизация):</b>		
4.1. соответствует нормативным требованиям	1	
4.2. соответствует нормативным требованиям не в полном объеме	0,5	
4.3. не соответствует нормативным требованиям	0	
<b>5. Соблюдение требований по безопасности использования медицинских изделий, предусмотренных документацией производителя:</b>		
5.1. соответствует требованиям	1	
5.2. соответствует требованиям не в полном объеме	0,5	
5.3. не соответствует требованиям	0	
<b>6. Соблюдение требований к утилизации (уничтожению) медицинских изделий, предусмотренных технической и эксплуатационной документацией производителя:</b>		
6.1. соответствует требованиям	1	
6.2. соответствует требованиям не в полном объеме	0,5	
6.3. не соответствует требованиям	0	
<b>7. Выполнение правил в сфере обращения медицинских изделий:</b>		
7.1. соответствует требованиям	1	
7.2. соответствует требованиям не в полном объеме	0,5	
7.3. не соответствует требованиям	0	

<b>8. Информирование о побочных действиях, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия, о нежелательных реакциях при его применении, об особенностях взаимодействия медицинских изделий между собой, о фактах и об обстоятельствах, создающих угрозу жизни и здоровью граждан, медицинских работников при применении и эксплуатации медицинских изделий:</b>		
8.1. информирование своевременно, в полном объеме	<b>1</b>	
8.2. информирование своевременно, не в полном объеме	<b>0,5</b>	
8.3. информирование отсутствует	<b>0</b>	
<b>ИТОГО:</b>		
<b>КОЭФФИЦИЕНТ КАЧЕСТВА</b>		
<b>ХОРОШО</b>	<b>1-0,8</b>	
<b>УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО</b>	<b>0,7-0,6</b>	
<b>НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО</b>	<b>0,5-0</b>	

**Внутренний контроль безопасности медицинской деятельности проводил:**

**С результатами внутреннего контроля безопасности медицинской деятельности ознакомлен:**

Должность

дата

Ф. И. О., подпись

Должность

дата

Ф. И. О., подпись



## ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ ОБРАЩЕНИЙ ГРАЖДАН

Рассмотрение обращений граждан в проводится согласно Федеральному закону от 02.05.2006 № 59 «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации».

Обращения граждан могут поступать в медицинскую организацию в устной форме, письменной форме или по электронной почте.

Граждане (заявители) могут обращаться с жалобами, заявлениями или предложениями по вопросам организации и оказания медицинской помощи к руководителю учреждения, его заместителю или руководителю структурного подразделения (зав. отделения) лично или через своего законного представителя.

Рассмотрение обращений граждан осуществляется бесплатно.

В целях реализации прав граждан на обращение в медицинской организации обеспечивается:

- информирование граждан об их праве на обращение;
- регистрация и учет 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.

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 медицинской организации, к которым могут обратиться граждане в случае возникновения претензий при оказании медицинской помощи;
- об адресах электронной почты и интернет-сайта;
- о графике личного приема граждан руководителем медицинской организации;
- об адресах и телефонах контролирующих органов, в т.ч. телефонов «горячих линий».

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

Делопроизводство по обращениям граждан ведется в медицинской организации отдельно от других видов делопроизводства. Ответственность за ведение делопроизводства по обращениям граждан определяется

соответствующим приказом главного врача.

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

Срок хранения материалов ответа по обращениям граждан составляет 5 лет с даты регистрации обращения.

Учет обращений, поступивших в письменной форме или по электронной почте, ведется в «Журнале регистрации обращений граждан».

Учету подлежат все обращения, поступающие в медицинскую организацию в письменной форме или по электронной почте, в том числе обращения, зафиксированные в книгах жалоб и предложений (при их наличии) или направленные из других органов или организаций.

Все поступившие обращения граждан подлежат рассмотрению, за исключением анонимных обращений (обращений, не содержащих фамилии и адреса заявителя). Решение о направлении обращения на рассмотрение к конкретному работнику медицинской организации принимает руководитель в форме письменного поручения или приказа в срок, не превышающий трех дней с даты регистрации обращения.

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

Работник медицинской организации, получивший поручение руководителя о рассмотрении обращения, обязан обеспечить объективное, всестороннее и своевременное рассмотрение обращения.

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

Работник медицинской организации, получивший поручение руководителя о рассмотрении обращения, несет ответственность за объективное, всестороннее и своевременное рассмотрение обращения в соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации и должностной инструкцией.

При работе с обращениями граждан необходимо руководствоваться нормами законодательства о защите персональных данных и понятием «врачебная тайна».

Письменные обращения, содержащие вопросы, решение которых не входит в компетенцию медицинской организации, в течение семи дней с даты их регистрации направляются с сопроводительным письмом в соответствующий орган или организацию, в компетенцию которых входит решение поставленных в обращении вопросов, с одновременным уведомлением заявителя о переадресации обращения.

В случае, если обращение одного и того же заявителя по тем же

основаниям было рассмотрено медицинской организацией ранее, и во вновь поступившем обращении отсутствуют основания для пересмотра ранее принятых решений, руководитель медицинской организации вправе принять решение об оставлении обращения без рассмотрения по существу, уведомив об этом заявителя.

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 медицинской организации и подписываются руководителем. В случае подтверждения фактов, изложенных в жалобе, в ответе указываются меры, принятые к виновным работникам.

В случае, если обращение поступило в медицинскую организацию в письменной форме, ответ направляется на почтовый адрес, указанный в обращении. В случае если обращение поступило по электронной почте, ответ на обращение направляется на адрес электронной почты, указанный в обращении.

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.

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 приема, о чем делается запись в журнале личного приема граждан.

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

Личный прием граждан руководитель медицинской организации проводит с периодичностью не реже 1 раза в неделю. При этом место, дни, часы личного приема граждан устанавливаются руководителем медицинской организации. Информация о личном приеме граждан фиксируется в журнале личного приема граждан.

Ответственным лицом за ведение журнала регистрации обращений граждан, за проведение личного приема руководителя, по проведению анализа поступивших обращений, сроки сдачи руководителю медицинской организации обобщенного анализа таких обращений ( ежеквартально и по итогам года) (Приложение 10.1) по приказу руководителя медицинской организации назначается секретарь руководителя.

Анализ обращений граждан проводится один раз в квартал. Результаты анализа обращений граждан предоставляются руководителю.

В Министерство здравоохранения Республики Крым предоставляется сводный отчет по обращениям граждан, в том числе, личный приём граждан, один раз в полгода в срок до 20 числа месяца, следующего за отчетным периодом.

**ЖУРНАЛ**  
**регистрации обращений граждан**

---

(Полное наименование лечебного учреждения)

Начат: «\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.  
Окончен: «\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

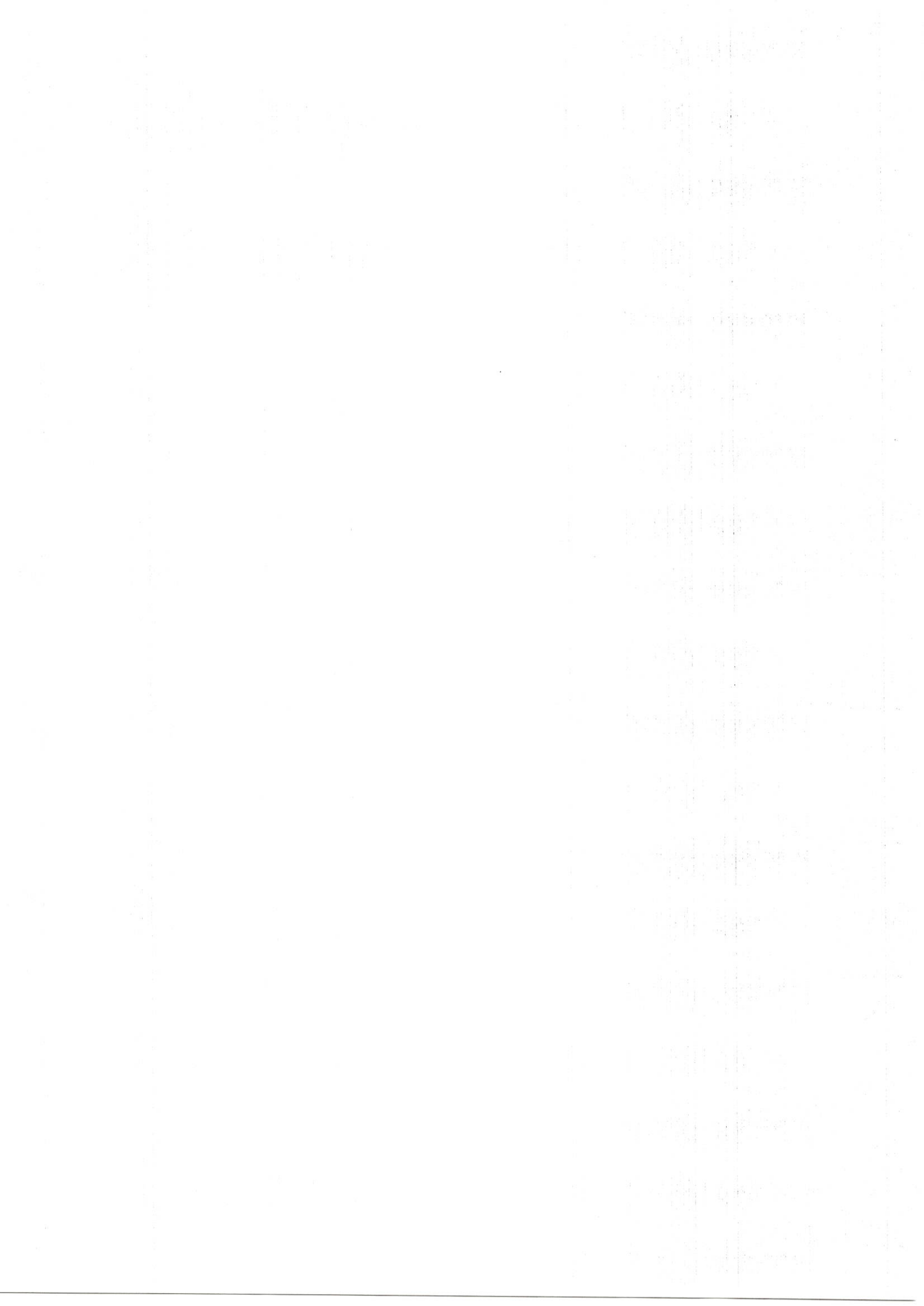
Ответственный: \_\_\_\_\_

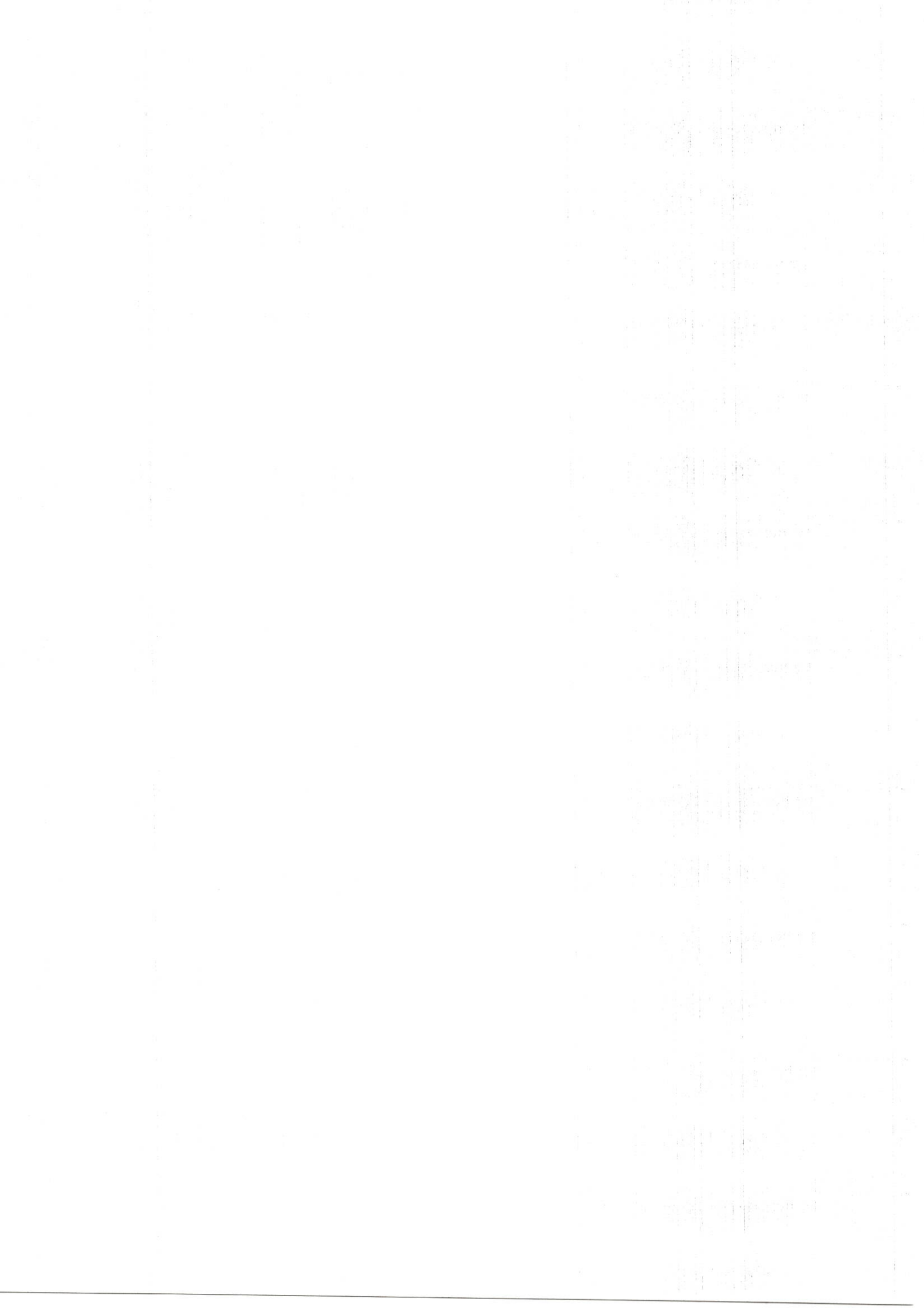
Левая сторона

№ п/п	Фамилия, имя отчество заявителя	№ моб. телефона (+7-978-XXX-XX-XX); адрес электронной почты	Адрес места жительства пациента	Наименование организации, направившей обращение	Дата обращения	Дата регистрации обращения	Регистрационный номер обращения
1	2	3	4	5	6	7	8

Правая сторона

Фамилия, имя, отчество работника, его должность, осуществляющего рассмотрение обращения	Краткое содержание (повод) обращения	Результат рассмотрения обращения	Дата регистрации ответа на обращение	Регистрационный номер ответа на обращение	Подпись работника осуществляющего рассмотрение обращения
1	2	3	4	5	6





**ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ ПО ВНУТРЕННЕМУ  
КОНТРОЛЮ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ  
МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

Наименование учреждения \_\_\_\_\_

Адрес учреждения \_\_\_\_\_

**ПОВЕСТКА:**

**1. Комиссия в составе:**

Председатель \_\_\_\_\_  
(руководитель врачебной комиссии или его заместитель)

Члены \_\_\_\_\_

Приглашенные \_\_\_\_\_  
(специалисты, представляющие материалы на комиссию, эксперты)

Секретарь комиссии \_\_\_\_\_

**В присутствии:**

Проверяемые лица \_\_\_\_\_

Руководители \_\_\_\_\_

**2. Перечень рассмотренных вопросов:**

Представлены материалы \_\_\_\_\_  
(результаты служебного расследования, медицинская документация, объяснительные медицинского персонала, акты проверок, приказы и т.д.)

Комиссии решила: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (обоснование принятого решения)

**3. Результаты голосования:** \_\_\_\_\_

Председатель комиссии: \_\_\_\_\_  
(подпись, расшифровка подписи)

Члены комиссии: \_\_\_\_\_  
(подпись, расшифровка подписи)

\_\_\_\_\_ (подпись, расшифровка подписи)

\_\_\_\_\_ (подпись, расшифровка подписи)

\_\_\_\_\_ (подпись, расшифровка подписи)



# ПРИЛОЖЕНИЕ 10.1

## Сводный отчет по работе с обращениями граждан в ГБУЗ РК

за \_\_\_\_\_ [название учреждение] \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

Всего зафиксированных обращений граждан	
из них:	
обоснованных	
личный прием	
Основные темы обращений граждан:	
Предпринятые меры реагирования на отдельные обращения граждан:	

Отчет составил:

\_\_\_\_\_ должность \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_ Ф. И. О., подпись

Контактный телефон: \_\_\_\_\_

*Отчет предоставляется в Министерство здравоохранения Республики Крым по итогам полугодия в срок до 20 числа месяца, следующего за отчетным периодом.*

**ПОЛОЖЕНИЕ  
О ПРОВЕДЕНИИ АНКЕТИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ**

1. Положение о проведении анкетирования в разработано в целях учета мнения пациентов об уровне оказания медицинской помощи.

2. Предмет анкетирования - удовлетворенность пациентов медицинской помощью. Под удовлетворенностью понимается степень реализации потребности и ожиданий пациента в отношении полученной медицинской помощи в медицинской организации.

3. Проведение анкетирования осуществляется ежеквартально.

Анкетный опрос пациентов проводится ежеквартально в первые 3-5 дней месяца, следующего за отчетным кварталом, во всех отделениях медицинской организации, участвующих в оказании медицинских услуг пациентам.

4. Исследование выборочное. Объем выборочной совокупности составляет не менее 50 случайно отобранных респондентов при каждом опросе (для обеспечения выборочной совокупности, составляющей малую статистическую группу). Респондентами являются лица, получающие медицинскую помощь.

Во избежание однотипных ответов, лица, привлекаемые к анкетному опросу, должны находиться в разных стационарных отделениях или иметь разных лечащих врачей.

5. Анкеты предлагают выписывающимся стационарным больным и амбулаторным пациентам, решившим проблему, послужившую причиной обращения («законченный случай»).

6. Заполнение анкет для изучения удовлетворенности пациентов медицинской помощью в медицинской организации осуществляется на добровольной основе всеми желающими пациентами медицинской организации.

7. Респондентам должна быть гарантирована анонимность анкетирования: заполнение анкет в специально отведенном помещении, самостоятельное опускание анкеты в закрытый ящик, проведение опроса с помощью сотрудников медицинской организации, не участвующих в оказании медицинской помощи анкетлируемому лицу.

8. Формулировки вопросов в анкете должны быть четкими и доступными для понимания лицам без медицинского образования.

9. Сводный отчет о результатах проведенного анкетирования в целом по медицинской организации предоставляется в Министерство здравоохранения Республики Крым один раз в полгода в срок до 20 числа месяца, следующего за отчетным периодом (Приложение 11.1).

## АНКЕТА

анализа удовлетворенности качеством предоставления медицинских услуг  
в условиях стационара

Удовлетворены ли Вы:

		Удовлетворен	Частично	Не удовлетворен (указать чем)
1	Оснащенностью материально-бытовым оборудованием (пандусы, поручни, лифты, мебель др.)?			
2	Состоянием помещений стационара (потолки, стены, напольное покрытие, окна, проводка, сантехника)			
3	Условиями содержания в стационаре (наличие доступа к туалету, питьевой воде, качеством уборки помещений, качеством постельного белья, освещенность, температурный режим, режим тишины)?			
4	Питанием в стационаре			
5	Пребывания и обслуживанием в приемном отделении			
6	Информационным обеспечением (информационные стенды, сайт)			
7	Отношением медицинского персонала (вежливость, внимательность, ответы на вопросы по лечению)			

8. Сколько времени Вы ожидали предоставления медицинской помощи, в том числе оформление на госпитализацию, в приемном отделении?

До 30 мин.	От 30 мин. до 1 часа	Свыше 1 часа

9. Была ли у Вас необходимость приобретения лекарственных препаратов, необходимых для лечения, за свои денежные средства?

Да, в качестве лучшей альтернативы	Да, т.к. необходимых лекарственных средств не было в наличии	Нет, нужные лекарства предоставлялись бесплатно	Не возникло необходимости приема лекарственных средств

10. Была ли у Вас необходимость во время пребывания в медицинском учреждении, дополнительного проведения диагностического исследования за свои денежные средства?

Да

Нет

Если да, указать какого именно \_\_\_\_\_  
11. Приходилось ли Вам благодарить (деньгами, подарками) медицинский персонал во время пребывания в стационаре?

Да

Нет

12. Кто был инициатором благодарения

Я сам(а)	Медицинский персонал	Мне подсказали

Дата заполнения анкеты « \_\_\_\_ » « \_\_\_\_\_ » 201\_\_ г.

Благодарим Вас за участие в опросе!

**АНКЕТА**  
**анализа удовлетворенности качеством предоставления медицинских услуг**  
**в условиях амбулатории**

1) Срок ожидания приема у врача составил:

Меньше 30 мин.	Больше 30 мин.	Больше 1 часа	Больше 2-х часов
----------------	----------------	---------------	------------------

2) Срок ожидания направления на лабораторные исследования составил:

Меньше 5 дней	5 дней	7 дней	8-10 дней
---------------	--------	--------	-----------

3) Срок ожидания направления на диагностические исследования (МРТ, КТ, др.) составил, дней:

До 15	15	От 16 до 20	От 21 до 30	От 31 до 60	Больше 60
-------	----	-------------	-------------	-------------	-----------

4) Удовлетворены ли Вы работой регистратуры (вежливость персонала, скорость обработки информации)?

Удовлетворен	Частично удовлетворен	Не удовлетворен
--------------	-----------------------	-----------------

5) Удовлетворены ли Вы условиями ожидания приема (наличие мест для сидения, доступность туалета, доступность питьевой воды, чистота помещения)?

Удовлетворен	Частично удовлетворен	Не удовлетворен
--------------	-----------------------	-----------------

6) Удовлетворены ли Вы информационным обеспечением (информационные стенды сайт) в данном учреждении?

Удовлетворен	Частично удовлетворен	Не удовлетворен
--------------	-----------------------	-----------------

7) Удовлетворены ли Вы обслуживанием участкового фтизиатра (вежливость, внимательность, предоставление рекомендаций по лечению, разъяснение информации о состоянии здоровья)?

Удовлетворен	Частично удовлетворен	Не удовлетворен
--------------	-----------------------	-----------------

8) Оплачивали ли Вы из своих личных денежных средств какие-либо медицинские услуги в данном медицинском учреждении?

Нет, не оплачивал	Да, оплачивал, а именно _____
-------------------	-------------------------------

Дата заполнения анкеты «\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

Благодарим Вас за участие в опросе!

Сводный отчет о результатах анкетирования в ГБУЗ РК

за \_\_\_\_\_ [название учреждение] \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ года

Всего подразделений (отделений) в учреждении: \_\_\_\_\_

Количество подразделений (отделений), в которых проведено одно анкетирование за отчетный период \_\_\_\_\_

Количество подразделений (отделений), в которых проведено два анкетирования за отчетный период \_\_\_\_\_

количество респондентов по стационару \_\_\_\_\_

Общее количество респондентов по амбулатории \_\_\_\_\_

Основные жалобы/неудовлетворенность пациентов стационара:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Основные жалобы/неудовлетворенность пациентов амбулатории:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Отчет составил:

\_\_\_\_\_ должность \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_ Ф. И. О., подпись

Контактный телефон: \_\_\_\_\_

Отчет предоставляется в Министерство здравоохранения Республики Крым по итогам полугодия в срок до 20 числа месяца, следующего за отчетным периодом.