

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КАЛИНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ
«ПРАВДИНСКАЯ ЦЕНТРАЛЬНАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА»**

ПРИКАЗ

№ 09 от января 2018 г.

№ 2

**«Об организации внутреннего контроля качества и безопасности
медицинской деятельности в ГБУЗ КО «Правдинская ЦРБ».**

В целях организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ КО «Правдинская ЦРБ» на основании Федерального Закона от 21 ноября 2011 года (ред. от 28.12.2013г.) № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федерального Закона от 29 ноября 2010 года (ред. от 28.12.2013г.) № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Федерального Закона от 2 мая 2006 года (ред. от 02.07.2013г.) № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации», Федерального Закона от 12 апреля 2010 года (ред. от 23.11.2013г.) № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств», Федерального Закона от 30 марта 1999 года (ред. от 25.11.2013г.) № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», Федерального Закона от 8 января 1998 года (ред. от 25.11.2013г.) № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах», Федерального Закона от 30 марта 1995 года (ред. от 28.12.2013г.) № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция)», Федерального Закона от 24 июля 1998 года (ред. от 28.12.2013г.) № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний», Федерального Закона от 4 мая 2011 года (ред. от 02.07.2013г.) № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», Федерального Закона от 9 января 1996 года (ред. от 19.07.2011г.) № 3-ФЗ «О радиационной безопасности населения», Федерального Закона от 17 сентября 1998 года (ред. от 21.12.2013г.) № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней», Федерального Закона от 18 июня 2001 года (ред. от 28.12.2013г.) № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации», Федерального Закона от 27 июля 2010 года (ред. от 28.12.2013г.) № 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг».

Закона Российской Федерации от 7 февраля 1992 года (ред. от 02.07.2013г.) № 2300-1 «О защите прав потребителей», Федерального Закона Российской Федерации 20 июля 2012 года (ред. от 25.11.2013г.) № 125-ФЗ «О донорстве крови и ее компонентах», Постановления Правительства Российской Федерации от 12 ноября 2012 года № 1152 «Об утверждении положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности», Постановления Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 года (ред. от 15.04.2013г.) № 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территориях инновационного центра «Сколково»)», Постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 года № 1006 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», Постановления Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2009 года (ред. от 16.02.2013г.) № 1148 «О порядке хранения наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров», Постановления Правительства Российской Федерации от 30 июня 1998 года (ред. от 16.12.2013г.) № 681 «Об утверждении перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров», Постановления Правительства Российской Федерации РФ от 3 сентября 2010 года (ред. от 04.09.2012 г.) № 674 «Об утверждении Правил уничтожения недоброкачественных лекарственных средств, фальсифицированных лекарственных средств и контрафактных лекарственных средств», Постановления Правительства Российской Федерации от 20 сентября 2012 года № 950 «Об утверждении правил определения момента смерти человека, в том числе критериев и процедуры установления смерти человека, правил прекращения реанимационных мероприятий и формы протокола установления смерти человека», Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5 мая 2012 года (ред. от 02.12.2013 г.) № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации», Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 мая 2012 года № 154 «О введении формы учета клинико-экспертной работы в лечебно-профилактических учреждениях» (вместе с «Инструкцией по заполнению учетной формы 635/У-02 «Журнал учета клинико-экспертной работы лечебно-профилактического учреждения»), Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 марта 2013 года № 121н «Об утверждении Требований к организации и выполнению работ (услуг) при оказании первичной медико-санитарной, специализированной (в том числе высокотехнологичной), скорой (в том числе скорой специализированной), паллиативной медицинской помощи, оказании медицинской помощи при санаторно-курортном лечении, при проведении медицинских экспертиз, медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в рамках оказания медицинской помощи, при трансплантации

(пересадке) органов и (или) тканей, обращения донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях», приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 года № 543н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, в целях обеспечения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в лечебно-профилактическом учреждении ГБУЗ КО «Правдинская ЦРБ», приказа Министерства здравоохранения РФ от 10 мая 2017 года № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»;

П Р И К А З Ы В А Ю:

1. Утвердить:

1.1. Положение о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ КО «Правдинская ЦРБ» (Приложение 1).

1.2. Список должностных лиц ГБУЗ КО «Правдинского района», ответственных за 1,2,3 уровни внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в лечебно-профилактическом учреждении ГБУЗ КО «Правдинская ЦРБ» (Приложение 2).

1.3. Утвердить состав врачебной комиссии (приложение №3).

1.4. Утвердить порядок работы врачебной комиссии (приложение №4).

1.5. Форму журнала внутреннего контроля качества медицинской помощи (Приложение 5).

1.6. Инструкцию по ведению журнала внутреннего контроля качества медицинской помощи (Приложение 6).

1.7. Классификатор дефектов медицинской помощи (Приложение 7).

1.8. Карту экспертной оценки качества медицинской помощи. Показателя качества медицинской помощи (Приложение 8).

1.9. Показателя, рекомендуемые для проведения мониторинга в ГБУЗ КО «Правдинского района» (Приложение 9).

2. Заведующими отделениями стационара, поликлиническими отделениями ГБУЗ КО «Правдинского района»:

2.1. Организовать внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности в соответствии с настоящим приказом.

2.2. На каждый случай экспертной оценки, подлежащий обязательному экспертному контролю; случай грубого нарушения лечебно-диагностического процесса; порядка выдачи документов удостоверяющих временную нетрудоспособность «Листок нетрудоспособности» - оформлять «Карту экспертной оценки качества медицинской помощи», и не позднее 27 числа каждого месяца, предоставлять заместителю главного врача по медицинской части.

2.3. При выявлении дефектов в лечебно-диагностическом процессе, некачественного оказания медицинской помощи, организационных нарушений и др. принимать меры к устранению выявленных недостатков.

3. Заместителю главного врача ГБУЗ КО «Правдинская ЦРБ» по медицинской части Душкину Г. А.:

3.1. Организовать внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности в соответствии с настоящим приказом на всех уровнях ведомственного контроля, по своим направлениям;

3.2. Ежемесячно до 3 числа проводить итоговое заседание врачебной комиссии, с оформлением протокола за прошедший месяц, с представлением информации главному врачу ГБУЗ КО «Правдинская ЦРБ»;

3.3. Ответственность за своевременную подачу информации по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ КО «Правдинская ЦРБ», возложить на заместителя главного врача ГБУЗ КО «Правдинская ЦРБ» по медицинской части Г. А. Душкина;

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

3.5. Обобщать материалы, составлять проекты решений заседаний и приказах по борьбе по устранению дефектов лечебно-диагностического процесса, осуществлять контроль за их выполнением.

4. Экономисту ГБУЗ КО «Правдинская ЦРБ» Г. В. Куйбышевой - обеспечить контроль за удорожанием финансовых средств с отделений за некачественное оказание медицинской помощи согласно «Акта финансовых санкций»;

5. Возложить на заведующих отделениями ГБУЗ КО «Правдинская ЦРБ» персональную ответственность за работу комиссий по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности.

6. Специалисту по кадрам Т. В. Федотовой довести настоящий приказ до сведения должностных лиц, участвующих в экспертизе качества медицинской помощи.

7. Контроль за исполнением приказа оставляю за собой.

Гл. врач

Александрова

ПОЛОЖЕНИЕ **о внутреннем контроле качества и безопасности** **медицинской деятельности**

1. Общие положения.

1.1. Положение о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности (далее – Положение) устанавливает единый порядок организации и проведения внутреннего контроля за соответствием качества выполняемых медицинских работ (услуг) установленным требованиям - (стандартам) и безопасностью медицинской помощи, оказываемой гражданам организациями, независимо от их организационно - правовой формы, формы собственности и ведомственной принадлежности, осуществляющими медицинскую деятельность, а также управления качеством медицинской помощи в медицинских организациях.

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

Законом Российской Федерации от 07.02.92 № 2300-1 «О защите прав потребителей»;

постановлением Правительства Российской Федерации от 21.01.2007 № 30 «Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности»;

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

приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 24.09.2008 № 513н «Об утверждении Положения о врачебной комиссии медицинской организации»;

приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22.01.2001 № 12 «О введении в действие отраслевого стандарта «Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении»;

приказом Министерства здравоохранения РФ от 10 мая 2017 года № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»

1.3. Целью внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (далее – контроль качества медицинской помощи) является обеспечение прав граждан на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества, на основе стандартов медицинской помощи, установленных требований к оказанию медицинской помощи, а так же требований, предъявляемых к медицинской помощи в медицинской практике,

с учетом современного уровня развития медицинской науки и медицинских технологий.

1.4. Задачами контроля качества медицинской помощи являются:

- проведение контроля качества медицинской помощи, оказанной конкретным пациентам;
- выявление дефектов медицинской помощи, установление причин их возникновения и степени их влияния на здоровье конкретных пациентов;
- регистрация результатов проведенного контроля качества медицинской помощи;
- оценка выводов о качестве медицинской помощи, сделанных на существующих уровнях контроля;
- оценка оптимальности использования кадровых и материально-технических ресурсов организации здравоохранения;
- оценка организационных технологий оказания медицинской помощи;
- изучение удовлетворенности граждан оказанной медицинской помощью;
- анализ данных, полученных при проведении мониторинга показателей качества медицинской помощи в организации здравоохранения;
- подготовка предложений для руководителя медицинской организации, направленных на устранение причин возникновения дефектов медицинской помощи, повышение качества и эффективности оказываемой медицинской помощи.

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

- принятие руководителем медицинской организации (или заместителем руководителя медицинской организации) управленческих решений, направленных на устранение причин возникновения дефектов медицинской помощи, повышение качества и эффективности оказываемой медицинской помощи, совершенствование организационных технологий оказания медицинской помощи;
- планирование мероприятий, направленных на устранение причин возникновения дефектов медицинской помощи, повышение качества и эффективности оказываемой медицинской помощи, совершенствование организационных технологий оказания медицинской помощи;
- осуществление контроля за реализацией принятых управленческих решений или выполнением плана мероприятий.

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

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

стандарт - нормативный документ, разработанный на основе консенсуса и утвержденный признанным органом, в котором устанавливаются для всеобщего и многократного использования правила, общие принципы или

характеристики, касающиеся различных видов деятельности или их результатов и который направлен на достижение оптимальной степени упорядоченности в определенной области;

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

доказательная медицинская практика (Evidence-based medicine; медицины, основанная на доказательствах) - подход к медицинской практике, при котором решения о применении профилактических, диагностических и лечебных мероприятий принимаются исходя из имеющихся доказательств их эффективности и безопасности, а такие доказательства подвергаются поиску, сравнению, обобщению в широком распространении для использования в интересах больных (Evidence-Based Medicine Working Group, 1993);

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 технологий оказания медицинских услуг; нарушением правил оформления медицинской документации;

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

2. Порядок организации и проведения контроля качества медицинской помощи.

2.1. Контроль качества медицинской помощи проводится во всех организациях, осуществляющих медицинскую деятельность.

2.2. Контроль качества медицинской помощи осуществляется работниками, назначенным приказом руководителя медицинской организации, ответственным за проведение контроля качества медицинской помощи (далее - ответственным за проведение контроля).

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

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

второй уровень контроля - заместители руководителей медицинской организации;

третий уровень контроля — врачебная комиссия медицинской организации (ВК).

2.4. При наличии в медицинской организации структурного подразделения — службы контроля качества медицинской помощи или невозможности по объективным причинам проведения контроля качества медицинской помощи по трехуровневой системе контроля, контроль качества медицинской помощи осуществляется в соответствии со структурой и штатным расписанием медицинской организации.

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

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

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

2.7. В медицинских организациях, имеющих трехуровневую систему контроля качества медицинской помощи, приказом руководителя назначается работник, ответственный за организацию контроля качества медицинской помощи, преимущественно из числа заместителей руководителя медицинской организации.

2.8. В медицинских организациях для проведения внутреннего контроля качества медицинской помощи разрабатывается положение, регламентирующее с учетом структуры, штатного расписания и специфики деятельности медицинской организации:

- уровни контроля качества медицинской помощи;
- перечень подразделений (отделений) ответственными за проведение контроля;
- объемы проведения контроля качества медицинской помощи на каждом уровне контроля;
- случаи, подлежащие контролю качества медицинской помощи в обязательном порядке;
- обязанности ответственного за организацию контроля качества медицинской помощи в медицинской организации;
- обязанности ответственных лиц за проведение контроля;
- порядок регистрации и анализа результатов контроля качества медицинской помощи;
- порядок использования результатов проведенного контроля качества медицинской помощи, в целях управления качеством оказания медицинской помощи;

порядок сбора, анализа и использования показателей для проведения мониторинга качества медицинской помощи, в целях совершенствования качества оказания медицинской помощи;

порядок и периодичность оценки выводов, сделанных на нижестоящих уровнях контроля.

2.9. Контроль качества медицинской помощи проводится по случаям медицинской помощи (законченной или незаконченной), оказанной в медицинской организации, независимо от источника финансирования оказанной медицинской помощи, должностей и квалификации работников, оказывающих медицинскую помощь, диагноза, возраста пациентов, оформленного диагноза нетрудоспособности и других факторов.

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

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

2.11.1. В амбулаторно-поликлинических подразделениях:

случаи летальных исходов в детском возрасте и лиц трудоспособного возраста;

случаи летальных исходов на дому от управляемых причин;

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

случаи первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей;

случаи заболеваний со значительно (более 50 % от среднего) удлинёнными сроками лечения;

случаи расхождений диагнозов поликлиники и стационара;

случаи расхождений диагнозов поликлиники и патоморфологических диагнозов;

случаи первичного выявления запущенных онкологических заболеваний;

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

случаи, при проверках которых контролирующими органами и организациями (департамент здравоохранения Краснодарского края, Управление Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по Краснодарскому краю и др.) были выявлены дефекты медицинской помощи.

2.11.2. В стационарных подразделениях:

случаи летальных исходов;

случаи, сопровождающиеся ятрогенными осложнениями, в том числе внутрибольничного инфицирования и нежелательных реакций на примененные лекарственные препараты;

случаи повторной госпитализации по поводу одного и того же заболевания в течение 3 месяцев, если госпитализация не была ранее запланирована;

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

случаи расхождений заключительных клинических диагнозов и патолого-анатомических диагнозов;

случаи расхождений дооперационных и послеоперационных диагнозов;

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

случаи, при проверках которых контролирующими органами и организациями (департамент здравоохранения Краснодарского края, Управление Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального риска по Краснодарскому краю и др.) были выявлены дефекты медицинской помощи.

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

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

Отбор случаев для проведения проверок осуществляется с охватом всех подразделений (отделений, должностей, медицинских работников) медицинской организации.

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

2.13. Из случаев, подлежащих контролю качества медицинской помощи в обязательном порядке, врачебной комиссией организации здравоохранения (или подкомиссией врачебной комиссии) рассматриваются:

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

случаи, сопровождающиеся ятрогенными осложнениями;

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

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

для заместителей руководителей медицинской организации по клинико-экспертной работе, лечебной работе, медицинской части, амбулаторно-поликлинической, стационарной помощи, а так же с иными наименованиями должностей - не менее 30 - 50 экспертиз в течение квартала;

для заведующих амбулаторно-поликлиническими подразделениями по числу посещений:

- до 250 посещений в смену - не менее 30 случаев в месяц;
 - свыше 250 посещений в смену - не менее 50 случаев в месяц;
 - свыше 500 посещений в смену - не менее 100 случаев в месяц.
- для заведующих стационарными подразделениями:
- при мощности 10 коек и менее - 100 % случаев,
 - при мощности от 11 до 25 коек - не менее 50 % случаев,
 - при мощности 26 коек и более - не менее 25 % случаев;

2.15. Объемы работы врачебной комиссии медицинской организации (далее - ВК) по проведению контроля качества медицинской помощи определяются функциями в обеспечении контроля качества медицинской помощи, возложенными на ВК действующими нормативными правовыми документами Российской Федерации, органов управления здравоохранением муниципальных образований Краснодарского края и распорядительными документами медицинской организации.

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

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

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

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

- сбор жалоб и анамнеза;
- проведение клинико-диагностических мероприятий;
- оформление диагноза;
- проведение лечебных и профилактических мероприятий;
- проведение медицинской экспертизы или медицинского освидетельствования;

соблюдение преимущественности этапов оказания медицинской помощи;
оформление медицинской документации.

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

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

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

критерий преимущественности оказания медицинской помощи – отражает соблюдение преимущественности при оказании медицинской помощи подразделениями (отделениями, медицинскими работниками) медицинской организации;

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

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

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

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

Составляющие случая оказания медицинской помощи	Критерии оценки	Параметры оценки
Объем жалоб и анамнеза	Критерий объема	- в полном объеме; - не в полном объеме; - отсутствуют
Диагностическое обследование	Критерий своевременности	- своевременно; - несвоевременно
	Критерий объема	- в полном объеме; - не в полном объеме; - отсутствуют
	Критерий соблюдения медицинских технологий	- назначены оптимально; - назначены не оптимально; - соблюдены;

		- не соблюдалось
	Критерий безопасности	- риск минимизирован; - риск не минимизирован
	Критерий эффективности	- целевой результат достигнут; - целевой результат не достигнут
	Критерий своевременности	- соблюдалось; - не соблюдалось
Оформление диагноза	Критерий своевременности	- своевременно; - несвоевременно
	Критерий объема	- в полном объеме; - не в полном объеме; - отсутствуют
Получение мероприятий	Критерий своевременности	- своевременно; - несвоевременно
	Критерий объема	- в полном объеме; - не в полном объеме; - отсутствуют
	Критерий соблюдения медицинских технологий	- выполнены оптимально; - выполнены не оптимально; - соблюдалось; - не соблюдалось
	Критерий безопасности	- риск минимизирован; - риск не минимизирован
	Критерий эффективности	- целевой результат достигнут; - целевой результат не достигнут
	Критерий своевременности	- соблюдалось; - не соблюдалось
Профилактические мероприятия	Критерий своевременности	- своевременно; - несвоевременно
	Критерий объема	- в полном объеме; - не в полном объеме; - отсутствуют
	Критерий соблюдения медицинских технологий	- выполнены оптимально; - выполнены не оптимально; - соблюдалось; - не соблюдалось
	Критерий безопасности	- риск минимизирован; - риск не минимизирован
	Критерий эффективности	- целевой результат достигнут; - целевой результат не достигнут
Медицинская экспертиза; медицинское освидетельствование	Критерий своевременности	- своевременно; - несвоевременно
	Критерий объема	- в полном объеме; - не в полном объеме; - отсутствуют
	Критерий эффективности	- целевой результат достигнут; - целевой результат не достигнут
Оформление медицинской документации	Критерий объема	- в полном объеме; - не в полном объеме; - отсутствуют

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

Результаты проверки каждого случая оказания медицинской помощи регистрируются в журнале контроля качества медицинской помощи, которые ведутся ответственным лицом за проведение контроля на I и II уровнях контроля.

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

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

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

качественно оказанная медицинская помощь;

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

некачественно оказанная медицинская помощь.

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

2.24. Информация, полученная в результате оценки качества медицинской помощи, доводится до сведения руководителей медицинской организации и является предметом обсуждения среди сотрудников.

2.25. Ответственными лицами за проведение контроля по результатам контроля качества медицинской помощи незамедлительно принимаются меры по недопущению повторения выявленных дефектов медицинской помощи в случаях, если принятие вышеуказанных мер находится в пределах их полномочий. В иных случаях предложения доводятся до руководителя медицинской организации.

2.26. Журналы контроля качества медицинской помощи хранятся в медицинской организации 3 года.

2.27. В случаях, требующих проведения детальной экспертной оценки и анализа (например, в случаях летальных исходов, тяжелых осложнений,

жалоб пациентов и других), результаты проведенного контроля качества медицинской помощи оформляются отдельным Актом, с регистрацией в журнале контроля качества медицинской помощи.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.31. По результатам проведенного внутреннего контроля качества медицинской помощи в медицинской организации планируется 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, психологопедагогических конференций, направление медицинских работников на повышение квалификации (в том числе внеплановое), научно-практические конференции, обеспечение медицинских работников современной медицинской литературой (в том числе через Интернет) и другие;

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

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

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

мероприятия по совершенствованию укомплектованности медицинской организации медицинскими работниками.

2.33. Контроль за реализацией принятых управленческих решений по вопросам управления качеством медицинской помощи обеспечивается руководителем медицинской организации или ответственным лицом, назначенным приказом руководителя медицинской организации.

2.34. В целях обеспечения динамического контроля за результатами деятельности медицинской организации (или её подразделений), по итогам прошедшего квартала рассчитываются и анализируются показатели для проведения мониторинга качества медицинской помощи, отражающие объемы, доступность, качество и эффективность оказываемой медицинской помощи.

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

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

СПИСОК

Должностных лиц, отвечающих за I уровень внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ КО «Правдинская ЦРБ»

1. В круглосуточном стационаре ГБУЗ КО «Правдинская ЦРБ»:
Ширяев С. Р. – врач-хирург хирургического отделения;
Ширяева О. А. – врач-терапевт терапевтического отделения;
Мурзакеева В. О. – врач-педиатр педиатрического отделения.

2. В поликлинике г. Правдинска, амбулатории пос. Железнодорожного, станция скорой медицинской помощи пос. Железнодорожного и г. Правдинска, фельдшерско-акушерских пунктов – зав. поликлиникой г. Правдинска Альштейнская О. И.

СПИСОК

Должностных лиц, отвечающих за II уровень внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ КО «Правдинская ЦРБ»

Заместитель главного врача по медицинской части ГБУЗ КО «Правдинская ЦРБ» – Г. А. Душкин.

СПИСОК

Должностных лиц, отвечающих за III уровень внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ КО «Правдинская ЦРБ»

III уровень внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ КО «Правдинская ЦРБ» осуществляет врачебная комиссия.

Состав врачебной комиссии:

Председатель комиссии Мурзакеева Викторна Олеговна – главный врач
Заместитель председателя Душкин Григорий Анатольевич – заместитель главного врача по медицинской части.

Члены комиссии:

Руткевич Татьяна Сергеевна – участковый врач терапевт.

Ширяев Олег Рафаилович – врач-хирург хирургического отделения.

Душков Григорий Анатольевич - заместитель главного врача по медицинской части.

Секретарь комиссии – Головцева Валентина Петровна – медицинская сестра психиатрического отделения.

«Положение о врачебной комиссии (ВК)»

ВК действует в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 5 мая 2012 г. № 502н. «Об организации деятельности врачебной комиссии лечебного учреждения».

В своей деятельности врачебная комиссия руководствуется Конституцией Российской Федерации, федеральными законами, указами и распоряжениями Президента Российской Федерации, постановлениями и распоряжениями Правительства Российской Федерации, нормативными правовыми актами федеральных органов исполнительной власти, включая Порядок оказания медицинской помощи, Региональными законами и иными нормативными правовыми актами.

Функции врачебной комиссии

1. Врачебная комиссия осуществляет следующие функции:

1.1. принятие решений по вопросам профилактики, диагностики, лечения, медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения граждан в наиболее сложных и конфликтных ситуациях, требующих комиссионного рассмотрения;

1.2. определение трудоспособности граждан;

1.3. продление листов нетрудоспособности в случаях, предусмотренных приказом МЗиСР РФ 624н (кроме одномоментного продления листа нетрудоспособности клинико-экспертной комиссией устанавливается индивидуально);

1.4. принятие решения по вопросу о направлении пациента на медико-социальную экспертизу в соответствии с законодательством Российской Федерации;

1.5. проведение экспертизы профессиональной пригодности некоторых категорий работников;

1.6. оценка качества, обоснованности и эффективности лечебно-диагностических мероприятий, в том числе назначения лекарственных препаратов;

1.7. оценка соблюдения в медицинской организации установленного порядка ведения медицинской документации;

1.8. разработка мероприятий по устранению и предупреждению нарушений в процессе диагностики и лечения пациентов;

1.9. изучение каждого случая смерти пациента в целях выявления причины смерти, а также выработки мероприятий по устранению нарушений в

деятельности медицинской организации и медицинских работников в случае, если также нарушены приемы к смерти пациента;

1.10. принятие решения по вопросам назначения и коррекции лечения в целях учета данных пациентов при обеспечении лекарственными препаратами в соответствии с законодательством Российской Федерации;

1.11. принятие решения о назначении лекарственных препаратов в случаях и в порядке, которые установлены нормативными правовыми актами Российской Федерации и субъектов Российской Федерации, устанавливающим порядок назначения и выписывания лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты, а также лекарственных препаратов, обеспечение которыми осуществляется в соответствии со стандартами медицинской помощи по рецептам врача (фельдшера) при оказании государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг;

1.12. проведение обзора пациентов, формирование и направление комплекта документов в Комиссию Министерства здравоохранения по обзору пациентов для оказания высокотехнологичной медицинской помощи;

1.13. вынесение медицинского заключения о наличии (отсутствии) медицинских показаний и медицинских противопоказаний для медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения граждан в случаях, предусмотренных нормативными правовыми актами Российской Федерации;

1.14. выдача заключения о нуждаемости ветерана в обеспечении протезами (кроме зубных протезов), протезно-ортопедическими изделиями в соответствии с Правилами обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации и отдельными категориями граждан из числа ветеранов протезами (кроме зубных протезов), протезно-ортопедическими изделиями;

1.15. осуществление медицинского освидетельствования подозреваемых или обвиняемых в совершении преступлений, в отношении которых избрана мера пресечения в виде заключения под стражу, на предмет наличия у них тяжелого заболевания, включенного в перечень тяжелых заболеваний, препятствующих содержанию под стражей подозреваемых или обвиняемых в совершении преступлений, утвержденный постановлением Правительства Российской Федерации от 14 января 2011 г. N 3 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 4, ст. 608);

1.16. проведение обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда;

1.17. выдача справок об освобождении от экзаменов в школах, средних и высших учебных заведениях, предоставлении академического отпуска по состоянию здоровья;

1.18. анализ заболеваемости, в том числе матерей и новорожденных, внутрибольничными инфекциями, разработка и реализация мероприятий по профилактике заболеваемости внутрибольничными инфекциями;

1.19. организация и проведение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности;

1.21. взаимодействие в работе по вопросам, относящимся к компетенции врачебной комиссии, с территориальным фондом обязательного медицинского страхования, территориальным органом Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, учреждениями медико-социальной экспертизы, со страховыми медицинскими организациями, иными органами и организациями;

1.22. рассмотрение обращений (жалоб) по вопросам, связанным с оказанием медицинской помощи в подразделениях ЦРБ;

1.23. иные функции, предусмотренные федеральными законами, нормативными правовыми актами Президента Российской Федерации, Правительства Российской Федерации, федеральных органов исполнительной власти и органов государственной власти Калининградской области.

1.24. Записки комиссии записываются в историю болезни, журнал записей заключений экспертной комиссии, подписываются председателем и членами комиссии.

1.25. В части организации внутреннего контроля ВК взаимодействует со специалистами и комиссией по организации внутреннего контроля управления здравоохранения, с МСК, ТФОМС, региональным отделением ФСС, органами федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, медицинскими организациями, учреждениями социальной защиты.

Порядок работы врачебной комиссии.

1. Врачебная комиссия состоит из председателя, заместителя председателя, секретаря и членов комиссии.
2. Председателем врачебной комиссии является заместитель главного врача по клинико-экспертной работе (КЭР), в должностные обязанности которого входит решение вопросов, отнесенных к компетенции комиссии.
3. Заместитель председателя врачебной комиссии, является членом ВК, а в случае отсутствия председателя исполняет его функции.
4. Председатель ВК несет ответственность за её деятельность, своевременность, обоснованность и объективность принятых решений.
5. Секретарь ВК осуществляет следующие функции:
 - 5.1. подготовка материалов для заседания врачебной комиссии;
 - 5.2. уведомление членов врачебной комиссии о дате и времени проведения заседания врачебной комиссии;
 - 5.3. оформление решений врачебной комиссии и ведение специального журнала, в котором учитываются принятые решения врачебной комиссии (далее - журнал);
 - 5.4. организация хранения материалов работы врачебной комиссии.
6. Заседания врачебной комиссии проводятся ежедневно с 10.00 до 13.00.
7. Решение врачебной комиссии считается принятым, если его поддержало две трети членов врачебной комиссии (3 подписи в протоколе).
8. Решение врачебной комиссии оформляется в виде протокола, который содержит следующие сведения:
 - 8.1. дата проведения заседания врачебной комиссии ;
 - 8.2. список членов врачебной комиссии , присутствовавших на заседании;

8.3. перечень обсуждаемых вопросов;

8.4. решения врачебной комиссии и его обоснование.

9. Секретарь врачебной комиссии выносит принятое решение в медицинскую документацию пациента, а также в журнал.

10. Выписка из протокола решения врачебной комиссии выдается на руки пациенту либо его законному представителю на основании письменного заявления.

11. Протоколы решений врачебной комиссии подлежат хранению в течение 10 лет.

12. Председатель врачебной комиссии ежеквартально, а также по итогам года представляет главному врачу письменный отчет о работе врачебной комиссии.

Приложение 5
к приказу главного врача
ГБУЗ КО «Привольная ЦРБ»
от «09» января 2018 г. № 2

**ЖУРНАЛ
контроля качества медицинской помощи**

№ п/п	Программ ный период (месяц, квартал, год)	Отделение, либо Ф.И.О. врачей с числом прелеченных больных	Количество проведенных экспертиз	Колличество медицинских карт с выявленными дефектами медицинской помощи (абс. и %)						Итоговая оценка качества медицинской помощи с Коэффициентом качества			
				Диагностиче ских мероприяти й	Полноты диагноза	Лечебно- профилактичес ких мероприятий	Преемствен ности этапов	Оформления медицинской документации					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
П р и м е р	январь	Терапия 20	абс	%	а	б	с	абс	%	абс	%		
			10	50	2	20	5	50	0	0	50		
				5	50	2	20	5	50	0	0	50	0,7 - ДИМН

ИНСТРУКЦИЯ ПО ВЕДЕНИЮ ЖУРНАЛА КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

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

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

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

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

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

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

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

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

в 8 графе – дефекты преемственности этапов оказания медицинской помощи,

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

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

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

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

качественно оказанная медицинская помощь, сопровождавшаяся единичными дефектами медицинской помощи, которые не привели и не могли

привести к ухудшению состояния здоровья пациента или его смерти (аббревиатура – «ДМП») с Коэффициентом качества 0,7-0,6;

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

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

**Классификатор
дефектов медицинской помощи**

**Рубрика 1 Классификатора.
Виды и наименования дефектов медицинской помощи**

Код	Виды и наименования дефектов
1	Дефекты диагностических мероприятий. Дефекты сбора жалоб или анамнеза (анамнеза жизни; анамнеза заболевания):
1.1	Жалобы не собраны.
1.2	Жалобы собраны не в полном объеме или не детализированы.
1.3	Жалобы собраны несвоевременно.
1.4	Анамнез жизни не собран в части разделов, существенных для оказания медицинской помощи: наследственная предрасположенность, перенесенные заболевания, операции, лекарственная непереносимость, гемотрансфузии и др.
1.5	Анамнез заболевания или эпидемиологический анамнез отсутствует.
1.6	Анамнез заболевания или эпидемиологический анамнез собран не в полном объеме или не детализирован.
1.7	Анамнез заболевания или эпидемиологический анамнез собран несвоевременно.
1.8	Прочие виды дефектов сбора жалоб или анамнеза.
2	Дефекты объективного осмотра; дополнительных обследований:
2.1	Объективный осмотр не проведен.
2.2	Объективный осмотр проведен не в полном объеме.

2.3	Запись об объективности осмотра сделана без его проведения.
2.4	Диагностические мероприятия не назначены.
2.5	Диагностические мероприятия не назначены в необходимом объеме.
2.6	Диагностические мероприятия назначены несвоевременно.
2.7	Диагностические мероприятия назначены необоснованно.
2.8	Диагностические мероприятия назначены без учета индивидуальных особенностей организма пациента или имеющихся противопоказаний к их назначению.
2.9	Диагностические мероприятия выбраны не рационально, в том числе, без учета современного уровня медицинской науки и технологий.
2.10	Не приняты или приняты в недостаточном объеме меры, направленные на профилактику ятрогенных осложнений и неблагоприятных реакций при проведении диагностических мероприятий.
2.11	Диагностические мероприятия назначены с нарушением медицинских технологий.
2.12	Назначенные диагностические мероприятия не выполнены.
2.13	Назначенные диагностические мероприятия выполнены несвоевременно.
2.14	Назначенные диагностические мероприятия выполнены не в полном объеме.
2.15	Назначенные диагностические мероприятия выполнены с использованием медицинских изделий, не зарегистрированных в Государственном реестре медицинских изделий или не прошедших в установленном порядке поверку (или техническое обслуживание) или с использованием лекарственных средств, не зарегистрированных в Государственном реестре лекарственных средств.
2.16	Назначенные диагностические мероприятия выполнены с нарушением медицинских технологий.
2.17	Имеющиеся клинические данные не были учтены в процессе установления диагноза.

2.18	Исключенные клинические данные не обосновывают установленный диагноз.
2.19	Не проведен консилиум в клиническом случае, требующем его проведения.
2.20	Диагностические мероприятия проводились медицинским работником, не имеющим действующего сертификата специалиста или медицинским работником по специальности, не соответствующей профилю заболевания пациента (за исключением дежурных медицинских работников).
2.21	При проведении диагностических мероприятий не соблюдался принцип преимущественности оказания медицинской помощи между медицинскими работниками или между подразделениями медицинской организации.
2.22	При проведении диагностических мероприятий не соблюдался принцип преимущественности оказания медицинской помощи с другими медицинскими организациями.
2.23	Не назначены повторные осмотры пациента или контрольные дополнительные исследования или их частота не соответствует необходимой.
2.24	Прочие виды дефектов диагностических мероприятий.
3	Дефекты оформления диагноза (диагноза основного заболевания; диагноза сопутствующего заболевания):
3.1	Диагноз основного заболевания не обоснован.
3.2	Диагноз основного заболевания установлен несвоевременно.
3.3	Диагноз сформулирован не в соответствии с Международной классификацией болезней X пересмотра (МКБ-X) или не в соответствии с действующими требованиями к формулировке диагноза.
3.4	В диагнозе не сформулированы или сформулированы не в соответствии с действующими требованиями характеристика заболевания: локализации патологического процесса, степень тяжести, стадия, фаза, активность, характер течения, осложнения заболевания, даты перенесенных инфарктов, инсультов, операций, степень нарушения функций органов и систем.

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

	<p>медикаментов, не зарегистрированных в Государственном реестре медицинских изделий или не прошедших в установленном порядке поверку (или техническое обслуживание) или с использованием лекарственных средств, не зарегистрированных в Государственном реестре лекарственных средств.</p>
4.13	<p>Назначенные лечебные мероприятия выполнены с нарушением медицинских технологий.</p>
4.14	<p>Не проведен консилиум в клиническом случае, требующем его проведения.</p>
4.15	<p>Лечебные мероприятия проводились медицинским работником, не имеющим действующего сертификата специалиста или медицинским работником по специальности, не соответствующей профилю заболевания пациента (за исключением дежурных медицинских работников).</p>
4.16	<p>При проведении лечебных мероприятий не соблюдался принцип преемственности оказания медицинской помощи между медицинскими работниками или между подразделениями медицинской организации.</p>
4.17	<p>При проведении лечебных мероприятий не соблюдался принцип преемственности оказания медицинской помощи с другими медицинскими организациями.</p>
4.18	<p>При проведении лечебных мероприятий допущено клинически обоснованное отклонение сроков лечения от средних рекомендованных сроков (более 25% от стандарта).</p>
4.19	<p>Не назначены повторные осмотры пациента или контрольные дополнительные исследования, или их частота не соответствует необходимой.</p>
4.20	<p>Лечебные мероприятия были прекращены до достижения их целевых результатов.</p>
4.21	<p>Прочие виды дефектов лечебных мероприятий.</p>
5	<p>Дефекты профилактических мероприятий:</p>
5.1	<p>Профилактические мероприятия не назначены.</p>

5.2	Профилактические мероприятия не назначены в необходимом объеме.
5.3	Профилактические мероприятия назначены несвоевременно.
5.4	Профилактические мероприятия назначены без учета индивидуальных особенностей организма пациента или имеющихся противопоказаний к их назначению.
5.5	Не приняты или приняты не в достаточном объеме меры, направленные на профилактику ятрогенных осложнений и неблагоприятных реакций при проведении профилактических мероприятий.
5.6	Профилактические мероприятия назначены с нарушением медицинских технологий.
5.7	Назначенные профилактические мероприятия не выполнены.
5.8	Назначенные профилактические мероприятия выполнены несвоевременно.
5.9	Назначенные профилактические мероприятия выполнены не в полном объеме.
5.10	Назначенные профилактические мероприятия выполнены с нарушением медицинских технологий или с использованием медицинских изделий, не зарегистрированных в Государственном реестре медицинских изделий или не прошедших в установленном порядке поверку (или техническое обслуживание) или с использованием лекарственных средств, не зарегистрированных в Государственном реестре лекарственных средств.
5.11	Профилактические мероприятия проводились медицинским работником, не имеющим сертификата специалиста или медицинским работником, специальность, не соответствующая профилю заболевания пациента.
5.12	Не назначены повторные осмотры пациента или дополнительные исследования в целях динамического контроля за состоянием здоровья и эффективностью профилактических мероприятий, или их частота не соответствует необходимой.
5.13	Профилактические мероприятия были прекращены до достижения их

	целевых результатов.
5.14	При проведении профилактических мероприятий не соблюдались принципы преемственности оказания медицинской помощи между медицинскими работниками или между подразделениями медицинской организации.
5.15	При проведении профилактических мероприятий не соблюдались принципы преемственности оказания медицинской помощи с другими медицинскими организациями.
5.16	Прочие виды дефектов профилактических мероприятий.
6	Дефекты оформления медицинской документации, содержащей информацию об оказанной медицинской помощи (медицинские карты амбулаторного больного, медицинские карты стационарного больного, карты вызова скорой медицинской помощи и др.):
6.1	Медицинская документация не оформлена, при наличии достоверной информации о факте оказания медицинской помощи.
6.2	Медицинская документация оформлена не в полном объеме.
6.3	Медицинская документация оформлена с нарушением требований к ее оформлению.
6.4	В медицинскую документацию внесены ложные сведения.
6.5	Формы использованной медицинской документации не соответствуют установленным.
6.6	Медицинская документация оформлена неразборчиво или с использованием не общепринятых аббревиатур, что не позволяет ее прочесть и затрудняет ее проверку.
6.7	В медицинской документации имеются исправления, дописки или подчистки.
6.8	В медицинской документации отсутствуют результаты проведенных исследований, при наличии достоверной информации о факте их проведения.
6.9	Прочие виды дефектов оформления медицинской документации.

**Губрика 2 Классификатора.
Группы дефектов медицинской помощи
по причинам их возникновения**

Код	Группы дефектов
М	<p>Причинами дефектов являлись действия (или бездействие) медицинского работника, непосредственно оказывавшего медицинскую помощь:</p> <p style="padding-left: 40px;">М (в) – врача;</p> <p style="padding-left: 40px;">М (с) – среднего медицинского работника.</p> <p>Возникновение дефектов данной группы может быть связано с:</p> <ul style="list-style-type: none"> - добросовестным заблуждением медицинских работников (медицинская ошибка), - не выполнением или недобросовестным выполнением медицинскими работниками должностных обязанностей или требований нормативных правовых документов, - с другими факторами.
П	<p>Причинами возникновения дефектов являются действия (или бездействие) пациента.</p> <p>Возникновение дефектов данной группы может быть связано с:</p> <ul style="list-style-type: none"> - не явкой пациента на прием, - отказом пациента от госпитализации, - не выполненным пациентом назначений лечащего врача, - не предоставленном пациентом полной и достоверной информации о состоянии своего здоровья, - самовольным уходом пациента из стационара, - самовольным, без согласования с лечащим врачом, применением пациентом методов диагностики или лечения, - поздним обращением пациента за медицинской помощью, - симуляцией, диссимуляцией или аггравацией со стороны пациента,

	<p>- с другими факторами.</p>
Н	<p>Причины возникновения дефектов не связаны с действиями (или бездействием) медицинского работника, непосредственно оказывавшего медицинскую помощь или с действиями (или бездействием) пациента.</p> <p>Возникновение дефектов данной группы может быть связано с:</p> <ul style="list-style-type: none"> - исходной тяжестью состояния пациента, - особенностями течения заболевания (атипичность, скоротечность, необратимая стадия, неизвестные медицинской науке этиопатогенетические факторы заболевания), - наличием сопутствующих заболеваний, - наличием возникшей неисправности медицинского оборудования, - с другими факторами.
О	<p>Причины возникновения дефектов связаны с недостатками в организации медицинской помощи.</p> <p>Возникновение дефектов данной группы может быть связано с недостатками:</p> <ul style="list-style-type: none"> - в организации амбулаторно-поликлинического приема, - в организации работы вспомогательных лечебно-диагностических служб (лаборатория, рентген-отделение, физико-отделение и др.), - в организации проведения консультаций специалистов или исследований, отсутствующих в учреждении, - в организации работы приемного отделения стационара, - в организации работы дежурных врачей стационара, - в обеспечении необходимым медицинским оборудованием, - в организации поверок или технического обслуживания медицинского оборудования, - в обеспечении стационаров лекарственными средствами,

<ul style="list-style-type: none"> - в организации своевременного повышения квалификации медицинских работников, - в обеспечении бланками медицинской документации, - в разработке внутренних распорядительных документов по организации и оказанию медицинской помощи в учреждении, - в организации ознакомления персонала с нормативными правовыми или внутренними распорядительными документами, - в организации достоверного статистического учета оказываемой медицинской помощи, - в обеспечении сохранности медицинской документации в учреждении, - с другими факторами.

Рубрика 3 Классификатора.

Категория дефектов медицинской помощи во всех вариантах
на эффективность оказанной медицинской помощи

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

IV	Дефекты медицинской помощи не оказали и не могли оказать существенного влияния на состояние здоровья пациента и эффективность использования материально-технических или кадровых ресурсов здравоохранения.
----	--

Карта экспертной оценки качества медицинской помощи

История болезни № _____ Отделение _____

Дата поступления _____ Дата выписки _____ койки _____

Ф.И.О. пациента _____

Дата рождения _____ Возраст _____ Лечащий врач _____

Клинический диагноз _____

Осложнение _____

Сопутствующий диагноз _____

№	Показатели	Балл	Зав. отд. 1 ур.	Эксперт 2 ур.
A.	Оценка диагностических мероприятий (ОДМ)	3		
	1. Объем и качество обследования (сбор жалоб, анамнез, физикальные данные, консультации специалистов, осмотр зав. отделения)			
	Полное	1		
	Частичное, несвоевременное, избыточное, что не способствовало улучшению обследования	0,5		
	Неполное, несвоевременное, повлекшее за собой ухудшение состояния больного	0		
	2. Объем лабораторных обследований в соответствии со стандартами			
	Полное	1		
	Неполное, в т.ч. не выполнены дополнительные анализы при выявлении признаков изменений, избыточное	0,5		
	Нет интерпретации лабораторных данных лечащим врачом	0		
	3. Объем инструментальных обследований в соответствии со стандартами			
	Полное	1		
	Частичное, несвоевременное, избыточное	0,5		
	Не выполнено	0		
Б.	Оценка полноты диагноза (ОПД)			
	1. Диагноз поставлен в соответствии с правилами классификации (фаза, стадии процесса, локализация, нарушение функции, сопутствующие)	2		

	заболеванию (основательно)			
	Правильно	1		
	Не полностью сформулирован, нарушена структура диагноза, не отмечены сопутствующие заболевания	0,5		
	Не соответствует клинике, расхождение с патологическим процессом диагнозом	0		
	2. Обоснование диагноза			
	Обоснование полное, с данными клиники и исследований	1		
	Частично обоснован, нет плана ведения, нет эталных эластов, не дифференцированы запасы, нет осмотра зап. отделением	0,5		
	Не обоснован	0		
В.	Оценка лечебно-профилактических мероприятий (ОЛПМ)	4		
	1. Адекватность лечения по диагнозу			
	Адекватное, своевременное	2		
	Неполное, избыточное (полирезистент), несогласованно назначено, необоснованное назначение препаратов	0,5		
	Не проведено лечение соп. заболеваний в стадии обострения, не соответствует стандартам	0		
	2. Сроки лечения			
	Адекватные	1		
	Необоснованно длительное лечение, (длит. профилактический период), более 25% от стандарта	0,5		
	Ранняя необоснованная выписка	0		
	3. Цель госпитализации, эффективность лечения	1		
	Достигута (выздоровление, компенсация хронического процесса)	1		
	Частично достигута	0,5		
	Не достигута, не обоснованное пребывание в больнице	0		
Г.	Применяемость эластов (ПЭ)	0,5		
	Соблюдена	0,5		
	Частично соблюдена	0,25		
	Не соблюдена	0		
Д.	Оформление документации	0,5		
	Сотвествует принятым нормам	0,5		
	Небрежное оформление, неточность и разночтения в истории болезни, не приняты сокращения	0,25		
	Невозможность прочтения, утеряны анализы, не записаны заключенными проведенных исследований и консультации специалистов	0		
	Сумма баллов (макс 10)	10		

• Коэффициент качества медицинской помощи равен сумме баллов, деленное на 10:

Подпись:

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

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

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

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

где n – это число проведенных экспертиз

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

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

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

**ПОКАЗАТЕЛИ,
РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ МОНИТОРИНГА
КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

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

	стандартам
1.7.2.	С дефектами, которые привели к ухудшению состояния здоровья пациента (или его смерти), но не сопровождались неэффективным использованием ресурсов, в % от общего количества случаев, не соответствующих стандартам
1.7.3.	С дефектами, которые не оказали существенного влияния на состояние здоровья пациента, но привели к неэффективному использованию ресурсов, в % от общего количества случаев, не соответствующих стандартам
1.7.4.	С дефектами, которые не оказали существенного влияния на состояние здоровья пациента и на эффективность использования ресурсов, в % от общего количества случаев, не соответствующих стандартам
2.	Общие показатели качества медицинской помощи (для всех медицинских организаций):
2.1.	Удельный вес законченных случаев с положительным исходом (выздоровление, улучшение, ремиссия), в % от общего количества законченных случаев
2.2.	Число случаев первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста, в расчете на 1000 работающих
2.3.	Удельный вес выявленных запущенных случаев онкологических заболеваний, в % от общего количества случаев выявленных онкологических заболеваний
2.4.	Удельный вес случаев с ятрогенными осложнениями, в % от общего количества законченных случаев
2.4.1.	Число случаев внутрибольничных инфекций, в расчете на 1000 пациентов
2.4.2.	Удельный вес случаев с осложнениями, возникшими во время или после оперативного вмешательства, в % от общего числа случаев, сопровождающихся оперативными вмешательствами
2.4.3.	Удельный вес случаев с осложнениями, возникшими вследствие применения местной или общей анестезии, в % от общего числа случаев с применением анестезии
2.4.4.	Число случаев с осложнениями после переливания крови или кровезамещающих жидкостей, в расчете на 100 случаев переливания
2.4.5.	Удельный вес случаев с осложнениями лекарственной терапии, в % от общего числа случаев, сопровождавшихся применением лекарственной терапии
2.5.	Удельный вес жалоб от граждан по вопросам оказания медицинской помощи, признанных по результатам рассмотрения обоснованными, в % от общего количества жалоб, поступивших в медицинскую организацию
3.	Показатели качества медицинской помощи терапевтической

	службы:
3.1.	При оказании амбулаторно-поликлинической помощи (для медицинских организаций, имеющих в штатах должности участковых врачей-терапевтов, врачей общей практики, семейных врачей):
3.1.1.	Средний срок ожидания амбулаторного приема, в днях
3.1.2.	Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, в расчете на 100 тыс. всего населения, в том числе:
	Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний населения трудоспособного возраста
3.1.3.	Смертность от инсульта, в расчете на 100 тыс. всего населения, в том числе:
	Смертность от инсульта населения трудоспособного возраста
3.1.4.	Смертность от инфаркта, в расчете на 100 тыс. всего населения, в том числе:
	Смертность от инфаркта населения трудоспособного возраста
3.1.5.	Смертность от онкологических заболеваний, в расчете на 100 тыс. всего населения, в том числе:
	Смертность от онкологических заболеваний населения трудоспособного возраста
3.1.6.	Удельный вес умерших на дому от острых заболеваний, в % от общего количества умерших на дому
3.1.7.	Удельный вес случаев онкологических заболеваний выявленных локализаций, выявленных в 3-4 стадиях, в % от общего количества случаев онкологических заболеваний выявленных локализаций
3.1.8.	Удельный вес расхождений диагнозов учреждений при направлении на стационарное лечение и заключительных диагнозов стационаров, в % от количества госпитализированных
3.2.	При оказании стационарной помощи (для медицинских организаций, оказывающих стационарную помощь терапевтического профиля, без разбивки по узлам профилям деятельности, не

	предоставляются по дневным стационарам всех типов):
3.2.1.	Средняя длительность пребывания пациентов на койке, в днях
3.2.2.	Число дней работы койки в году
3.2.3.	Средний срок ожидания плановой госпитализации, в днях
3.2.4.	Удельный вес необоснованных отказов в госпитализации, в % от общего количества отказов в госпитализации
3.2.5.	Удельный вес повторных госпитализаций в течение первых суток после выписки, в % от общего количества госпитализаций
3.2.6.	Госпитальная летальность, в %
3.2.7.	Удельный вес проведенных патолого-анатомических вскрытий, в % от общего количества умерших
3.2.8.	Удельный вес расхождений клинических и патолого-анатомических диагнозов, в %
3.2.9.	Удельный вес случаев с ятрогенными осложнениями, возникшими при оказании медицинской помощи, в % от общего количества законченных случаев
3.2.9.1.	Число случаев внутрибольничных инфекций, в расчете на 1000 пациентов
3.2.9.2.	Удельный вес случаев с осложнениями лекарственной терапии, в % от общего числа законченных случаев, сопровождавшихся применением лекарственной терапии
4.	Показатели качества медицинской помощи хирургической службы (для медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь хирургического профиля, без разбивки по узким профилям деятельности, не предоставляются по дневным стационарам всех типов):
4.1.	При оказании амбулаторно-поликлинической помощи:
4.1.1.	Хирургическая активность, в %
4.1.2.	Удельный вес ятрогенных осложнений, возникших при оказании медицинской помощи, в % от общего количества законченных случаев
4.1.2.1.	Число случаев внутрибольничных инфекций, в расчете на 1000 пациентов
4.1.2.2.	Удельный вес случаев с осложнениями, возникшими во время или

	после оперативного вмешательства, в % от общего числа случаев, сопровождающихся оперативными вмешательствами
4.1.3.3.	Удельный вес случаев с осложнениями, возникшими вследствие применения местной или общей анестезии, в % от общего числа случаев с применением анестезии
4.1.3.	Потальность, в %
4.1.4.	Удельный вес раскодированных диагнозов учреждения при направлении на стационарное лечение и заключительных диагнозов стационаров, в % от количества госпитализированных
4.2.	При оказании стационарной помощи:
4.2.1.	Средняя длительность пребывания пациента на койке, в днях
4.2.2.	Число дней работы койки в году
4.2.3.	Средний срок ожидания плановой госпитализации, в днях
4.2.4.	Удельный вес необоснованных отказов в госпитализации, в % от общего количества отказов в госпитализации
4.2.5.	Удельный вес повторных госпитализаций в течение первых суток после выписки, в % от общего количества госпитализаций
4.2.6.	Хирургическая активность, в %
4.2.7.	Средний предоперационный койко-день
4.2.8.	Удельный вес маломассивных вмешательств в структуре оперативной деятельности в %
4.2.9.	Частота незапланированных возвратов в операционную, в %
4.2.10.	Удельный вес раскодированных дооперационного и интраоперационного диагнозов, в %
4.2.11.	Удельный вес ятрогенных осложнений, возникших при оказании медицинской помощи, в % от общего количества законченных случаев:
4.2.11.1.	Число случаев внутрибольничных инфекций, в расчете на 1000 пациентов
4.2.11.2.	Удельный вес случаев с осложнениями, возникшими во время или после оперативного вмешательства, в % от общего числа случаев, сопровождающихся оперативными вмешательствами
4.2.11.3.	Удельный вес случаев с осложнениями, возникшими вследствие

	применения местной или общей анестезии, в % от общего числа случаев с применением анестезии
4.2.12.	Госпитальная летальность:
4.2.12.1.	Общая госпитальная летальность, в %
4.2.12.2.	Послеоперационная летальность, в %
4.2.12.3.	Послеоперационная летальность после экстренных операций, в %
4.2.13.	Удельный вес проведенных пелоподанатомических вскрытий, в % от общего количества умерших
4.2.14.	Удельный вес расхождений клинических и пелоподанатомических диагнозов, в %
5.	Показатели качества акушерской помощи акушерско-гинекологической службы (для медицинских организаций, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь):
5.1.	При оказании медицинской помощи в условиях родильного дома, родильного отделения:
5.1.1.	Удельный вес не осложненных родов, в % от общего количества родов
5.1.2.	Удельный вес оперативного родоразрешения в родах, в % от общего количества родов
5.1.3.	Удельный вес экстренных операций Кесарева сечения, в % от общего количества операций Кесарева сечения
5.1.4.	Удельный вес ятрогенных осложнений, возникших при оказании медицинской помощи, в % от общего количества законченных случаев
5.1.4.1.	Число случаев внутрибольничных инфекций, в расчете на 1000 пациентов
5.1.4.2.	Удельный вес случаев с осложнениями, возникшими во время или после оперативного вмешательства, в % от общего числа случаев, сопровождающихся оперативными вмешательствами
5.1.4.3.	Удельный вес случаев с осложнениями, возникшими вследствие применения местной или общей анестезии, в % от общего числа случаев с применением анестезии
5.1.4.4.	Удельный вес случаев с осложнениями лекарственной терапии, в % от общего числа случаев, сопровождавшихся применением лекарственной терапии

5.1.5.	Удельный вес кровотечений в родах и раннем послеродовом периоде, в % от общего количества родов
5.1.6.	Удельный вес органорудяющих операций в родах, в % от общего количества операций в родах
5.1.7.	Удельный вес тяжелых гестозов в родах, в %
5.1.8.	Удельный вес осложненный у новорожденных, в % от общего количества новорожденных
5.1.9.	Материнская смертность, в расчете на 100 тыс. населения
5.1.10.	Перинатальная смертность в расчете на 1000 родившихся живыми и мертвыми
5.1.10.1.	Мертвоорождаемость, в расчете на 1000 родившихся живыми и мертвыми
5.1.10.2.	Ранняя неонатальная смертность, в расчете на 1000 родившихся живыми
5.1.11.	Удельный вес проведенных патологоанатомических вскрытий, в % от общего количества умерших
5.1.12.	Удельный вес расхождений клинических и патологоанатомических диагнозов, в %
5.2.	При обязательном медицинском помощи в условиях женской консультации или врачом акушерки-гинеколога поликлиники:
5.2.1.	Удельный вес рожавшего охвата беременными диспансерным наблюдением, в % от количества беременных, взятых на диспансерный учет
5.2.2.	Удельный вес беременных с высокой и средней степенями риска, прошедших профилактическое лечение, в % от общего количества беременных с высокой и средней степенями риска
5.2.3.	Удельный вес врожденных аномалий развития, не выявленных во время беременности, в % от общего количества родившихся
5.2.4.	Показатель охвата послеродовым патронажем, в % от количества закончивших беременность

5.2.5.	Автенатальная смертность
5.2.6.	Удельный вес беременных с гестозами, в % от общего количества беременных
5.2.7.	Число абортв на 1000 женщин фертильного возраста
5.2.8.	Охват женщин фертильного возраста средствами контрацепции, в % от общего количества женщин фертильного возраста
5.2.9.	Удельный вес расхожденный диагнозов учреждения при направлении на стационарное лечение и заключительных диагнозов стационаров, в % от количества госпитализированных
5.3.	При оказании медицинской помощи в условиях психологических отделений стационаров:
5.3.1.	Число дней работы койки в году, в днях
5.3.2.	Средняя длительность пребывания на койке
5.3.3.	Средний срок ожидания плановой госпитализации, в днях
5.3.4.	Удельный вес необоснованных отказов в госпитализации, в % от общего количества отказов в госпитализации
5.3.5.	Удельный вес повторных госпитализаций в течение первых суток после выписки, в % от общего количества госпитализаций
5.3.6.	Хирургическая активность, в %
5.3.7.	Удельный вес малоннвазивных вмешательств в структуре оперативной деятельности, в %
5.3.8.	Частота незапланированных возвратов в операционную, в %
5.3.9.	Удельный вес ятрогенных осложнений, возникших при оказании медицинской помощи, в % от общего количества законченных случаев:
5.3.9.1.	Число случаев внутрибольничных инфекций, в расчете на 1000 пациентов
5.3.9.2.	Удельный вес случаев с осложнениями, возникшими во время или после оперативного вмешательства, в % от общего числа случаев, сопровождающихся оперативными вмешательствами
5.3.9.3.	Удельный вес случаев случаев с осложнениями, возникшими вследствие применения местной или общей анестезии, в % от общего

	числа случаев с применением анестезии
5.3.10.	Общая госпитальная летальность, в %
5.3.10.1.	Послеоперационная летальность, в %
5.3.10.2.	Послеоперационная летальность после экстренных операций, в %
5.3.11.	Удельный вес проведенных патологоанатомических вскрытий, в % от общего количества умерших
5.3.12.	Удельный вес раскрытых клинических и патологоанатомических диагнозов, в %
6.	Показатели качества медицинской помощи педиатрической службы (для медицинских организаций, оказывающих педиатрическую помощь, без разбивки по узким профилям деятельности, не предоставляются по дневным стационарам всех типов):
6.1.	При оказании амбулаторно-политрагической помощи:
6.1.1.	Удельный вес охвата детей 1 года жизни диспансерным наблюдением, в % от общего количества детей 1 года жизни
6.1.2.	Удельный вес охвата диспансерным наблюдением детей, имеющих заболевания, в %
6.1.3.	Удельный вес детей, снятых с диспансерного наблюдения по выздоровлению, в %
6.1.4.	Удельный вес детей, умерших на дому, в % от общего количества умерших детей
6.1.5.	Младенческая смертность, в расчете на 1000 родившихся живыми
6.1.6.	Число случаев первичного выхода на инвалидность детей, в расчете на 1000 детей в возрасте до 17 лет
6.1.7.	Удельный вес раскрытых диагнозов учреждения при направлении на стационарное лечение и заключительных диагнозов стационаров, в % от количества госпитализированных
6.2.	При оказании стационарной помощи:
6.2.1.	Средняя длительность пребывания на койке, в днях

6.2.2.	Число дней работы койки в году
6.2.3.	Средний срок ожидания плановой госпитализации, в днях
6.2.4.	Удельный вес необоснованных отказов в госпитализации, в % от общего количества отказов в госпитализации
6.2.5.	Удельный вес повторных госпитализаций в течение первых суток после выписки, в % от общего количества госпитализаций
6.2.6.	Удельный вес повторных госпитализаций по поводу одного и того же заболевания, в течение года, в % от общего количества госпитализаций
6.2.7.	Госпитальная летальность, в %
6.2.8.	Удельный вес проведенных патологоанатомических вскрытий от общего количества умерших в %
6.2.9.	Удельный вес расхождений клинических и патологоанатомических диагнозов, в %
6.2.10.	Удельный вес врожденных осложнений, возникших при оказании медицинской помощи, в % от общего количества законченных случаев
6.2.10.1.	Число случаев внутрибольничных инфекций, в расчете на 1000 пациентов
6.2.10.2.	Удельный вес случаев с осложнениями лекарственной терапии, в % от общего числа законченных случаев, сопровождавшихся применением лекарственной терапии
7.	Показатели качества стоматологической помощи (для медицинских организаций, оказывающих амбулаторную стоматологическую помощь):
7.1.	Число УВТ, в расчете на 1 врача в рабочую смену
7.2.	Охват санацией полости рта первичных больных, в %
7.3.	Коэффициент отношения количества вылеченных зубов к количеству удаленных зубов
7.4.	Удельный вес случаев оказания медицинской помощи с применением при удалении зубов анестезии, в % от общего количества случаев с удалением зубов

7.5.	Удельный вес случаев с применением рентгенодиагностик при лечении осложненного инфаркта, в % от общего количества случаев осложненного инфаркта
7.6.	Удельный вес повторных обращений по одному и тому же поводу, до истечения срока выданных гарантийных обязательств, в % от общего количества случаев с гарантийными обязательствами
7.7.	Удельный вес ятрогенных осложнений, возникших при оказании медицинской помощи, в % от общего количества законченных случаев
7.7.1.	Число случаев внутрибольничных инфекций, в расчете на 1000 пациентов
7.7.2.	Удельный вес случаев с осложнениями, возникшими во время или после оперативного вмешательства, в % от общего числа случаев, сопровождающихся оперативными вмешательствами
7.7.3.	Удельный вес случаев с осложнениями, возникшими вследствие применения местной или общей анестезии, в % от общего числа случаев с применением анестезии
8.	Показатели качества скорой медицинской помощи (для станций и отделений скорой медицинской помощи):
8.1.	Удельный вес вызовов с превышением установленного времени досады до пациента, в %
8.2.	Удельный вес повторных вызовов в течение суток, в % от общего количества вызовов
8.3.	Удельный вес успешных реанимаций, в % от общего количества проведенных реанимаций
8.4.	Удельный вес госпитализированных, в % от общего количества доставленных в приемный покой стационаров
8.5.	Удельный вес расхождений диагнозов врачей бригад скорой помощи с диагнозами стационаров, в %
8.6.	Удельный вес случаев с ятрогенными осложнениями, в % от общего количества законченных случаев
8.7.	Удельный вес случаев, закончившихся летальным исходом, наступившем в присутствии бригады скорой помощи, в % от общего количества случаев оказания скорой медицинской помощи