

**БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО  
ОКРУГА – ЮГРЫ «НЯГАНСКАЯ ГОРОДСКАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ  
ПОЛИКЛИНИКА»**

**П Р И К А З**

«06 » мая 2015 г.

№ 191

**О порядке внутреннего контроля качества  
и безопасности медицинской деятельности в БУ «Няганская городская  
стоматологическая поликлиника»**

В целях выполнения приказа Департамента здравоохранения ХМАО-Югры № 5346 от 30.12.2012 г. «О внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности в медицинских организациях» и в соответствии с Федеральным законом от 22 ноября 2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

**ПРИКАЗЫВАЮ**

1. Утвердить:

1.1. Положение о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности (Приложение 1);

1.2. список должностных лиц БУ «Няганская городская стоматологическая поликлиника», ответственных за проведение 1,2,3 уровней внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в БУ «Няганская городская стоматологическая поликлиника» (Приложение 2);

1.3. форму журнала внутреннего контроля качества медицинской помощи (Приложение 3);

1.4. инструкцию по ведению журнала внутреннего контроля качества медицинской помощи (Приложение 4);

1.5. классификатор дефектов медицинской помощи (Приложение 5);

1.6. карту экспертной оценки качества медицинской помощи. Показатели качества медицинской помощи (Приложение 6);

1.7. показатели (индикаторы), рекомендуемые для проведения мониторинга (Приложение 7);

1.8. Форму ежемесячного отчета для государственных и муниципальных учреждений здравоохранения по мониторингу качества медицинской помощи (Приложение 8).

Ответственный: заведующий организационно-методическим отделом

2. Организовать:

2.1. систему внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в учреждении;

2.2. порядок доведения информации о результатах внутреннего и внешнего контроля качества оказанной медицинской помощи, безопасности медицинской деятельности до заинтересованных лиц и главного врача учреждения;

2.3. систему стимулирования работников учреждения в соответствии с результатами внутреннего и внешнего контроля качества оказанной медицинской помощи.

Ответственный: заведующий организационно-методическим отделом

3. Обеспечить:

3.1. ежемесячный контроль выполнения государственного задания по учреждению и его подразделениям (объем медицинской помощи и финансирование);

3.2. расчет объема премирования/удержания с сотрудников по результатам внутреннего и внешнего производственного контроля в соответствии с Положением об оплате труда и стимулирования работников.

Ответственный: заместитель главного врача по экономическим вопросам

4. Ознакомить всех заинтересованных лиц с приказом.

Ответственный - специалист по кадрам

Контроль за исполнением приказа оставляю за собой.

Главный врач



Гатаринова М.А.



## **ПОЛОЖЕНИЕ**

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

#### **1. Общие положения.**

1. Настоящее Положение разработано в соответствии с Федеральным законом от 22.10.2011г. № 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 22.01.2007г. № 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», требованиями системы менеджмента качества ISO 9001-2008, приказом Департамента здравоохранения ХМАО-Югры от 30.12.2012 г. № 5436 «О внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности в медицинских организациях».
2. Положение о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности БУ «Няганская городская стоматологическая поликлиника» (далее по тексту – 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, а также управления качеством медицинской помощи в учреждении.
3. Целью внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (далее по тексту – Контроля) является обеспечение законных прав граждан на получение медицинской (стоматологической) помощи необходимого объема и надлежащего качества в соответствии с существующими протоколами, алгоритмами и клиническими рекомендациями по оказанию стоматологической помощи.
4. Основными задачами при проведении Контроля являются выявление причинно-следственных связей появления медицинских услуг несоответствующего качества, разработка управленческих решений на основании проведенного анализа результатов Контроля и выполнение мероприятий по предотвращению появления медицинских услуг несоответствующего качества в дальнейшем.

#### **2. Порядок организации и проведения контроля качества медицинской помощи**

- 2.1. Контроль качества медицинской помощи (внутренний аудит) осуществляется работниками, назначенными приказом руководителя учреждения, ответственными за проведение контроля качества медицинской помощи (далее по тексту - аудиторами).
- 2.2. Аудиторы в обязательном порядке должны пройти тематическое повышение квалификации по вопросам проведения экспертизы.
- 2.3. Контроль качества медицинской помощи осуществляется по трех уровневой системе:  
первый уровень контроля - заведующие отделениями учреждения и прошедшие специальную подготовку врачи эксперты, второй уровень контроля – заместитель главного врача по медицинской части (а при его отсутствии- один из заведующих отделением учреждения), третий уровень контроля – врачебная комиссия учреждения (далее по тексту ВК).

- 2.4. Аудиторы в своей работе руководствуются нормативно-правовыми документами в сфере здравоохранения, должностными инструкциями, существующими протоколами, алгоритмами и клиническими рекомендациями по оказанию стоматологической помощи.
- 2.5. Аудитор не может проводить экспертизу случаев оказания медицинской помощи, в которых он принимал непосредственное участие или медицинская помощь оказывалась его родственнику. Экспертизу данных случаев проводит другой аудитор учреждения.
- 2.6. Главный аудитор (заместитель главного врача по медицинской части, а при его отсутствии- заведующий лечебно-хирургическим отделением) определяет задачи каждому члену аудиторской группы.
- 2.7. Обязательному контролю подлежат следующие случаи оказания медицинской стоматологической помощи:
- \* случаи выявления запущенных онкологических заболеваний полости рта;
  - \* случаи, при проверках которых контролирующими органами и организациями (Департамент здравоохранения ХМАО-Югры, Управление Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по ХМАО-Югре, ТФОМС Югры) были выявлены дефекты медицинской помощи;
  - \* жалобы пациентов или их законных представителей на качество оказания медицинской помощи в учреждении;
  - \* случаи, сопровождающиеся ятрогенными осложнениями, в том числе внутрибольничного инфицирования и аллергических реакций на применение лекарственных препаратов;
  - \* случаи заболеваний со значительно (более 50 % от средних) удлиненными сроками лечения;
  - \* случаи первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей;
  - \* случаи выдачи листа нетрудоспособности.
- 2.8. Контроль качества медицинской помощи проводится по случаям медицинской помощи (законченным или незаконченным), оказанной в учреждении независимо от источника финансирования оказанной медицинской помощи.
- 2.9. Контроль качества медицинской помощи проводится по медицинской и иной документации, содержащей информацию о медицинской помощи, оказанной в конкретном проверяемом случае.
- 2.10. Контроль осуществляется методом свободной выборки или может иметь тематическую направленность.
- 2.11. Устанавливаются следующие минимальные объемы проведения контроля (без учета случаев, подлежащих контролю в обязательном порядке согласно п.2.6):
- 1 уровень контроля - не менее 50 случаев оказания медицинской помощи в расчете на одного аудитора;
  - 2 уровень контроля- не менее 30 реэкспертиз в месяц, проведенных аудиторами 1 уровня;
  - 3 уровень контроля- все случаи, подлежащие обязательному контролю (указаны в п.2.6)
- 2.12. Контроль осуществляется ежемесячно (в том числе в текущем режиме).
- 2.13. Каждый аудитор заполняет «Сводный отчет экспертной проверки качества оказания стоматологической помощи» (Приложение 7).
- 2.14. В случаях, требующих проведения детальной экспертной оценки и анализа (например, в случаях летальных исходов, ятрогенных осложнений, жалоб пациентов и других) в обязательном порядке заполняется «Карта экспертной оценки качества медицинской помощи» (Приложение 6), с регистрацией в «Журнале контроля качества медицинской помощи» (Приложение 3).
- 2.15. При выявлении в ходе внутреннего аудита дефектов оказания медицинской помощи используется «Классификатор дефектов медицинской помощи» (Приложение 5).
- 2.16. Аудитор несет персональную ответственность за объективность проведенной им экспертизы качества медицинской помощи.
- 2.17. Совещание по результатам внутреннего аудита под председательством главного врача учреждения (а при его отсутствии- заведующий лечебно-хирургическим отделением) проводится первого числа месяца, следующего за отчетным. В случае, если первое число месяца приходится на выходные и праздничные дни, дата проведения итогового совещания назначается главным врачом учреждения.
- 2.18. Протокол итогового совещания по результатам внутреннего аудита и «Журнал контроля качества медицинской помощи» (Приложение 3) заполняет заведующий организационно-методическим отделом и подписывается главным врачом учреждения.
- 2.19. Результаты аудита в обязательном порядке ежемесячно доводятся до врачей учреждения.
- 2.20. По результатам проведенного аудита главным врачом учреждения принимаются управленческие решения (при наличии необходимости), включающие в себя клинический разбор конкретного случая

оказания медицинской помощи, обучение сотрудников, принятие административных и экономических мер воздействия.

2.21. По результатам мониторинга показателей (за квартал), отражаемых в Журнале контроля качества медицинской помощи, главный врач учреждения принимает управленческое решение о необходимости административных и экономических мер воздействия по отношению к заведующим отделениями.

2.20. «Сводный акт экспертной проверки», «Журнал контроля качества медицинской помощи», «Карта экспертной оценки качества медицинской помощи» хранятся в учреждении 3 года.

### **СПИСОК**

**должностных лиц, отвечающих за I уровень внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в учреждении:**

1. Заведующий лечебно-хирургическим отделением, врач-стоматолог-терапевт Хайруллина Р.А.
2. Заведующий детским отделением, врач-стоматолог детский Аксёнова Н.В.
3. Заведующий отделением ортопедической стоматологии, врач-стоматолог-ортопед Прокопенко С.В.
4. врач-стоматолог-терапевт Губина О.Н.
5. врач-ортодонт Агаки А.В.
6. врач стоматолог-хирург Ханьжин Д.С.
7. врач-стоматолог детский Русина Е.В.
8. врач-стоматолог Романова Т.Н.
9. врач-стоматолог Трофимук И.Н.

### **СПИСОК**

**Должностных лиц, отвечающих за II уровень внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в учреждении:**

1. заведующий лечебно-хирургическим отделением, врач-стоматолог-терапевт - Хайруллина Р.А.

### **СПИСОК**

**Должностных лиц, отвечающих за III уровень внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в учреждении (клинико-экспертный совет):**

1. Главный врач – Татарина М.А.
2. Заведующий лечебно-хирургическим отделением, врач-стоматолог-терапевт Хайруллина Р.А.
3. Заведующий детским отделением, врач-стоматолог детский Аксёнова Н.В.
4. Заведующий отделением ортопедической стоматологии, врач-стоматолог-ортопед Прокопенко С.В.
5. врач-стоматолог-хирург Ханьжин Д.С. (привлекаемый консультант)
6. врач-ортодонт Агаки А.В. (привлекаемый консультант)

## Журнал контроля качества медицинской помощи

(применяется для общей оценки работы структурного подразделения)

№ п/п	Проверяемый период (месяц, квартал, год)	Отделение, либо Ф.И.О. врачей с числом пролеченных больных	Количество проведенных экспертиз		Количество медицинских карт с выявленными дефектами медицинской помощи (абс. и %)										Итоговая оценка качества медицинской помощи с Коэффициентом качества
					Диагностических мероприятий		Полноты диагноза		Лечебно-профилактических мероприятий		Преемственности этапов		Оформления медицинской документации		
1	2	3	4		5		6		7		8		9		10
п р и м е р	январь	Лечебно-хирургическое отделение  20	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс.	%	0,7 - ДМП
						10	50	5	50	2	20	5	50	0	
п р и м е р	январь	Детское отделение 30	15	50	3	20	0	0	8	50	3	20	9	60	0,7 - ДМП

Баллы по каждому подвергнутому экспертизе случаю (Карта экспертной оценки качества медицинской помощи) суммируются и делятся на число, равное количеству экспертиз – получается коэффициент качества по отделению



## ИНСТРУКЦИЯ ПО ВЕДЕНИЮ ЖУРНАЛА КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

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

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

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

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

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

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

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

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

в 8 графе – дефекты преемственности этапов оказания медицинской помощи,

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

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

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

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

качественно оказанная медицинская помощь, сопровождавшаяся единичными дефектами медицинской помощи, которые не привели и не могли привести к ухудшению состояния здоровья пациента или его смерти (аббревиатура – «ДМП») с Коэффициентом качества 0,7-0,6;

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

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

**Классификатор****дефектов медицинской помощи**

(применяется при проведении экспертизы конкретного случая оказания медицинской помощи)

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

Код	Виды и наименования дефектов
<b>1</b>	<b>Дефекты диагностических мероприятий</b> <b>Дефекты сбора жалоб или анамнеза (анамнеза жизни; анамнеза заболевания):</b>
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.
<b>2</b>	<b>Дефекты объективного осмотра; дополнительных обследований:</b>
2.1	Объективный осмотр не проведен.
2.2	Объективный осмотр проведен не в полном объеме.
2.3	Запись об объективном осмотре сделана без его проведения.
2.4	Диагностические мероприятия не назначены.
2.5	Диагностические мероприятия не назначены в необходимом объеме.
2.6	Диагностические мероприятия назначены несвоевременно.
2.7	Диагностические мероприятия назначены необоснованно.
2.8	Диагностические мероприятия назначены без учета индивидуальных особенностей организма пациента или имеющихся противопоказаний к их назначению.
2.9	Диагностические мероприятия выбраны не рационально, в том числе, без учета современного уровня медицинской науки и технологий.
2.10	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	Имевшиеся клинические данные не были учтены в процессе установления диагноза.
2.18	Имевшиеся 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 преемственности оказания медицинской помощи между медицинскими работниками или между подразделениями

	медицинской организации
2.22	При проведении диагностических мероприятий не соблюдался принцип преемственности 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.
<b>3</b>	<b>Дефекты оформления диагноза (диагноза основного заболевания; диагноза сопутствующего заболевания):</b>
3.1	Диагноз основного заболевания не обоснован
3.2	Диагноз основного заболевания установлен несвоевременно.
3.3	Диагноз сформулирован не в соответствии с Международной классификацией болезней X пересмотра (МКБ-X) или не в соответствии с действующими требованиями к формулировке диагноза.
3.4	В диагнозе не сформулированы или сформулированы не в соответствии с действующими требованиями характеристики заболевания: локализация патологического процесса, степень тяжести, стадия, фаза, активность, характер течения, осложнения заболевания, даты перенесенных инфарктов, инсультов, операций, степень нарушения функций органов и систем.
3.5	Диагноз сформулирован с использованием не принятых в медицинской практике аббревиатур и сокращений.
3.6	Диагноз частично обоснован, нет плана ведения больного, нет этапных эпикризов, нет осмотров заведующего отделением, неинформативные записи.
3.7	Прочие виды дефектов оформления диагноза.
<b>4</b>	<b>Дефекты лечебно-профилактических мероприятий:</b>
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 назначение 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 медицинских изделий, не зарегистрированных в Государственном реестре медицинских изделий или не прошедших в установленном порядке поверку (или техническое обслуживание) или с использованием лекарственных средств, не зарегистрированных в Государственном реестре лекарственных средств.
4.13	Назначенные лечебные мероприятия выполнены с нарушением медицинских технологий.
4.14	Не проведен консилиум в клиническом случае, требующем его проведения.
4.15	Лечебные мероприятия проводились медицинским работником, не имеющим действующего сертификата специалиста или медицинским работником по специальности, не соответствующей профилю заболевания пациента (за исключением дежурных медицинских работников).
4.16	При проведении лечебных мероприятий не соблюдался принцип преемственности оказания медицинской помощи между медицинскими работниками или между подразделениями медицинской организации
4.17	При проведении лечебных мероприятий не соблюдался принцип преемственности оказания медицинской помощи с другими медицинскими организациями.
4.18	При проведении лечебных мероприятий допущено клинически необоснованное отклонение сроков

	лечения от средних рекомендованных сроков (более 25% от стандарта).
4.19	Не назначены повторные осмотры пациента или контрольные дополнительные исследования, или их частота не соответствует необходимой.
4.20	Лечебные мероприятия были прекращены до достижения их целевых результатов.
4.21	Прочие виды дефектов лечебных мероприятий.
<b>5</b>	<b>Дефекты профилактических мероприятий:</b>
5.1	Профилактические мероприятия не назначены.
5.2	Профилактические мероприятия не назначены в необходимом объеме.
5.3	Профилактические мероприятия назначены несвоевременно.
5.4	Профилактические мероприятия назначены без учета индивидуальных особенностей организма пациента или имеющих противопоказаний к их назначению.
5.5	Не приняты или приняты не в недостаточном объеме меры, направленные на профилактику ятрогенных осложнений и неблагоприятных реакций при проведении профилактических мероприятий.
5.6	Профилактические мероприятия назначены с нарушением медицинских технологий.
5.7	Назначенные профилактические мероприятия не выполнены.
5.8	Назначенные профилактические мероприятия выполнены несвоевременно.
5.9	Назначенные профилактические мероприятия выполнены не в полном объеме.
5.10	Назначенные профилактические мероприятия выполнены с нарушением медицинских технологий или с использованием медицинских изделий, не зарегистрированных в Государственном реестре медицинских изделий или не прошедших в установленном порядке поверку (или техническое обслуживание) или с использованием лекарственных средств, не зарегистрированных в Государственном реестре лекарственных средств.
5.11	Профилактические мероприятия проводились медицинским работником, не имеющим сертификата специалиста или медицинским работником, специальности, не соответствующей профилю заболевания пациента.
5.12	ны повторные осмотры пациента или дополнительные исследования в целях динамического за состоянием здоровья и эффективностью профилактических мероприятий, или их частота не вует необходимой.
5.13	Профилактические мероприятия были прекращены до достижения их целевых результатов.
5.14	При проведении профилактических мероприятий не соблюдался принцип преемственности оказания медицинской помощи между медицинскими работниками или между подразделениями медицинской организации.
5.15	При проведении профилактических мероприятий не соблюдался принцип преемственности оказания медицинской помощи с другими медицинскими организациями.
5.16	Прочие виды дефектов профилактических мероприятий.
<b>6</b>	<b>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.):</b>
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.

## Рубрика 2 Классификатора.

### Группы дефектов медицинской помощи по причинам их возникновения

(применяется при проведении экспертизы конкретного случая оказания медицинской помощи)

Код	Группы дефектов
М	<p>Причинами дефектов являлись действия (или бездействие) медицинского работника, непосредственно оказывавшего медицинскую помощь:</p> <p>М (в) – врача;</p> <p>М (с) – среднего медицинского работника.</p> <p>Возникновение дефектов данной группы может быть связано с:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- добросовестным заблуждением медицинских работников (медицинская ошибка),</li> <li>- не выполнением или недобросовестным выполнением медицинскими работниками должностных обязанностей или требований нормативных правовых документов,</li> <li>- с другими факторами.</li> </ul>
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"> <li>- не явкой пациента на прием,</li> <li>- отказом пациента от назначенного обследования и лечения,</li> <li>- не выполнением пациентом назначений лечащего врача,</li> <li>- не предоставлением пациентом полной и достоверной информации о состоянии своего здоровья,</li> <li>- самовольным, без согласования с лечащим врачом, применением пациентом методов диагностики или лечения,</li> <li>- поздним обращением пациента за медицинской помощью,</li> <li>- симуляцией, диссимуляцией или аггравацией со стороны пациента,</li> <li>- с другими факторами.</li> </ul>
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"> <li>- исходной тяжестью состояния пациента,</li> <li>- особенностями течения заболевания (атипичность, скоротечность, необратимая стадия, неизвестные медицинской науке этиопатогенетические факторы заболевания),</li> <li>- наличием сопутствующих заболеваний,</li> <li>- внезапно возникшей неисправностью медицинского оборудования,</li> <li>- с другими факторами.</li> </ul>
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"> <li>- в организации амбулаторно-поликлинического приема,</li> <li>- в организации работы вспомогательных лечебно-диагностических служб (лаборатория, рентген-отделение, физио-отделение и др.),</li> <li>- в организации проведения консультаций специалистов или исследований, отсутствующих в учреждении,</li> <li>- в обеспечении необходимым медицинским оборудованием,</li> <li>- в организации проверок или технического обслуживания медицинского оборудования,</li> <li>- в обеспечении бланками медицинской документации,</li> <li>- в разработке внутренних распорядительных документов по организации и оказанию медицинской помощи в учреждении,</li> <li>- в организации ознакомления персонала с нормативными правовыми или внутренними распорядительными документами,</li> <li>- в организации достоверного статистического учета оказываемой медицинской помощи,</li> <li>- в обеспечении сохранности медицинской документации в учреждении,</li> <li>- с другими факторами.</li> </ul>

## Карта экспертной оценки качества медицинской помощи

Медицинская карта стоматологического пациента № \_\_\_\_\_  
 Отделение \_\_\_\_\_

Период оказания медицинской помощи: \_\_\_\_\_

Ф.И.О. пациента \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_ Возраст \_\_\_\_\_ Лечащий врач \_\_\_\_\_

Клинический диагноз \_\_\_\_\_

Осложнение \_\_\_\_\_

Сопутствующий диагноз \_\_\_\_\_

№	Показатели	Баллы	Аудитор 1 уровня	Аудитор 2 уровня
<b>А.</b>	<b>Оценка врачебного осмотра</b>			
	<b>1. Объем и качество обследования (сбор жалоб, анамнеза, физикальных данных консультаций специалистов, осмотр зав. отделением)</b>			
	В полном объеме (в соответствии с существующими клиническими рекомендациями, алгоритмами и протоколами)	1		
	Не в полном объеме (не соответствующим клиническим рекомендациям, алгоритмам и протоколам)	0,5		
<b>Б</b>	<b>2. Объем диагностических исследований</b>			
	Достаточный	1		
	Недостаточный	0,5		
<b>В</b>	<b>Постановка диагноза</b>			
	<b>1. Своевременность и правильность выставленного диагноза</b>			
	Своевременно и правильно	1		
	Не своевременно, правильно	0,5		
	Не своевременно и неправильно	0		
<b>Г.</b>	<b>Оценка лечебно-профилактических мероприятий (ОЛПМ)</b>			
	<b>1. Адекватность лечения по диагнозу</b>			
	Соответствует диагнозу (в соответствии с существующими клиническими рекомендациями, алгоритмами и протоколами)	1		
	Не соответствует диагнозу (в соответствии с существующими клиническими рекомендациями, алгоритмами и протоколами)	0		
<b>Д.</b>	<b>Преимственность этапов лечения (консультации заведующего отделением, специалистов других профилей)</b>			
	Соблюдена	1,0		
	Частично соблюдена	0,5		
	Не соблюдена	0		
<b>Е.</b>	<b>Оформление документации</b>			
	Соответствует принятым нормам	1,0		
	Дефекты оформления медицинской документации	0,5		
	Отсутствие в медицинской документации подтверждения выполненных медицинских услуг (запись приема, результаты обследования, запись консультанта)	0		
	<b>Сумма баллов (макс 6)</b>	<b>6</b>		

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

**Коэффициент качества  $K_k = (A+B+В+Г+Д+Е) : 6$**

Пример:  $K_k = (1+0,5+0,5+1+1+1) : 6 = 0,8$

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

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

где  $n$  – это число проведенных экспертиз

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

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

## БУ «Няганская городская стоматологическая поликлиника»

Сводный отчёт экспертной проверки качества оказания стоматологической помощи  
\_\_\_\_\_ в соответствии с решением о назначении контроля  
(экспертизы) качества  
№ \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

Мной, врачом –экспертом \_\_\_\_\_ в период спо проведена экспертиза качества  
медицинской помощи на основе анализа произвольно выбранных стоматологических  
амбулаторных карт пациентов, пролеченных за \_\_\_\_\_ врачом – стоматологом  
(зубным врачом). Результаты проверки приведены ниже в таблице:

№ п/н	Ф. И. О. пациента/лечащего врача	Диагноз/Дата лечения	Выявленные дефекты	Коэффициент качества

Все записи в амбулаторных картах соответствуют/не соответствуют:

записям в листе ежедневного учёта работы врача стоматолога (зубного врача) - ф037/у-88 в указанные даты.

Ознакомлен(а): \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_

Врач-эксперт КМП \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_

Организатор ЭКМП \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_