

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

**П Р И К А З**

« 16 » сентября 2019 г.

№ 19-о

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

В целях исполнения приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации №381н от 07.06.2019г «Об утверждении требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» и в соответствии со статьей 90 Федерального закона №323-ФЗ от 21.11.2011г «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

**ПРИКАЗЫВАЮ**

1. Утвердить в срок до 20.09.2019г:

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 внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в БУ «Няганская городская стоматологическая поликлиника» (Приложение 2);

1.3. форму журнала внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (Приложение 3);

1.4. инструкцию по ведению журнала внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (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. форму сводного отчёта экспертной проверки качества оказания стоматологической помощи (плановых/внеплановых проверок) (Приложение 7);

1.8. План проведения плановых проверок качества и безопасности медицинской деятельности на календарный год (Приложение 8);

2. Назначить ответственными за организацию данного раздела работы по учреждению следующих сотрудников:

- Некрасову Андриану Викторовну, заместителя главного врача по медицинской части;
- Бех Нину Геннадьевну, главную медицинскую сестру;
- Кудинова Андрея Александровича, заведующего организационно-методическим отделом

3. Ознакомить всех заинтересованных лиц с приказом.  
Ответственный- Петина Ирина Александровна, секретарь руководителя

Контроль за исполнением приказа оставляю за собой.

Главный врач

A handwritten signature in blue ink, consisting of a large, stylized initial 'Т' followed by the letters 'атарина'.

Татарина М.А.

## **ПОЛОЖЕНИЕ**

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

#### **1. Общие положения**

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 07.06.2019г № 381н «Об утверждении требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» и приказа главного врача от 16.09.2019г № 25 «О порядке организации и проведении внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в БУ «Няганская городская стоматологическая поликлиника»

- 1.1. 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 безопасности медицинской помощи, оказываемой гражданам, а также управления качеством медицинской помощи в учреждении.
- 1.2. 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, а так же обеспечение должного уровня безопасности медицинской деятельности для пациентов и сотрудников учреждения.
- 1.3. Основными задачами при осуществлении внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности являются:
  - совершенствование подходов к осуществлению медицинской деятельности для предупреждения, выявления и предотвращения рисков, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и минимизация последствий их наступления;
  - обеспечение и оценка соблюдения прав граждан в сфере охраны здоровья при осуществлении медицинской деятельности;
  - обеспечение применения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи;
  - обеспечение соблюдения медицинскими работниками учреждения ограничений, налагаемых на указанную категорию при осуществлении ими профессиональной

деятельности в соответствии Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

- обеспечение и оценка соответствия оказываемой медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи в соответствии с приказом МЗ РФ от 10.05.2017г № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» и рассмотрение причин возникновения несоответствия качества оказываемой медицинской помощи указанным критериям;
- выполнение медицинскими работниками должностных инструкций в части обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности;
- предупреждение нарушений при оказании медицинской помощи;
- принятие мер по предотвращению и /или устранению последствий и причин нарушений, выявленных в рамках внутреннего/внешнего контроля качества и безопасности медицинской деятельности;
- принятие управленческих решений по совершенствованию подходов к осуществлению медицинской деятельности.

## **2. Порядок организации и проведения контроля качества и безопасности при осуществлении медицинской деятельности**

2.1. Внутренний контроль включает в себя следующие мероприятия:

- оценку качества и безопасности медицинской деятельности путём проведения плановых/внеплановых проверок;
- сбор статистических данных, характеризующих качество и безопасность медицинской деятельности и их анализ;
- учёт нежелательных событий при осуществлении медицинской деятельности создающих угрозу/ повлекших причинение вреда жизни и здоровью граждан (в том числе сотрудников учреждения);
- мониторинг наличия лекарственных препаратов и медицинских изделий, необходимых для оказания медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и действующими клиническими рекомендациями;
- анализ информации о побочных, нежелательных реакциях при применении лекарственных препаратов (используемых в учреждении), представляющих угрозу жизни и здоровью человека.

Внутренний контроль осуществляется посредством плановых и внеплановых (целевых) проверок. Плановые проверки осуществляются 1 раз в квартал в соответствии с утвержденным главным врачом учреждения графиком плановых проверок на календарный год. Внеплановые (целевые) проверки осуществляются не реже 1 раза в месяц на основании:

- обращений пациентов
- при выявлении однотипных, регулярно повторяющихся нарушений при оказании медицинской помощи, выявленных при проведении плановой/внеплановой проверки;
- в случае возникновения осложнений, вызванных медицинским вмешательством.

Длительность проверки не должна превышать 10 рабочих дней. Проверка осуществляется методом свободной выборки при плановых проверках / по тематически однородной совокупности случаев. При внеплановой проверке выборка основана с учетом перечисленных выше оснований.

2.2. Контроль качества медицинской помощи (внутренний аудит) осуществляется работниками, назначенными приказом руководителя учреждения, ответственными за проведение контроля качества медицинской помощи (далее по тексту - аудиторами). 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 - прошедшие специальную подготовку врачи эксперты, второй уровень контроля – заведующие структурными подразделениями, третий уровень

контроля – заместитель главного врача по медицинской части и при необходимости- комиссия по контролю качества медицинских услуг (далее по тексту Комиссия).

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 первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей;
- случаи выдачи листа нетрудоспособности.

2.8. Контроль качества и безопасности медицинской помощи проводится по случаям медицинской помощи (законченным или незаконченным), оказанной в учреждении независимо от источника финансирования оказанной медицинской помощи.

2.9. Контроль качества и безопасности медицинской помощи проводится по данным медицинской и иной документации, содержащей информацию о медицинской помощи, оказанной в конкретном проверяемом случае, а так же всех других доступных источников информации (пояснительные записки, данные видеонаблюдения и т.д.).

2.10. Устанавливаются следующие минимальные объемы проведения контроля (без учета случаев, подлежащих контролю в обязательном порядке согласно п.2.7):

- 1 уровень контроля - не менее 25 случаев оказания медицинской помощи в расчете на одного аудитора;

- 2 уровень контроля - не менее 30 реэкспертиз в месяц, проведённых аудиторами 1 уровня;

- 3 уровень контроля - все случаи, подлежащие обязательному контролю (указаны в п.2.7)

2.11. Каждый аудитор заполняет «Сводный отчёт экспертной проверки качества оказания стоматологической помощи» (Приложение 7), на основании данных карты экспертной оценки качества медицинской помощи (Приложение 6) и прикладывает реестр проверенных случаев (список проверки)

2.12. В случаях, требующих проведения детальной экспертной оценки и анализа (например, в случаях ятрогенных осложнений, жалоб пациентов) в обязательном порядке заполняется «Карта экспертной оценки качества медицинской помощи» (Приложение 6),

2.13. по результатам проведенных экспертиз заведующий организационно-методическим отделом осуществляет внесение информации в «Журнал контроля качества медицинской помощи» (Приложение 3).

- 2.14. При выявлении в ходе внутреннего аудита дефектов оказания медицинской помощи используется «Классификатор дефектов медицинской помощи» (Приложение 5).
- 2.15. Аудитор несёт персональную ответственность за объективность проведённой им экспертизы качества и безопасности медицинской помощи.
- 2.16. Совещание по результатам внутреннего аудита под председательством главного врача учреждения (а при его отсутствии – заместителя главного врача по медицинской части)
- 2.17. 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.
- 2.22. «Сводный акт экспертной проверки», «Журнал контроля качества медицинской помощи», «Карта экспертной оценки качества медицинской помощи» хранятся в учреждении не менее 5 лет.

### **СПИСОК**

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

1. врач-стоматолог-терапевт Маммаев А.М.
2. врач-стоматолог детский Русина Е.В.
3. врач-стоматолог-терапевт Романова Т.Н.
4. врач-стоматолог-терапевт Дмитриев М.Г.
5. врач-стоматолог-терапевт Ердяков А.Э.
6. врач-стоматолог детский Симонова М.Е.
7. врач-стоматолог детский Жижина Ю.А.
8. врач-стоматолог-терапевт Сабельникова О.Ю.
9. врач-стоматолог-терапевт Переверзева С.Х.

### **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.
2. заведующий детским отделением, врач-стоматолог детский Аксёнова Н.В.
3. и.о. заведующего отделением ортопедической стоматологии, врач-стоматолог-ортопед Сияуткин Д.А.

### **СПИСОК**

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

1. заместитель главного врача по медицинской части, Некрасова А.В.
2. комиссия по контролю качества медицинской помощи (заместитель главного врача по медицинской части Некрасова А.В., начальник юридического-договорного отдела Некрасов А.А., заведующий организационно-методическим отделом Кудинов А.А., заведующая лечебно-хирургическим отделением Хайруллина Р.А.)

**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 пролечен ных 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		Преимственнос ти 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	0	5	50	
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)

Код	Виды и наименования дефектов
<b>1</b>	<b>Дефекты сбора жалоб или анамнеза заболевания</b>
<b>2</b>	<b>Дефекты объективного осмотра</b>
<b>3</b>	<b>Дефекты диагностики:</b>
3.1	Диагностические мероприятия не проведены в необходимом объеме.
3.2	Диагностические мероприятия назначены несвоевременно.
3.3	Диагностические мероприятия назначены необоснованно.
3.4	Диагностические мероприятия назначены без учета индивидуальных особенностей организма пациента или имеющих противопоказаний к их назначению.
3.5	Диагностические мероприятия выбраны не рационально, в том числе, без учета современного уровня медицинской науки и технологий.
3.6	Имевшиеся клинические данные не были учтены в процессе установления диагноза.
3.7	Имевшиеся клинические данные не обосновывают установленный диагноз.
<b>4</b>	<b>Дефекты оформления диагноза:</b>
4.1	Диагноз основного заболевания установлен несвоевременно.
4.2	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
4.3	Диагноз сформулирован с использованием не принятых в медицинской практике аббревиатур и сокращений.
<b>5</b>	<b>Дефекты лечебно-профилактических мероприятий:</b>
5.1	Лечебные мероприятия не назначены в необходимом объеме.
5.2	Лечебные мероприятия назначены несвоевременно.
5.3	Лечебные мероприятия назначены не обоснованно.
5.4	Лечебные мероприятия назначены без учета индивидуальных особенностей организма пациента или имеющих противопоказаний к их назначению.
5.5	Лечебные мероприятия назначены без указания наименования; дозы; кратности применения; длительности применения; пути применения.
5.6	Не проведен консилиум в клиническом случае, требующем его проведения.
5.7	Не назначены повторные осмотры пациента или контрольные дополнительные исследования при наличии клинической необходимости.
5.8	Лечебные мероприятия были прекращены до достижения их целевых результатов.
5.9	Прочие виды дефектов лечебных мероприятий.
<b>6</b>	<b>Дефекты профилактических мероприятий:</b>
6.1	Профилактические мероприятия не назначены.
6.2	Профилактические мероприятия не назначены в необходимом объеме.
6.5	Не приняты или приняты не в недостаточном объеме меры, направленные на профилактику ятрогенных осложнений и неблагоприятных реакций
<b>7</b>	<b>Дефекты оформления медицинской документации, содержащей информацию об оказанной медицинской помощи (амбулаторная карта, журнал приема, внесение в реестр и т.д.)</b>
7.1	Медицинская документация не оформлена, при наличии достоверной информации о факте оказания медицинской помощи.
7.2	Медицинская документация оформлена не в полном объеме.
7.3	Медицинская документация оформлена с нарушением требований к ее оформлению.
7.4	В медицинскую документацию внесены ложные сведения.
7.5	Медицинская документация оформлена неразборчиво или с использованием не общепринятых аббревиатур, что не позволяет ее прочесть и затрудняет ее проверку.
7.6	В медицинской документации имеются исправления, дописки или подчистки.

7.7	В медицинской документации отсутствуют результаты проведенных исследований, при наличии достоверной информации о факте их проведения.
-----	---

### 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 style="padding-left: 20px;">М (в) – врача; 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 соответствие существующим 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		
	Не соблюдена	0		
<b>Е.</b>	<b>Оформление документации</b>			
	Соответствует принятым нормам	1		
	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 6:**

**Коэффициент качества  $K_k = (A+B+V+Г+Д+E) : 6$**

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.

**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 с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ проведена  
экспертиза качества и безопасности медицинской помощи на основе анализа выбранных в  
реестре стоматологических амбулаторных карт пациентов.

Результаты проверки приведены ниже в таблице:

№ п/н в реестре	Ф. И. О. лечащего врача	Выявленные дефекты	Коэффициент качества

Ознакомлен(а): \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_  
Врач-эксперт КМП \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_  
Организатор ЭКМП. \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_

