

**ДЕПАРТАМЕНТ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ
КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

ПРИКАЗ

от 23 июля 2013 г. N 1013

**ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОВЕДЕНИЯ ВЕДОМСТВЕННОГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА
И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

(в ред. приказов департамента охраны здоровья населения
Кемеровской области от 18.12.2013 [N 1766](#),
от 30.12.2013 [N 1823](#))

В целях выполнения [приказа](#) Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2012 года N 1340н "Об утверждении порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности" и полномочий, предусмотренных [пунктами 3, 5, 6 части 2 статьи 88](#) Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации" приказываю:

1. Руководителям структурных подразделений департамента охраны здоровья населения Кемеровской области организовать проведение ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности в соответствии с Порядком организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности утвержденным [Приказом](#) Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.12.2012 N 1340н "Об утверждении порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности:

(в ред. [приказа](#) департамента охраны здоровья населения Кемеровской области от 30.12.2013 N 1823)

1.1. заместителю начальника департамента по охране здоровья взрослого населения (Иванову А.В.) в части соблюдения порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи медицинскими организациями, подведомственными департаменту охраны здоровья населения Кемеровской области, оказывающими помощь взрослому населению;

1.2. заместителю начальника департамента по охране здоровья матери и ребенка (Зелениной Е.М.) в части соблюдения порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи медицинскими организациями, подведомственными департаменту охраны здоровья населения Кемеровской области, оказывающими помощь детскому населению;

1.3. заместителю начальника департамента фармацевтического управления (Чегодаевой В.Н.) в части проведения проверок соблюдения медицинскими работниками, руководителями медицинских организаций ограничений, применяемых к ним при осуществлении профессиональной деятельности;

1.4. начальнику отдела ресурсного обеспечения (Чубукову Д.Д.) в части соблюдения порядков оказания медицинской помощи, соблюдения медицинскими организациями безопасных условий труда, требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий и их утилизации (уничтожению);

1.5. начальнику отдела управления делами и кадрами (Фадеева Е.В.) в части соблюдения рекомендуемых штатных нормативов в соответствии с порядками оказания медицинской помощи.

(п. 1 в ред. [приказа](#) департамента охраны здоровья населения Кемеровской области от 18.12.2013 N 1766)

2. Начальнику отдела разработки и реализации программ в сфере здравоохранения (Абросовой О.Е.):

2.1. обеспечить координацию проведения плановых и внеплановых проверок ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности в подведомственных организациях согласно требованиям действующего законодательства;

2.2. подготовить и представить на утверждение график проведения плановых проверок подведомственных организаций на IV квартал 2013 года и на 2014 год в срок до 01.09.2013.

(п. 2 в ред. [приказа](#) департамента охраны здоровья населения Кемеровской области от 18.12.2013 N 1766)

3. Начальнику отдела управления делами и кадрами внести изменения в должностные инструкции и в положение о департаменте охраны здоровья населения Кемеровской области в части проведения ведомственного контроля качества.

(п. 3 в ред. [приказа](#) департамента охраны здоровья населения Кемеровской области от 18.12.2013 N 1766)

4. Исключен. - [Приказ](#) департамента охраны здоровья населения Кемеровской области от 30.12.2013 N 1823

4.1. исключен. - [Приказ](#) департамента охраны здоровья населения Кемеровской области от 30.12.2013 N 1823;

4.2. [перечень](#) должностей структурных подразделений департамента охраны здоровья населения Кемеровской области, уполномоченных осуществлять ведомственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности в медицинских организациях, подведомственных департаменту охраны здоровья населения Кемеровской области (приложение 2);

4.2. форму приказа, акта проверки и предписания по ведомственному контролю качества и безопасности медицинской деятельности ([приложение 3 - 5](#));

4.3. примерное [положение](#) о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения Кемеровской области (приложение 6);

4.4. форму [отчета](#) по результатам проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской помощи (приложение 7).

(п. 4 в ред. [приказа](#) департамента охраны здоровья населения Кемеровской области от 18.12.2013 N 1766)

5. Рекомендовать руководителям органов местного самоуправления муниципальных районов и городских округов, осуществляющих полномочия в сфере охраны здоровья (по согласованию):

(в ред. [приказа](#) департамента охраны здоровья населения Кемеровской области от 30.12.2013 N 1823)

5.1. проводить ведомственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности в подведомственных организациях согласно требованиям действующего законодательства;

5.2. предоставлять в отдел разработки и реализации программ в сфере здравоохранения департамента охраны здоровья населения Кемеровской области [отчет](#) по результатам проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности в подведомственных организациях ежеквартально в срок до 5 числа месяца, следующего за отчетным кварталом (приложение 7);

5.3. организовать проведение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в подведомственных медицинских организациях в соответствии с примерным положением о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения Кемеровской области.

(п. 5 введен [приказом](#) департамента охраны здоровья населения Кемеровской области от 18.12.2013 N 1766)

6. Главным врачам государственных учреждений здравоохранения организовать проведение внутреннего контроля в соответствии с примерным положением о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения Кемеровской области.

(п. 6 введен [приказом](#) департамента охраны здоровья населения Кемеровской области от 18.12.2013 N 1766)

7. Признать утратившими силу приказы департамента охраны здоровья населения Кемеровской области от 23 июня 2010 г. [N 753](#) "О внутриведомственном контроле качества медицинской помощи", от 5 октября 2010 г. [N 1168](#) "Об утверждении Акта экспертизы внутриведомственного контроля качества медицинской помощи", от 30 декабря 2011 г. [N 1511](#) "В дополнение к приказам департамента охраны здоровья населения Кемеровской области от 23 июня 2010 г. N 753 "О внутриведомственном контроле качества медицинской помощи" и от 5 октября 2010 г. N 1168 "Об утверждении Акта экспертизы внутриведомственного контроля качества медицинской помощи".

(п. 7 введен [приказом](#) департамента охраны здоровья населения Кемеровской области от 18.12.2013 N 1766)

8. Контроль за исполнением приказа возложить на первого заместителя начальника департамента О.В.Селедцову.

(п. 8 введен [приказом](#) департамента охраны здоровья населения Кемеровской области от 18.12.2013 N 1766)

Начальник департамента
В.К.ЦОЙ

Приложение
к приказу ДОЗН КО
от 23 июля 2013 г. N 1013

**ПОРЯДОК
ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЯ ВЕДОМСТВЕННОГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА
И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЕПАРТАМЕНТОМ
ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

Исключен. - [Приказ](#) департамента охраны здоровья населения Кемеровской области от 30.12.2013 N 1823.

Приложение 2
к приказу ДОЗН КО
от 23 июля 2013 г. N 1013

**ПЕРЕЧЕНЬ
ДОЛЖНОСТЕЙ СТРУКТУРНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ ДЕПАРТАМЕНТА ОХРАНЫ
ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ, УПОЛНОМОЧЕННЫХ
ОСУЩЕСТВЛЯТЬ ВЕДОМСТВЕННЫЙ КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА И
БЕЗОПАСНОСТИ
МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ,
ПОДВЕДОМСТВЕННЫХ ДЕПАРТАМЕНТУ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ
КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

(введен [приказом](#) департамента охраны здоровья населения
Кемеровской области от 18.12.2013 N 1766)

1. Отдел охраны здоровья взрослого населения:
заместитель начальника департамента;
ведущий консультант;
ведущий специалист;

главный специалист.

2. Отдел охраны здоровья матери и ребенка:

заместитель начальника департамента;

консультант;

главный специалист.

3. Фармацевтическое управление:

заместитель начальника департамента;

ведущий консультант;

главный специалист.

4. Отдел ресурсного обеспечения:

начальник отдела;

главный специалист.

5. Отдел управления делами и кадрами начальник отдела;

главный специалист;

главный специалист-юриисконсульт.

6. Отдел разработки и реализации программ в сфере здравоохранения:

начальник отдела;

ведущий консультант;

главный специалист.

Приложение 3
к приказу ДОН КО
от 23 июля 2013 г. N 1013

(введено [приказом](#) департамента охраны здоровья населения
Кемеровской области от 18.12.2013 N 1766)

Форма

ДЕПАРТАМЕНТ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ
КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

г. Кемерово

О проведении _____ проверки ведомственного контроля
(плановой/внеплановой, документарной/выездной)

1. Провести проверку в отношении _____

(наименование подведомственного учреждения)

2. Место нахождения: _____

(подведомственного учреждения)

3. Назначить лицом (ми), уполномоченным (ми) на проведение проверки:

_____ (фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), должность должностного лица (должностных лиц), уполномоченного (ых) на проведение проверки)

4. Привлечь к проведению проверки в качестве экспертов, представителей Экспертных организаций следующих лиц: _____

(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), должности привлекаемых к проведению проверки экспертов и (или) наименование экспертной организации)

5. Установить, что: настоящая проверка проводится с целью:

При установлении целей проводимой проверки указывается следующая информация:

а) в случае проведения плановой проверки ссылка на утвержденный ежегодный план проведения плановых проверок;

б) в случае проведения внеплановой выездной проверки:

- реквизиты ранее выданного проверяемому лицу предписания об устранении выявленного нарушения, срок для исполнения которого истек;

- реквизиты обращений и заявлений граждан, юридических лиц, индивидуальных предпринимателей, поступивших в органы государственного контроля (надзора), органы муниципального контроля;

- реквизиты приказа начальника департамента охраны здоровья населения, изданного в соответствии с поручениями Президента Российской Федерации, Правительства Российской Федерации, Губернатора Кемеровской области;

- реквизиты требования прокурора о проведении внеплановой проверки в рамках надзора за исполнением законов и реквизиты прилагаемых к требованию материалов и обращений;

- реквизиты статистической отчетности, данных мониторинга;

- реквизиты показателей деятельности проверяемой медицинской организации;

Задачами настоящей проверки являются: _____

6. Предметом, задачи настоящей проверки является (отметить нужное):
соблюдение обязательных требований, установленных правовыми актами;
выполнение предписаний.

7. Правовые основания проведения проверки: _____

(ссылка на положение нормативного правового акта, в соответствии с которым осуществляется проверка; ссылка на положения (нормативных) правовых актов, устанавливающих требования, которые являются предметом проверки)

8. Срок проведения проверки: _____

К проведению проверки приступить

с "___" _____ 20__ г.

Проверку окончить не позднее "___" _____ 20__ г.

9. В процессе проверки провести следующие мероприятия по контролю, необходимые для достижения целей и задач проведения проверки:

10. Перечень административных регламентов по осуществлению государственного контроля (надзора), осуществлению муниципального контроля (при их наличии):

(с указанием наименований, номеров и дат их принятия)
11. Перечень документов, представление которых юридическим лицом,
необходимо для достижения целей и задач проведения проверки:

(должность, фамилия и инициалы руководителя,
заместителя руководителя,
издавшего приказ
о проведении проверки)

(подпись, заверенная печатью)

(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) и должность
должностного лица, непосредственно подготовившего проект распоряжения
(приказа), контактный телефон, электронный адрес (при наличии))

Приложение 4
к приказу ДОЗН КО
от 18 декабря 2013 г. N 1766

(введено [приказом](#) департамента охраны здоровья населения
Кемеровской области от 18.12.2013 N 1766)

"__" _____ 20__ г.
дата составления акта

Акт проверки
По ведомственному контролю качества и безопасности медицинской
деятельности
N _____

По адресу/адресам:

(место проведения проверки)

На основании:

(вид документа с указанием реквизитов (номер, дата)
была проведена _____ проверка в
отношении:

(плановая/внеплановая,
документарная/выездная)

(наименование юридического лица, фамилия, имя, отчество
(последнее - при наличии))

Дата и время проведения проверки:

"__"__ 20__ г. с __ час. __ мин. до __ час. __ мин. Продолжительность ____

"__"__ 20__ г. с __ час. __ мин. до __ час. __ мин. Продолжительность ____

(заполняется в случае проведения проверок филиалов, представительств,
обособленных структурных подразделений юридического лица или
по нескольким адресам)

Общая продолжительность проверки:

(рабочих дней/часов)

Акт составлен:

(наименование органа ведомственного контроля)

С копией распоряжения/приказа о проведении проверки ознакомлен(ы):
(заполняется при проведении выездной проверки)

(фамилии, инициалы, подпись, дата, время)

Лицо(а), проводившее проверку: _____

(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), должность
должностного лица (должностных лиц), проводившего (их) проверку;
в случае привлечения к участию в проверке экспертов указываются
фамилии, имена, отчества (последнее - при наличии), должности экспертов)
При проведении проверки присутствовали:

(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), должность
руководителя, иного должностного лица (должностных лиц) или
уполномоченного представителя юридического лица присутствовавших
при проведении мероприятий по проверке)

В ходе проведения проверки:

1. выявлены нарушения обязательных требований: _____

(с указанием характера нарушений; лиц, допустивших нарушения)

2. выявлены факты невыполнения предписаний (с указанием реквизитов
выданных предписаний): _____

3. нарушений не выявлено _____

Прилагаемые к акту документы: _____

Подписи лиц, проводивших проверку:

С актом проверки ознакомлен(а), копию акта со всеми приложениями
получил(а): _____

(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), должность руководителя,
иного должностного лица или уполномоченного представителя юридического
лица, индивидуального предпринимателя, его уполномоченного представителя)

"__"__ 20__ г.

(подпись)

Пометка об отказе ознакомления с актом проверки:

(подпись уполномоченного должностного
лица (лиц), проводившего проверку)

Приложение 5
к приказу ДОЗН КО
от 18 декабря 2013 г. N 1766

(введено [приказом](#) департамента охраны здоровья населения
Кемеровской области от 18.12.2013 N 1766)

ДЕПАРТАМЕНТ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ
КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРЕДПИСАНИЕ

_____ N _____
(дата)

Об устранении нарушений, выявленных в ходе проверки по ведомственному контролю качества и безопасности медицинской деятельности

Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области на основании приказа от "____" _____ N _____ провел _____
(вид проверки плановая, внеплановая)
проверку _____
(предмет проверки)

В отношении _____
(наименование медицинской организации)

В ходе проверки были выявлены следующие нарушения:

Устранить до _____
(дата)

Ответственность за выполнение мероприятий по устранению нарушений возлагается на _____
(должность. Ф.И.О.)

Информацию об устранении нарушения представить в отдел _____
Департамента охраны здоровья населения Кемеровской области
до _____
(дата)

Предписание получил _____
(подпись должностного лица)

ПРИМЕРНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ
О ВНУТРЕННЕМ КОНТРОЛЕ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГОСУДАРСТВЕННЫХ (МУНИЦИПАЛЬНЫХ) УЧРЕЖДЕНИЙ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

(введено [приказом](#) департамента охраны здоровья населения
Кемеровской области от 18.12.2013 N 1766)

1. Общие положения

Настоящее положение разработано в соответствии с Федеральным [законом](#) Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации", Федеральным [законом](#) Российской Федерации от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании Российской Федерации" (в редакции ФЗ N 136-ФЗ от 14 июня 2011 г.), [Законом](#) Российской Федерации от 7 февраля 1992 г. N 2300-1 "О защите прав потребителей", [Законом](#) Кемеровской области "О здравоохранении" от 17 февраля 2004 г. N 7-ОЗ, [Приказом](#) Министерства здравоохранения и социального развития от 31 декабря 2006 г. N 905 "Об утверждении административного регламента Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по исполнению Государственной функции по осуществлению контроля за соблюдением стандартов качества медицинской помощи", [приказом](#) Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2012 г. N 1340н "Об утверждении порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности", [Приказом](#) Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5 мая 2012 г. N 502н "Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации" и другими нормативными правовыми актами.

Настоящее положение устанавливает общие организационные и методические принципы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (далее - ВККиБМД) государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения на территории Кемеровской области.

Объектом внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (далее - ВККиБМД) государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения на территории Кемеровской области является медицинская помощь, представляющая собой комплекс профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, безопасность медицинских мероприятий, проводимых по определенным технологиям с целью достижения конечных результатов.

Система ВККиБМД в медицинских организациях Кемеровской области включает:
оценку состояния и использования кадровых и материально-технических ресурсов

медицинской организации;

оценку качества оказания медицинской помощи конкретным пациентам (стационар, поликлиника, дневной стационар) с использованием стандартов медицинской помощи и протоколов;

оценку качества лабораторно-диагностических исследований;

выявление дефектов качества медицинской помощи на всех этапах оказания медицинской помощи;

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

оценку удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи;

анализ и обобщение результатов экспертизы;

разработку мероприятий по повышению качества медицинской помощи.

Целью осуществления внутреннего контроля качества медицинской помощи и безопасности медицинской деятельности является обеспечение прав пациентов на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества на основе оптимального использования кадровых и материально-технических ресурсов, современных медицинских технологий.

К задачам ВККиБМД относятся:

Соблюдение гарантированного объема, сроков и условий оказания медицинской помощи при обеспечении надлежащего качества медицинских услуг.

Раннее выявление и предупреждение врачебных ошибок и недостатков при оказании медицинской помощи.

Снижение риска прогрессирования имеющегося заболевания и возникновения нового заболевания.

Рациональное использование имеющихся ресурсов.

Обеспечение безопасности лечебно-диагностического процесса.

Обеспечение удовлетворенности пациента.

Реализация задач, стоящих перед ВККиБМД достигается путем:

Соблюдения медицинскими организациями лицензионных требований на работы и услуги по оказанию медицинской помощи.

Соблюдения выполнения порядков и стандартов оказания медицинской помощи.

Внедрения новых медицинских и информационных технологий, высокоэффективного оборудования, медицинской техники, инструментов, материалов, лекарственных средств, улучшающих качество и безопасность медицинской помощи.

Разработки и внедрения методов, методик, технических и программных средств, обеспечивающих оперативную и объективную экспертизу качества медицинской помощи.

Соблюдения безопасных условий труда, требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий и их утилизации.

Осуществления должностными лицами постоянно действующего контроля качества за процессом оказания медицинской помощи на всех уровнях, во всех структурных подразделениях и вспомогательных службах медицинской организации.

Соблюдения правовой защищенности пациентов (выбор врача, информированность,

добровольное согласие, соблюдение тайны диагноза и т.д.).

2. Организация и порядок проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской помощи

Организация и порядок ВККиБМД, система оценки деятельности медицинской организации, подразделений, служб, медицинских работников, участвующих в оказании медицинской помощи, утверждается приказом руководителя медицинской организации.

ВККиБМД осуществляется экспертным путем должностными лицами медицинской организации, врачебными комиссиями медицинской организации, главными специалистами в соответствии с их должностными обязанностями на постоянной основе, либо по решению руководителя медицинской организации на основании приказа руководителя медицинской организации.

В медицинской организации первый уровень ВККиБМД является функцией заведующих подразделениями, в том числе:

- заведующих амбулаториями;
- главных врачей участковых больниц;
- заведующих поликлиниками;
- заведующих отделениями поликлиник;
- заведующих женскими консультациями;
- заведующих травмпунктами;
- заведующих центрами амбулаторной хирургии;
- заведующих стационарными отделениями по профилям;
- заведующих лабораториями;
- заведующих диагностическими отделениями.

Второй уровень контроля качества медицинской организации представлен должностными лицами:

заместителями главного врача по службам (терапия, хирургия, педиатрия, акушерство и гинекология и другие);

заместителем главного врача по экспертизе временной нетрудоспособности;

заместителем главного врача по лабораторно-диагностической службе;

штатными экспертами-специалистами отдела экспертизы качества (при наличии отдела в структуре медицинской организации);

работниками кафедр, расположенных на базе медицинской организации (по согласованию);

инженером по технике безопасности;

госпитальным эпидемиологом;

госпитальным фармакологом.

Третий уровень контроля - врачебная комиссия медицинской организации.

Экспертиза процесса оказания медицинской помощи проводится по законченным

случаям, как правило, по медицинской документации (медицинской карте стационарного больного, медицинской карте амбулаторного больного и др.). При необходимости может быть проведена очная экспертиза.

Экспертиза качества медицинской помощи, оказанной конкретному пациенту, предусматривает сопоставление ее видов и объемов с утвержденными федеральными стандартами, которые, как правило, содержат унифицированный объем диагностических и лечебных мероприятий, а также требования к срокам и результатам лечения при конкретных нозологических формах болезней ([приложение 1](#)).

В обязательном порядке экспертизе подлежат:

случаи летальных исходов;

случаи внутрибольничного инфицирования и осложнений;

случаи первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста;

случаи повторной госпитализации по поводу одного и того же заболевания в течение месяца;

случаи заболеваний с удлинненными или укороченными сроками лечения (или временной нетрудоспособности);

случаи с расхождением клинического и патологоанатомического диагнозов;

случаи с нераспознанными смертельными осложнениями;

случаи, сопровождавшиеся жалобами пациентов или их родственников.

Все прочие случаи оказания медицинской помощи должны иметь одинаковую возможность быть подвергнутыми экспертной оценке, что обеспечивается статистическим методом "случайной" выборки.

В течение месяца заведующий стационарным подразделением проводит экспертизу 100% законченных случаев (первый уровень контроля). Заведующие амбулаторно-поликлиническими подразделениями оценивает не менее 50 случаев ежемесячно (первый уровень контроля). Заместители руководителя учреждения по экспертизе временной нетрудоспособности, лечебной работе, амбулаторно-поликлинической помощи проводят не менее 30 экспертиз в течение месяца (второй уровень контроля).

К экспертизе привлекаются специалисты высокой квалификации со стажем работы не менее 10 лет, прошедшие подготовку по экспертизе качества медицинской помощи. Лица, привлекаемые к экспертизе качества медицинской помощи, утверждаются руководителем медицинской организации.

Эксперт во время проведения экспертизы качества законченного случая лечения, в обязательном порядке:

оценивает полноту и своевременность диагностических мероприятий, адекватность выбора и соблюдения лечебных мероприятий, правильность постановки диагноза;

выявляет дефекты оказания медицинской помощи конкретному больному и устанавливает их причины;

оценивает обеспечение отдельных категорий граждан лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения на льготных условиях;

дает рекомендации по устранению и предупреждению выявленных недостатков.

На каждый случай экспертной оценки (первого, второго уровней) заполняется "[Карта экспертной оценки качества медицинской помощи](#)" ([приложение 2](#)). В результате статистической обработки всех проэкспертированных случаев рассчитываются

показатели, характеризующие уровень качества законченных случаев лечения, диспансеризации - УКЛ, УКД по отдельным специалистам, структурному подразделению, службе, медицинской организации.

В заключительной части карты экспертной оценки (первого, второго уровней) эксперт фиксирует замечания по ведению медицинской документации, правовым аспектам оказания медицинской помощи и другие. Выносит предложения по их устранению.

Карты экспертной оценки хранятся не менее 3-х лет.

Карты экспертной оценки поступают в организационно-методический отдел (экспертный отдел), где формируются в процессе статистической обработки всех экспертиз первого, второго уровней суммарные показатели УКЛ, УКД по структурным подразделениям, медицинской организации в целом.

Суммарные результаты экспертизы качества второго уровня оформляются [актом](#), который подписывается экспертом (заместителем главного врача по службе) (приложение 3).

Интегральная оценка качества медицинской помощи, оказываемой подразделением медицинской организации рассчитывается по [методике](#) оценки конечных результатов - модели конечных результатов (приложение 4).

Перечень индикаторов качества медицинской помощи, их нормативные значения, шкала оценки модели конечных результатов утверждаются руководителем медицинской организации. Целевое значение индикатора может пересматриваться с определенной периодичностью. Утверждаемое целевое значение индикатора должно стимулировать медицинский коллектив на непрерывное повышение качества оказываемой помощи. Примерный перечень [индикаторов](#) качества (показатели результативности и дефектов) представлен в приложении 5.

В экспертный отдел (статистический отдел) ежемесячно от руководителей лабораторных, других диагностических и вспомогательных отделений (служб) поступают результаты оценки служб по утвержденным методикам ([приложение 6](#)).

В организационно-методический отдел (экспертный отдел) к утвержденному сроку поступает информация от должностных лиц, ответственных за разделы экспертизы качества, по выявленным дефектам:

в обеспечении эпидрежима;

в обеспечении безопасных условий труда, требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий и их утилизации ([приложение 7](#)) заключение комиссии по летальным исходам (КИЛИ);

результаты анкетного опроса по удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи ([приложения 8, 9](#));

заклучения клинического фармаколога;

жалобы пациентов, их родственников, сторонних организаций.

Организационно-методический отдел (экспертный отдел), используя технические средства, формирует показатели интегральной оценки конечных результатов по всем подразделениям и службам по методике МКР с учетом [шкалы](#) дефектов (приложение 10) и представляет на заседание врачебной комиссии медицинской организации (председатель - главный врач).

Врачебная комиссия обсуждает результаты интегральных оценок и выносит решение по окончательной оценке. Решение комиссии оформляется [протоколом](#) (приложение 11).

Врачебная комиссия разрабатывает мероприятия по устранению выявленных недостатков качества медицинском помощи.

Протокол заседания врачебной комиссии ВККиБМД по медицинской организации направляется в орган самоуправления муниципальных районов и городских округов, осуществляющих полномочия в сфере здравоохранения.

Государственные медицинские учреждения по итогам года, до 20 декабря представляют протоколы заседаний врачебной комиссии о результатах внутреннего контроля качества в департамент охраны здоровья населения к утвержденному сроку.

3. Взаимодействие внутреннего, ведомственного и государственного контроля качества и безопасности медицинской помощи

При запросе медицинских документов (медицинская карта стационарного больного, медицинская карта амбулаторного больного и др.) для проведения экспертизы качества медицинской помощи представителями страховых организаций, Росздравнадзора, департамента охраны здоровья населения, орган самоуправления муниципальных районов и городских округов, осуществляющих полномочия в сфере здравоохранения председатель ВК медицинской организации проводит экспертизу качества оказанной пациенту медицинской помощи. Оформляется протокол заседания врачебной комиссии с заключением о выявленных недостатках и направляется по запросу вместе с медицинскими документами пациента.

Результаты ведомственной, государственной экспертизы обсуждаются на расширенных заседаниях ВК медицинской организации, при разногласиях привлекаются независимые эксперты.

4. Ответственность

Должностные лица, осуществляющие мероприятия по ВККиБМД, несут персональную ответственность за качественную организацию работы, а также за достоверность и своевременность предоставляемой информации.

Приложение 1
к Примерному положению о
внутреннем контроле качества и
безопасности медицинской
деятельности государственных
(муниципальных) учреждений

МЕТОДИКА ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ КАЧЕСТВА ЛЕЧЕНИЯ

Оценка качества оказания медицинской помощи предполагает определение соответствия конкретных результатов профилактических мероприятий, диагностики и лечения заболеваний, оздоровления и реабилитации больных и инвалидов ожидаемым и проводится с использованием стандартов медицинской помощи (СМП).

Стандарты медицинской помощи являются основой для оценки медицинской помощи, оказанной каждому конкретному пациенту.

Для оценки уровня качества оказания медицинской помощи используется следующая формула:

$$\text{УКЛ} = \frac{\text{ОНДМ} + \text{ОК}}{200\%}; \quad \text{УКД} = \frac{\text{ОНДМ} + \text{ОК}}{200\%},$$

где:

УКЛ - уровень качества лечения; УКД - уровень качества диспансеризации;

ОНДМ - оценка выполнения набора диагностических мероприятий, лечебно-оздоровительных, реабилитационно-профилактических мероприятий и правильности постановки диагноза (в %);

ОК - оценка качества лечения (диспансеризации) (состояние здоровья пациента по окончании лечения, реабилитации, диспансеризации) (в %).

$$\text{ОНДМ} = \text{ОДМ} + \text{ОД} + \text{ОЛМ},$$

где:

ОДМ - оценка выполнения набора диагностических мероприятий (в %);

ОД - оценка диагноза (в %);

ОЛМ - оценка выполнения набора лечебно-оздоровительных, реабилитационно-профилактических и других мероприятий (в %).

Интегральная оценка уровня качества лечения (диспансеризации) должна проводиться с учетом значимости составляющих его компонентов с акцентом на конечный результат деятельности - состояние здоровья пациента по окончании этапа лечения, реабилитации и диспансеризации.

В соответствии с изложенным, эксперты предлагают ввести следующие весовые индексы: для ОНДМ - 1, в том числе ОДМ - 0,5, ОД - 0,1, ОЛМ - 0,4 и ОК-1.

Таким образом, формула для определения УКЛ (УКД) примет следующий вид:

$$\text{УКЛ (УКД)} = \frac{0,5\text{ОДМ} + 0,1\text{ОД} + 0,4\text{ОЛМ} + \text{ОК}}{\dots};$$

200%

Оценка полноты и значимости выполнения диагностических, лечебно-оздоровительных, реабилитационно-профилактических и других мероприятий проводится экспертным путем. Простое определение удельного веса выполненных мероприятий в данном случае не приемлемо. Экспертное заключение формируется с использованием следующих шкал:

ШКАЛА ОЦЕНКИ НАБОРА ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ

диагностическое обследование не проводилось -	0%
выполнены отдельные малоинформативные обследования -	25%
обследование проведено наполовину -	50%
обследование проведено почти полностью, имеются некоторые упущения -	75%
обследование проведено полностью -	100%

ШКАЛА ОЦЕНКИ ДИАГНОЗА

несоответствие поставленного диагноза клинико-диагностическим данным -	0%
отсутствие развернутого клинического диагноза с отражением стадии, фазы, локализации, нарушения функции, наличия осложнений -	50%
поставлен развернутый клинический диагноз с отражением стадии, фазы, локализации, нарушения функций, наличия осложнений по	75%

основному заболеванию без учета сопутствующей патологии -	
поставлен развернутый клинический диагноз по основному и сопутствующему заболеваниям -	100%

**ШКАЛА ОЦЕНКИ НАБОРА ЛЕЧЕБНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ
МЕРОПРИЯТИЙ**

лечебно-оздоровительные мероприятия практически не проводились -	0%
выполнены отдельные малоэффективные процедуры, манипуляции, мероприятия -	25%
лечебно-оздоровительные мероприятия выполнены наполовину -	50%
лечебно-оздоровительные мероприятия выполнены почти полностью, имеются некоторые упущения -	75%
набор лечебно-оздоровительных мероприятий выполнен полностью -	100%

**ШКАЛА ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТА
ПО ОКОНЧАНИИ ЛЕЧЕНИЯ, РЕАБИЛИТАЦИИ
И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ (ОК)**

ожидаемые результаты лечебно-профилактического процесса и реабилитации, заложенные в стандартах медицинских технологий,	0%
---	----

практически отсутствуют -	
результаты исследований свидетельствуют о некоторой тенденции к достижению критериев законченности этапа -	50%
достигнуты основные критерии законченности этапа -	75%
полученные результаты лечения, профилактики и реабилитации полностью соответствуют критериям завершенности этапа -	100%

Пример: При определении уровня качества лечения пациента эксперты установили, что набор диагностических мероприятий выполнен на 75%, правильность постановки диагноза соответствует 50%, набор лечебных мероприятий реализован на 75%, оценка качества лечения составила 75%.

Требуется определить интегральный показатель уровня качества лечения.

$$\text{УКЛ} = \frac{0,5 \cdot 75\% + 0,1 \cdot 50\% + 0,4 \cdot 75\% + 75\%}{200\%} = 0,74$$

Следовательно, уровень качества лечения составил 0,74.

Если ожидаемый результат лечения соответствует требованиям, то, при использовании вышеприведенной формулы оценки уровня качества, выполнение набора лечебно-оздоровительных, реабилитационно-профилактических и других мероприятий (НЛМ) можно не учитывать. В таком случае эксперты предлагают весовой индекс ОДМ взять равный 0,9, ОД - 0,1 и ОК - 1.

$$\text{УкЛ} = \frac{0,9\text{ОДМ} + 0,1\text{ОД} + \text{ОК}}{200\%}$$

где:

УКЛ - уровень качества лечения;

ОДМ - оценка выполнения набора диагностических мероприятий;

ОД - оценка диагноза;

ОК - оценка качества лечения.

При лечении инкурабельных (IV стадия заболеваний и др.) больных оценивается создание для пациента зоны медицинской комфортности (регулярный патронаж, обеспечение медикаментами, в том числе анальгетиками, профилактика пролежней, создание соответствующих санитарно-гигиенических условий и др.).

Приложение 2
к Примерному положению о
внутреннем контроле качества и
безопасности медицинской
деятельности государственных
(муниципальных) учреждений
здравоохранения Кемеровской области

КАРТА ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЛЕЧЕНИЯ
(ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ)

от "___" _____ 20__ г.

1. Идентификация случая _____
Ф.И.О. пациента, N медицинской карты
 2. Идентификация эксперта _____
Ф.И.О. эксперта
 3. Характеристика случая (законченный, этап, ВН).
 4. Заключительный (основной) диагноз _____
-

N и/и	Критерии оценки по этапам	Результат	
		Шифр буква	В баллах
1	2	3	4
	Полнота (объем)		
1	1а Анамнез		
	А) в полном объеме 1 балл Б) частично (от 0,1 до 0,9 балла) В) не представлен 0 баллов 16 Объективных данных		
	А) в полном объеме 1 балл Б) частично (от 0,1 до 0,9 балла) В) не представлен 0 баллов		
	Полнота и обоснованность дополнительных методов обследования		
2	А) адекват. и обосн. в мед. документации полностью 1 балл Б) обосновано частично (от 0,1 до 0,9 балла) В) неадекват. и необосн. в мед. документации 0 балла		
3	Диагноз		
	3а Обоснование		
	А) обоснован и сформулирован правильно 1 балл Б) некорректная формулировка (от 0,1 до 0,9 балла) В) неверный 0 баллов 3б Своевременность постановки _____		
	А) в соответствии со сроками - 1 балл Б) задержана постановка (от 0,1 до 0,9 балла)		
4	Лечение		

	<p>4а Выбор методов</p> <hr/> <p>А) правильный - 1 балл Б) неправильно - 0 баллов или (от 0,1 до 0,9 балла)</p> <p>4б Полнота применения различных методов</p> <hr/> <p>лечения</p> <hr/> <p>(медикаментозного, физиотерапевтического и</p> <hr/> <p>др.) и их</p> <hr/> <p>достаточность)</p> <p>А) полное и достаточное - 1 балл Б) неполное (от 0,1 до 0,9 балла) В) не проведено 0 баллов</p> <p>4в Своевременность применения методов</p> <hr/> <p>А) своевременно - 1 балл Б) задержано (от 0,1 до 0,9 балла)</p>		
	<p>Консультации</p>		
5	<p>А) обоснованы и проведены - 1 балл Б) не обоснованы, но проведены (не проведены) 0 баллов или (от 0,1 до 0,9 балла) В) обоснованы, но не проведены (от 0,1 до 0,9 балла)</p>		
	<p>Динамика лечения и контроль</p>		
6	<p>А) полностью отражена в мед. докум. - 1 балл Б) не отражена, либо частично отражена - 0 баллов или (от 0,1 до 0,9 балла) В) контроль проведен полностью - 1 балл Г) не проведен, либо частично 0 баллов (от 0,1 до 0,9 балла)</p>		
	<p>Сроки лечения</p>		
7	<p>А) соответствуют стандарту - 1 балл Б) не соответствуют 0 баллов или (от 0,1 до 0,9 балла)</p>		

	Достижение результата		
8	А) достигнут в соответствии с прогнозом - 1 балл (выздоровление, ремиссия, улучшение) Б) не достигнут 0 баллов или (от 0,1 до 0,9 балла) (ухудшение, инвалидизация и др.)		
9	Экспертиза временной нетрудоспособности		
	10в Представление на КЭК		
	А) соответствуют нормативу 1 балл Б) с нарушениями инструкции (от 0,1 до 0,9 балла) В) не представлен 0 баллов		
	Выводы и заключение		
	Подсчитывается общая сумма баллов		

Примечание:

Максимальная сумма баллов: 14.

Приложение 3
к Примерному положению о
внутреннем контроле качества и
безопасности медицинской
деятельности государственных
(муниципальных) учреждений
здравоохранения Кемеровской области

Акт экспертизы
качества медицинской помощи II уровня

Мед. организация

ФИО, должность эксперта

Дата экспертизы

Результаты экспертизы

Отделения (службы)	Экспертиза		Результат	
	Медицинские документы	Число документов	УКЛ (УКД)	Доля (% документов с отклонением от стандарта от общего числа экспертиз

Замечания по ведению медицинской документации _____

Эксперт _____ подпись

Ознакомлены _____

Приложение 4
к Примерному положению о
внутреннем контроле качества и
безопасности медицинской
деятельности государственных
(муниципальных) учреждений

МЕТОДИКА ОЦЕНКИ ПО МОДЕЛИ КОНЕЧНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Для оценки результатов деятельности используются "Показатели оценки эффективности деятельности" (модели конечных результатов - МКР). Модели конечных результатов включают в себя:

- наименование планируемого и оцениваемого показателя;
- единицу измерения оцениваемого показателя, в соответствии с которой устанавливается планируемый норматив показателя;
- источник информации;
- периодичность информации по данному показателю (ежемесячно, ежеквартально, ежегодно);
- норматив показателя;
- фактический показатель;
- бальную оценку норматива показателя;
- бальную оценку отклонения от норматива;
- фактическую оценку достигнутого показателя.

На основании бальной оценки показателя с учетом отклонений от норматива, рассчитывается коэффициент достижения результатов (КДР).

Начальным этапом формирования модели является определение показателей деятельности, результативности и дефектов деятельности службы.

Следующим этапом формирования моделей конечного результата деятельности является определение нормативных значений показателей. Нормативные значения устанавливаются только для показателей деятельности и результативности, так как показатели дефектов в норме должны быть равны нулю.

Нормативные значения устанавливаются для деятельности:

- служб - областными главными и ведущими специалистами по профилям;
- медицинских организаций - органами управления здравоохранения территории;
- структурных подразделений, врачей первичной медицинской помощи медицинских организаций - администрацией медицинской организации.

При утверждении нормативов учитывается многолетняя динамика показателей в области, конкретной территории, медицинской организации.

Нормативное значение должно быть таково, чтобы его достижение потребовало от любого учреждения, службы, оцениваемого по МКР, мобилизации ресурсов, значительных усилий для улучшения качества медицинской помощи. Для получения численной оценки каждому показателю результативности присваивается "стоимость" выполнения норматива в баллах. Уровень такой "стоимости" устанавливается экспертным путем и отражает ранговое значение этого показателя среди прочих.

Достижение фактического показателя выше нормативного не увеличивает суммарную оценку в баллах, ухудшение же показателя по отношению к стандарту

(нормативу) - уменьшает ее.

Это исключает нивелировку отрицательной деятельности организации за счет улучшения показателей работы по другим видам деятельности.

Для оценки деятельности муниципальной организации на основе модели конечного результата необходимо рассчитать коэффициент достижения результата (КДР).

Коэффициент достижения результата определяется соотношением реально достигнутой суммы баллов (за вычетом баллов по показателям дефектов) к сумме нормативных значений показателей. Вычисление показателя проводится по формуле:

$$K_{др} = \frac{(ОПДР_1 + ОПДР_2 + ОПДР_3 + \dots ОПДР_n) - (ОПД_1 + ОПД_2 + \dots ОПД_n)}{ОНЗ_1 + ОНЗ_2 + \dots ОНЗ_n},$$

где:

Кдр - коэффициент достижения результатов;

ОПДР - оценка показателей деятельности и результативности;

ОПД - оценка показателей дефектов;

ОНЗ - оценка нормативных значений.

$$ОПДР = ОН + (ФП - НП) \times ОЕО,$$

где:

ОПДР - оценка показателей деятельности и результативности;

ОН - оценка норматива;

ФП - фактический показатель;

НП - нормативный показатель;

ОЕО - оценка единицы отклонения.

Оценка нормативного значения результатов деятельности и качества лечебно-диагностического процесса (ОНЗ):

$$ОНЗ = ОНЗ_1 + ОНЗ_2 \text{ и т.д.}$$

Если увеличение показателя характеризуется как положительное явление, бальная оценка достигнутого результата определяется со знаком "+" (например, увеличение объема помощи на дому), в случаях, когда увеличение показателя является нежелательным, его оценка осуществляется со знаком "-" (например, увеличение смертности населения).

Методика расчета КДР дана на представленном примере оценки деятельности поликлиники ([таблица 1](#)).

Оценка деятельности поликлинического отделения по МКР

N п/п	Наименование показателей	Единица измерения	Норматив	Фактический показатель	Оценка		Фактическая оценка показателя
					норматива	единица отклонения	
1	2	3	4	5	6	7	8
1. Показатели деятельности							
1.1.	Укомплектованность должностей терапевтов терапевтических участков	Отношение числа занятых физическими лицами должностей, к общему числу должностей участковых терапевтов	100%	60%	5	+0,05	+3,0
1.2.	Выполнение муниципального плана-задания - по посещениям	Отношение фактического объема работы к плану-заданию	100%	105	5	+0,05	5,0
2. Показатели результативности							
2.1.	Уровень госпитализации больных в стационар с круглосуточным пребыванием	Число госпитализированных на 1000 прикрепленного населения	230 (годовой) 19 (ежемесячно)	240	5	-0,02	4,8
2.2.	Обращаемость населения за СМП	Число обращений за СМП на 1000 населения	330	320	5	-0,02	5
3. Показатели дефектов							
3.1.	Материнская смертность	1 случай	0	1		-1	
<p>Допустим, что в поликлинике по итогу года сложились следующие показатели по итогам работы за год:</p> <ul style="list-style-type: none"> - укомплектованность должностей терапевтов терапевтических участков - 60% - выполнение муниципального плана-задания - 105% - уровень госпитализации больных в стационар с круглосуточным пребыванием - 240 на 1000 - обращаемость населения на ССМП - 320 на 1000 - материнская смертность - 1 случай 							
$\text{КДР} = \frac{(3 + 5 + 4,8 + 5) - 1}{20} = \frac{16,8}{20} = 0,84$							

Приложение 5
к Примерному положению о
внутреннем контроле качества и
безопасности медицинской
деятельности государственных
(муниципальных) учреждений
здравоохранения Кемеровской области

ПРИМЕРНЫЕ ИНДИКАТОРЫ
ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

№ п/п	Наименование индикаторов	Единица измерения	Источник информации	Периодичность информации
	СКОРАЯ ПОМОЩЬ			
1.	Среднее время ожидания начала выполнения вызова	1 минута	Отчет о работе (справка)	1 раз в полгода
2.	Госпитализация от числа направленных	Удельный вес госпитализ. в	Отчет о работе (справка)	1 раз в полгода

		общем числе доставленных в стационар		
3.	Совпадение диагноза врача СМП с диагнозом стационара	Удельный вес совпадений диагнозов в общем числе доставленных в стационар	Отчет о работе (справка)	1 раз в полгода
	АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ СЛУЖБА			
	1. Показатели деятельности			
1.1.	Укомплектованность должностей терапевтов терапевтических участков физическими лицами	Отношение числа занятых физическими лицами должностей, к общему числу должностей участковых терапевтов	уч. ф. N 30, ф. 47	Ежегодно
1.2.	Выполнение муниципального плана-задания: - по посещениям;	Отношение фактического объема работы к	уч. ф. N 039/у-02	Ежемесячно и с нарастающим итогом

	- по СЗТ	плану-заданию		
1.3.	Удельный вес медицинской помощи на дому: - у врачей всех специальностей;	Удельный вес посещений на дому в общем количестве посещений (в поликлинику и на дому)	уч. ф. N 039/у-02	Ежемесячно и с нарастающим итогом
	- у участковых терапевтов			
1.4.	Удельный вес посещений, выполненных с профилактической целью	Отношение числа посещений с профилактической целью к общему числу посещений в поликлинику	уч. ф. N 039/у-02	Ежемесячно и с нарастающим итогом
1.5.	Охват диспансерным наблюдением больных с хроническими заболеваниями	Число больных, состоящих на диспансерном учете на 1000 прикрепленного населения	уч. ф. N 030/у-04	Ежегодно
1.6.	Охват диспансерным наблюдением неработающих пенсионеров	Удельный вес неработающих пенсионеров, состоящих на диспансерном учете к общему	уч. ф. N 030/у-тер.	Ежегодно

		числу неработающих пенсионеров		
1.7.	Охват прикрепленного населения профилактическими прививками: - против дифтерии (включая возрастные группы);	Отношение числа привитых к плану	уч. ф. N 030/у-тер.	Ежеквартально и с нарастающим итогом
	- против гепатита В (в возрасте до 35 лет);			
	- против краснухи (женщин в возрасте до 25 лет);			
	- против гриппа			
1.8.	Охват прикрепленного населения флюорографическим осмотром	Отношение числа осмотренных к планируемому числу	уч. ф. N 050/у	Ежеквартально
	2. Показатели результативности			
2.1.	Уровень госпитализации больных в стационар с круглосуточным пребыванием	Число госпитализированных на 1000 прикрепленного	СМО	Ежемесячно

		населения		
2.2.	Обращаемость населения на ССМП	Число обращений на ССМП на 1000	ССМП	Ежемесячно
2.3.	Смертность населения в трудоспособном возрасте	Число случаев смерти на 1000 трудоспособного населения	Главное бюро медико-санитарной экспертной комиссии	Ежегодно
2.4.	Реабилитация инвалидов полная и частичная	Удельный вес реабилитированных в общем числе инвалидов	Бюро медико-социальной экспертизы	Ежегодно
	3. Показатели дефектов			
3.1.	Материнская смертность	1 случай	уч. ф. 14	Ежемесячно
3.2.	Выявление заболеваний в поздних стадиях: - туберкулезом;	1 случай	уч. ф. 0-89 ТУБ	Ежемесячно
	- онкологических		уч. ф. 025-12/y	
3.3.	Жалобы населения	1 случай на 10000 прикрепленного населения	Журнал регистрации жалоб	
	СТАЦИОНАРНАЯ ПОМОЩЬ			

	1. Показатели деятельности			
1.1.	Аттестовано врачей	Число аттестованных врачей к числу подлежащих аттестации (в %)		
1.2.	Аттестовано медсестер	Число аттестованных медсестер к числу подлежащих аттестации (в %)		
1.3.	Укомплектованность врачебными кадрами	Удельный вес должностей занятых физическими лицами врачей		
1.4.	Укомплектованность медицинскими сестрами	Удельный вес должностей занятых физическими лицами медсестер		
1.5.	Работа среднегодовой койки	Число дней работы койки в году		
1.6.	Удельный вес больных II - III категории сложности курации	Удельный вес больных II - III категории		

		сложности курации в общем числе больных		
1.7.	Средняя длительность лечения больного	Дни госпитализации 1 больного		
1.8.	Оперативная активность	Удельный вес оперированных больных в числе госпитализированн ых в хирургическое отделение		
1.9.	Дооперационный койко- день	Число дней до операции		
1.10.	Уровень качества медицинской помощи	% к стандарту		
1.11.	Летальность	Удельный вес летальных случаев в числе госпитализированн ых больных		
1.12.	Послеоперационная летальность	Удельный вес умерших к числу оперированных		

1.13.	Послеоперационные осложнения	Удельный вес оперированных больных с осложненными операциями в общем числе оперированных больных		
1.14.	Расхождение клиничко-анатомических диагнозов (II - III)	Удельный вес больных с расхождением диагноза в числе вскрытий		
1.15.	Удовлетворенность пациентов качеством мед. помощи	Удельный вес числа больных, удовлетворенных помощью, в числе госпитализированных		
1.16.	Расходы по ст. "Медикаменты"	Сумма расходов на 1 койко-день		
	2. Дефекты			
2.1.	Досуточная летальность детей до 1 года	Каждый случай		
2.2.	Внутрибольничные заражения	1 случай на 1 тыс. госпитализированных		

		ых		
2.3.	Незапланированный возврат в операционную	Каждый случай		
2.4.	Смертельные нераспознанные осложнения	Каждый случай		
2.5.	Ятрогенные заболевания	Каждый случай		
2.6.	Материнская смертность предотвратимая	Каждый случай		
2.7.	Жалобы пациентов обоснованные	Каждый случай		
	ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР			
	1. Показатели деятельности			
1.1.	Укомплектованность врачебными кадрами	Удельный вес должностей занятых физич. лицами врачей		
1.2.	Укомплектованность медицинскими сестрами	Удельный вес должностей занятых физич. лицами		

1.3.	Аттестовано врачей	Число аттестованных врачей к числу подлежащих в %		
1.4.	Аттестовано медсестер	Число аттестованных м/с к числу подлежащих в %		
1.5.	Работа койки	Число дней работы в году		
1.6.	Удельный вес больных II - III категории сложности курации	Число больных II - III категорий к общему числу больных в %		
1.7.	Средняя длительность лечения в стационаре	Дней госпит. 1 больного		
1.8.	Уровень качества медицинской помощи	Удельный вес оценки достигнутых результатов к стандарту		
1.9.	Летальность	Число летальных исходов к числу госпитализированных в %		

1.10.	Расхождение клинико-анатомических диагнозов	Удельный вес числа больных с расхождением к числу вскрытий		
1.11.	Удовлетворенность пациентов качеством мед. помощи	Удельный вес числа больных удовлетворенных стационарным лечением к общему числу госпитализированных		
	2. Дефекты			
2.1.	Внутрибольничные заражения	Каждый случай		
2.2.	Смертельные нераспознанные осложнения	Каждый случай		
2.3.	Ятрогенные заболевания	Каждый случай		
2.4.	Жалобы пациентов обоснованные	Каждый случай		
	АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР			

	1. Показатели деятельности			
1.1.	Аттестовано врачей	Удельный вес аттестованных врачей к числу подлежащих		
1.2.	Аттестовано медсестер	Удельный вес аттестованных м/с к числу подлежащих		
1.3.	Укомплектованность врачебными кадрами	Удельный вес должностей занятых физич. лицами врачей		
1.4.	Укомплектованность медицинскими сестрами	Удельный вес должностей занятых физич. лицами		
1.5.	Работа койки	Число дней работы в году		
1.6.	Удельный вес больных II - III категории сложности курации	Число больных II - III категорий к общему числу больных		
1.7.	Средняя длительность	Дней госпит. 1 больного		

1.8.	Оперативная активность	Удельный вес оперированных больных к числу госпитализированных		
1.9.	Дооперационный койко-день	Число дней до операции		
1.10.	Уровень качества медицинской помощи	Удельный вес оценки фактич. показ, к стандарту		
1.11.	Летальность	Удельный вес летальных случаев к числу госпитализ		
1.12.	Послеоперационная летальность	Уд. вес умерших к числу оперированных		
1.13.	Послеоперационные осложнения	Удельный вес оперированных больных с осложнениями к числу операций		
1.14.	Расхождение клинико-анатомических диагнозов (II - III)	Удельный вес больных с расхождением диагноза к числу вскрытий		

1.15.	Удовлетворенность пациентов качеством мед. помощи	Удельный вес числа больных удовлетворенных медпомощью к числу госпиталю.		
	2. Дефекты			
2.1.	Внутрибольничные заражения	Каждый случай		
2.2.	Незапланированный возврат в операционную	Каждый случай		
2.3.	Смертельные нераспознанные осложнения	Каждый случай		
2.4.	Ятрогенные заболевания	Каждый случай		
2.5.	Материнская смертность предотвратимая	Каждый случай		
2.6.	Жалобы пациентов обоснованные	Каждый случай		
	ХИРУРГИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР			
	1. Показатели деятельности			
1.1.	Аттестовано врачей	Число		

		аттестованных врачей к числу подлежащих в %		
1.2.	Аттестовано медсестер	Число аттестованных м/с к числу подлежащих в %		
1.3.	Укомплектованность врачебными кадрами	Удельный вес должностей занятых физич. лицами врачей		
1.4.	Укомплектованность медицинскими сестрами	Удельный вес должностей м/с занятых физич. лицами		
1.5.	Работа койки	Число дней работы в году		
1.6.	Удельный вес больных II - III категории сложности курации	Число больных II - III категорий к общему числу больных (в %)		
1.7.	Средняя длительность	Дней госпит. 1 больного		
1.8.	Оперативная активность	Удельный вес оперированных		

		больных к числу госпитализированных		
1.9.	Дооперационный койко-день	Число дней до операции		
1.10.	Уровень качества мед. помощи	Удельный вес результатов оценки фактич. показателей к стандарту		
1.11.	Летальность	Число летальных случаев к числу госпитализ. (в %)		
1.12.	Послеоперационная летальность	Уд. вес умерших к числу оперированных		
1.13.	Послеоперационные осложнения	Число оперированных больных с осложнениями к числу операций (в %)		
1.14.	Расхождение клинико-анатомических диагнозов (II - III)	Число больных с расхождением диагноза к числу вскрытий (в %)		

1.15.	Удовлетворенность пациентов качеством мед. помощи	Удельный вес числа больных удовлетворенных медпомощью к числу госпитализ.		
	2. Дефекты			
2.1.	Внутрибольничные заражения	Каждый случай		
2.2.	Незапланированный возврат в операционную	Каждый случай		
2.3.	Смертельные нераспознанные осложнения	Каждый случай		
2.4.	Ятрогенные заболевания	Каждый случай		
2.5.	Жалобы пациентов обоснованные	Каждый случай		
	ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР			
	1. Показатели деятельности			
1.1.	Аттестовано врачей	Число аттестованных врачей к числу подлежащих в %		

1.2.	Аттестовано медсестер	Число аттестованных м/с к числу подлежащих в %		
1.3.	Укомплектованность врачебными кадрами	Удельный вес должностей занятых физич. лицами врачей		
1.4.	Укомплектованность медицинскими сестрами	Удельный вес должностей м/с занятых физич. лицами		
1.5.	Работа койки	Число дней работы в году		
1.6.	Удельный вес больных II - III категории сложности курации	Число больных II - III категорий к общему числу больных		
1.7.	Средняя длительность	Дней госпит. 1 больного		
1.8.	Уровень качества медицинской помощи	Удельный вес оценки фактического показателя к стандарту		

1.9.	Летальность	Число летальных исходов к числу госпитализ.		
1.10.	Расхождение клинико-анатомических диагнозов (II - III)	Удельный вес числа больных с расхождением к числу вскрытий		
1.11.	Удовлетворенность пациентов качеством мед. помощи	Удельный вес числа больных удовлетворенных госпитализ. к общему числу опрошенных		
	2. Дефекты			
2.1.	Досуточная летальность детей до 1 года	Каждый случай		
2.2.	Внутрибольничные заражения	Каждый случай		
2.3.	Смертельные нераспознанные осложнения	Каждый случай		
2.4.	Ятрогенные заболевания	Каждый случай		
2.5.	Жалобы пациентов обоснованные	Каждый случай		

	ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР			
	1. Показатели деятельности			
1.1.	Аттестовано врачей	Число аттестованных врачей к числу подлежащих (в %)		
1.2.	Аттестовано медсестер	Число аттестованных медсестер к числу подлежащих (в %)		
1.3.	Средняя длительность пребывания в стационаре	Дней госпитализации 1 больного		
1.4.	Летальность	Число летальных исходов к числу госпитализированн ых		
1.5.	Доля пациентов, получающих стационарную психиатрическую помощь в общем числе от наблюдаемых пациентов	Число больных, получивших стационарную помощь, к общему числу больных (в %)		
1.6.	Доля пациентов, снятых с	Число снятых с		

	диспансерного наблюдения в связи с переводом в консультативную группу	диспансерного наблюдения к общему числу диспансерных (в %)		
1.7.	Повторные госпитализации в психиатрической стационар в течение года от общего числа госпитализаций в течение года	Число повторных госпитализаций к общему числу госпитализаций (в %)		
1.8.	Первичный выход на инвалидность среди работающих пациентов	На 10 тыс. населения		
	2. Дефекты			
2.1.	Число ООД в связи с ухудшением психического состояния	Каждый случай		
2.2.	Жалобы пациентов обоснованные	Каждый случай		
2.3.	Количество больных находящихся в стационаре свыше 2 лет в % от находящихся в стационаре	Каждый случай		
2.4.	Расхождение клинико-	Каждый случай		

	анатомических диагнозов			
	ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР			
	1. Показатели деятельности			
1.1.	Аттестовано врачей	Число аттестованных врачей к числу подлежащих (в %)		
1.2.	Аттестовано медицинских сестер	Число аттестованных медсестер к числу подлежащих (в %)		
1.3.	Работа койки	Число дней работы в году		
1.4.	Уровень качества медицинской помощи	Удельный вес результатов оценки фактич. показателей к стандарту		
1.5.	Обследование контактов:	Число контактных лиц к общему числу выявленных (в %)		
	сифилис			

	гонорея			
1.6.	Активное выявление:	Число активно выявленных к числу зарегистрированных (в %)		
	сифилис			
	гонорея			
	микозы			
	чесотка			
1.7.	Оперативное обследование контактных лиц (в 3 дня):	Количество контактных обследованных в первые 3 дня к общему числу выявленных (в %)		
	сифилис			
	гонорея			
	2. Дефекты			
2.1.	Случаи ятрогений	Каждый случай		
2.2.	Обоснованные жалобы	Каждый случай		

	ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ ДИСПАНСЕР			
	1. Показатели деятельности			
1.1.	Аттестовано врачей	Число аттестованных врачей к числу подлежащих (в %)		
1.2.	Аттестовано медсестер	Число аттестованных м/с к числу подлежащих (в %)		
1.3.	Заболеваемость общая	На 100 000 населения		
1.4.	Болезненность ФКТЛ	На 100 000 населения		
1.5.	Ранние рецидивы из 3 гр. ДУ	Удельный вес лиц с рецидивами от среднегодовой численности наблюд. в 3 гр. ДУ в отч. году		
1.6.	Клиническое излечение	Число перевод. из активных групп в неактивную 3 гр. ДУ (в %)		

1.7.	Абацилирование	Число перевода из 3 гр. ДУ от числа состоящих на учете больных с ВК + в 1 - 2 гр. ДУ на начало года (в %)		
1.8.	Прекращение ВК и закрытие полостей распада	Число лиц прекращ. ВК к общему числу впервые выявленных в отч. году		
1.9.	Работа стационарной койки	Дней работы койки в году		
	2. Дефекты			
2.1.	Преждевременная выписка из стационара	Каждый случай		
2.2.	Отрыв больных от лечения	Число больных не подавшихся лечению от состоящих в I гр. ДУ (в %)		
2.3.	Ятрогенная	Каждый случай		
2.4.	Расхождение клинико-	Число больных с		

	анатомических диагнозов	расхождением к числу вскрытий (в %)		
2.5.	Обоснованные жалобы	Каждый случай		

Приложение 6
к Примерному положению о
внутреннем контроле качества и
безопасности медицинской
деятельности государственных
(муниципальных) учреждений
здравоохранения Кемеровской области

Акт экспертизы
внутреннего контроля качества медицинской помощи
диагностических служб

Мед. организация

Период

Эксперт ФИО

Дата

Диагностическое отделение (служба)

Медицинские документы, подвергнутые экспертизе	Число экспертиз	Дефекты диагностики	
		Число	Доля (% от общего числа экспертиз)

Замечания _____

Эксперт _____
 ФИО

 подпись

Приложение 7
к Примерному положению о
внутреннем контроле качества и
безопасности медицинской
деятельности государственных
(муниципальных) учреждений
здравоохранения Кемеровской области

ШКАЛА ОЦЕНКИ
ВЫПОЛНЕНИЯ ТРЕБОВАНИЙ ПО БЕЗОПАСНЫМ УСЛОВИЯМ ТРУДА

№ п/п	Критерии оценки	Нарушения	Штрафные баллы
1.	Проведение инструктажа по охране труда при допуске к самостоятельной работе (регистрация в журнале)	Неоднократные замечания по несоблюдению сроков проведения инструктажа, и (или) обучения, и (или) его оформлению, и (или) неоднократные замечания по допуску к самостоятельной	0 - 0,5

		работе	
2.	Организация обучения медицинского персонала правилам безопасной эксплуатации медицинской техники, допуск работников к обслуживанию медицинской техники (регистрация в журнале)	Неоднократные замечания по несоблюдению сроков проведения инструктажа по правилам безопасной эксплуатации медицинской техники	0 - 0,5
3.	Наличие в подразделении инструкций по охране труда по профессиям и видам работ (ознакомление с инструкциями: Ф.И.О., подпись, дата)	Отсутствие инструкции, и (или) срок действия инструкции просрочен, и (или) с инструкцией работники не ознакомлены под роспись	0 - 0,5
4.	Проведение инструктажа на I группу по электробезопасности (регистрация в журнале)	Неоднократные замечания по несоблюдению сроков проведения инструктажа и (или) его оформлению	0 - 0,5
5.	Наличие в подразделении инструкций по электробезопасности, по оказанию первой помощи (ознакомление с инструкциями: Ф.И.О., подпись, дата)	Отсутствие инструкции, и (или) срок действия инструкции просрочен, и (или) с инструкцией работники не ознакомлены под роспись	0 - 0,5
6.	Ведение документации по охране труда (оформление папки: удостоверения, приказы, положения, планы, перечни, программы, билеты,	Есть замечания	0 - 0,25

	инструкции, личные карточки учета выдачи СИЗ, личные карточки выдачи смывающих и обезвреживающих средств, акты испытаний лестниц-стремян, протоколы измерений химических и физических факторов, нормативные документы, и др.)		
7.	Производственный травматизм в подразделении	Оформленный несчастный случай на производстве по форме Н-1	0 - 0,25
8.	Соблюдение требований к утилизации (уничтожению) медицинских изделий, предусмотренных технической и эксплуатационной документацией производителя	Нарушение требований к утилизации (уничтожению) медицинских изделий, предусмотренных технической и эксплуатационной документацией производителя	0 - 0,25

Приложение 8
к Примерному положению о
внутреннем контроле качества и

безопасности медицинской
деятельности государственных
(муниципальных) учреждений
здравоохранения Кемеровской области

АНКЕТА ПАЦИЕНТА СТАЦИОНАРА

Просим Вас оценить по пятибалльной шкале условия оказания Вам медицинской помощи. Для этого необходимо обвести кружком или отметить иначе Ваше мнение. Один балл является минимальной оценкой и 5-максимальной. Ваши оценки помогут нам выявить недостатки нашу работу.

Заранее благодарим за помощь!

Как Вы оцениваете:

- | | |
|---|-----------|
| 1. - порядок организации получения стационарной медицинской помощи в учреждении (срок ожидания плановой госпитализации, срок ожидания в приемном отделении, своевременность первичного осмотра лечащего врача, своевременность назначения диагностических и лечебных процедур и т.д.) | 1 2 3 4 5 |
| 2. - квалификацию и профессионализм врачей (устраивают ли Вас советы врачей, часто ли меняются лечебные процедуры и медикаменты, обоснованность их смены, привлечение к лечебно-диагностическому процессу заведующих отделениями и т.д.) | 1 2 3 4 5 |
| - среднего медперсонала (техника владения манипуляциями и процедурами, даются ли разъяснения по характеру процедур, советы и т.д.) | 1 2 3 4 5 |

3. - состояние материально-технического обеспечения (наличие и качество постельного белья, столовой посуды, предметов ухода за больным)	1 2 3 4 5
4. - состояние санитарно-гигиенических условий (своевременность и качество уборки помещений, возможность проведения гигиенических процедур)	1 2 3 4 5
5. - организация питания (качество приготовления, ассортимент блюд, их температура, достаточность")	1 2 3 4 5
6. - состояние лекарственного обеспечения	1 2 3 4 5
7. - вежливость и внимательность врачей	1 2 3 4 5
- среднего медперсонала	1 2 3 4 5
8. - адекватность оказания медицинской помощи (достаточность обследования и лечения)	1 2 3 4 5

Ваши пожелания (на обороте):

безопасности медицинской
деятельности государственных
(муниципальных) учреждений
здравоохранения Кемеровской области

АНКЕТА
ПАЦИЕНТА ПОЛИКЛИНИКИ

Просим Вас оценить по пятибалльной шкале условия оказания Вам медицинской помощи. Для этого необходимо обвести кружком или отметить иначе ваше мнение. Самая низкая балльная оценка соответствует 1 баллу, высокая - 5. Ваши оценки помогут нам выявить недостатки и улучшить нашу работу. Заранее благодарим за помощь!

- | | |
|---|-----------|
| 1. - организацию (доступность) медицинской помощи в учреждении (режим работы поликлиник, работа регистратуры, организация приема врачей) | 1 2 3 4 5 |
| 2. - квалификацию и профессионализм (полезность советов врачей по медикаментозному лечению, режиму питания, фитотерапии; самостоятельное решение вопросов диагностики, лечения или увлечение консультациями других специалистов, заведующего отделением, увлечение широким спектром диагностических исследований) | 1 2 3 4 5 |
| - среднего медперсонала (полезность советов, владение техникой манипуляций и процедур) | 1 2 3 4 5 |
| 3. - состояние материально-технического обеспечения (наличие разового инструментария, шприцев, малый или большой диапазон диагностических и лечебных процедур, проводимых в этой поликлинике, частота направления на обследование и лечение в другие лечебно- | 1 2 3 4 5 |

профилактические учреждения)

- | | |
|--|-----------|
| 4. - состояние санитарно-гигиенических условий (хорошие, плохие) | 1 2 3 4 5 |
| 5. - состояние лекарственного обеспечения (всегда ли есть в аптеке лекарства, выписанные врачом) | 1 2 3 4 5 |
| 6. - вежливость и внимательность врачей | 1 2 3 4 5 |
| - среднего медперсонала | 1 2 3 4 5 |
| 7. - адекватность оказания медицинской помощи (достаточность обследования и лечения) | 1 2 3 4 5 |

Ваши пожелания (на обороте):

Приложение 10
к Примерному положению о
внутреннем контроле качества и
безопасности медицинской
деятельности государственных
(муниципальных) учреждений

ПРИМЕРНАЯ ШКАЛА
ДЕФЕКТОВ И ШТРАФНЫХ БАЛЛОВ

№ п/п	Перечень дефектов качества и нарушений в организации лечебно-диагностического процесса	Штрафные баллы
1	Снижение УКЛ на 0.01	0,01
2	Расхождение клинико-анатомических диагнозов (каждый случай)	0,02
3	Ятрогенные осложнения в лечении больного (каждый случай)	0,05
4	Переливание несовместимой крови	0,05
5	Снижение оперативной активности до 5%	0,02
	от 5 до 10%	0,04
	свыше 10%	0,05
6	Нарушения в экспертизе временной нетрудоспособности	0,01 - 0,03
7	Нарушения в организации трансфузиологии	0,01 - 0,03
8	Не диагностированные случаи тяжелых заболеваний в т.ч. выявленные после выписки больного	0,05
9	Необоснованный отказ в госпитализации больного	0,02

10	Повторная госпитализация больного, преждевременно выписанного из отделения	0,01 - 0,02
11	Случаи внутрибольничного заражения (постинъекционный абсцесс, гепатит, сальмонеллез)	0,02
12	Закрытие отделения по санэпид.показаниям	0,03
13	Увеличение послеоперационных осложнений за каждые 0,1 процента	0,005
14	Увеличение летальности на 1,0	0,005
	от 1,0 до 2,0	0,01
	свыше 2,0	0,02
15	Нарушение правил хранения и использования лекарственных средств (в т.ч. наркотиков)	0,01 - 0,03
16	Отказ в выполнении должностных обязанностей	от 15 до 50% КТУ
17	Некачественное оформление медицинских документов	0,01 - 0,02
18	Нарушение гигиенического режима в отделениях	0,01 - 0,02
19	Нарушение санэпидрежима - наличие положительных смывов	
	до 15%	0,01
	до 30%	0,02

	свыше 30%	0,03
20	Наличие положительных бензидиновых проб до 10%	0,02
	свыше 10%	0,03
21	Наличие подтвержденных претензий больных	0,01 - 0,03

Примечание: п. [п. 2](#), [3](#), [5](#), [10](#), [13](#) учитываются по итогу квартала, [п. 14](#) по итогу года.

Приложение 11
к Примерному положению о
внутреннем контроле качества и
безопасности медицинской
деятельности государственных
(муниципальных) учреждений
здравоохранения Кемеровской области

ПРОТОКОЛ
ЗАСЕДАНИЯ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ ПО ВНУТРЕННЕМУ КОНТРОЛЮ

КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Мед. организация _____

Дата _____

Присутствовали:

Повестка дня:

Результаты внутреннего контроля качества

Подразделения	Показатели оценки			
	КДР	ДОП. дефекты	оценка	примечание

Председатель _____

ФИО

подпись

Секретарь _____

ФИО

подпись

Члены комиссии _____

ФИО

подпись

Приложение N 7
к приказу ДОЗН КО
от 18 декабря 2013 г. N 1766

(введено [приказом](#) департамента охраны здоровья населения
Кемеровской области от 18.12.2013 N 1766)

Отчет по результатам проведения ведомственного контроля качества
и безопасности медицинской помощи

Наименование муниципального образования _____
за _____ квартал 20__ года
(срок предоставления - до 5 числа месяца, следующего за отчетным кварталом)

Проведение проверок за отчетный квартал	Количество проверок за	Наименование медицинской организации	Несоблюдение порядков оказания медицинской помощи	Несоблюдение	Несоблюдение безопасных	Несоблюдение ограничений
---	------------------------	--------------------------------------	---	--------------	-------------------------	--------------------------

	отчетный период		Порядок оказания медицинской помощи	Несоблюдение выполнения этапов, условий и сроков оказания медицинской помощи	Несоответствие организации деятельности	Несоблюдение стандартов оснащения	Несоответствие штатного расписания	стандартов оказания медицинской помощи (выявленные дефекты)	условий труда	при осуществлении профессиональной деятельности
Плановых										
Внеплановых										

Принятые меры по результатам проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности: _____

(дата)

(подпись руководителя, расшифровка)