Документ предоставлен [КонсультантПлюс](http://www.consultant.ru)

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

от 22 мая 2012 г. N 560-п

ОБ ОРГАНИЗАЦИИ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ

МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

|  |
| --- |
| Список изменяющих документов(в ред. Приказов Минздрава Свердловской областиот 18.12.2012 N 1477-п, от 21.04.2014 N 532-п, от 01.12.2016 N 2231-п) |

В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", в целях совершенствования системы управления качеством медицинской помощи, организации мониторинга внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности и обеспечения прав пациентов на получение медицинской помощи гарантированного объема и качества в медицинских организациях Свердловской области приказываю:

1. Утвердить:

1) [Положение](#P44) о системе контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинских организациях Свердловской области (Приложение N 1);

2) форму [журнала](#P261) внутреннего контроля качества медицинской помощи в медицинской организации (Приложение N 2);

3) [инструкцию](#P387) по ведению журнала внутреннего контроля качества медицинской помощи (Приложение N 3);

4) форму типового [протокола](#P459) заседания врачебной комиссии медицинской организации (Приложение N 4);

5) форму отчета "Результаты внутреннего контроля качества медицинской помощи" [(Приложение N 5)](#P508).

2. Назначить уполномоченным по качеству медицинской помощи начальника отдела контроля качества и стандартизации Министерства здравоохранения Свердловской области.

(п. 2 в ред. Приказа Минздрава Свердловской области от 01.12.2016 N 2231-п)

3. Руководителям медицинских организаций, подведомственных Министерству здравоохранения, начальнику Управления здравоохранения Администрации г. Екатеринбурга А.А. Дорнбушу, руководителям НИИ, федеральных учреждений здравоохранения, расположенных на территории Свердловской области:

1) организовать внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" и настоящим Приказом;

2) ежеквартально до 20 числа месяца, следующего за отчетным кварталом, обеспечить заполнение форм "Результаты внутреннего контроля качества оказанной медицинской помощи", "Результаты внутреннего контроля качества оказанной скорой медицинской помощи" посредством РИСЗ "Мониторинг деятельности медицинских учреждений" (http://monitoring.mis66.ru).

(подп. 2 в ред. Приказа Минздрава Свердловской области от 01.12.2016 N 2231-п)

4. Директору ГБУЗ СО "Медицинский информационно-аналитический центр" С.А. Федорову в срок до 01.09.2012 разработать и разместить на портале "МедВедь" форму ежеквартального отчета медицинских организаций по результатам внутреннего контроля качества медицинской помощи в соответствии с [Приложением 5](#P508) настоящего Приказа.

5. Признать утратившими силу:

1) Приказ Министра здравоохранения Свердловской области от 12.03.2009 N 220-п "Об организации ведомственного контроля качества медицинской помощи в Свердловской области";

2) приложение N 1 к Приказу Министра здравоохранения Свердловской области от 01.02.2010 N 51а-п "Об утверждении типовых форм документов по управлению качеством медицинской помощи в медицинских организациях Свердловской области".

6. Контроль за исполнением Приказа возложить на заместителя министра Д.Р. Медведскую.

Министр

А.Р.БЕЛЯВСКИЙ

Приложение N 1

к Приказу

Министра здравоохранения

Свердловской области

от 22 мая 2012 г. N 560-п

ПОЛОЖЕНИЕ

О СИСТЕМЕ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ

МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

|  |
| --- |
| Список изменяющих документов(в ред. Приказов Минздрава Свердловской областиот 21.04.2014 N 532-п, от 01.12.2016 N 2231-п) |

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящее Положение о системе внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинских организациях Свердловской области (далее - Положение) устанавливает общие организационные и методические принципы контроля качества медицинской помощи в системе здравоохранения на территории Свердловской области.

Настоящее Положение разработано в соответствии с нормативными актами Российской Федерации, регулирующими порядок и условия оказания медицинской помощи:

Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";

Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 05.05.2012 N 502н "Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии в медицинской организации";

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.05.2002 N 154 "О введении формы учета клинико-экспертной работы в лечебно-профилактических учреждениях";

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.01.2001 N 18 "О введении в действие отраслевого стандарта "Порядок контроля за соблюдением требований нормативных документов системы стандартизации в здравоохранении";

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.12.2012 N 1340н "Об утверждении порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности".

(абзац введен Приказом Минздрава Свердловской области от 01.12.2016 N 2231-п)

2. Контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется в целях обеспечения удовлетворенности пациента предоставленными медицинскими услугами, предотвращения дефектов оказания медицинской помощи и повышения качества оказываемой медицинской помощи.

3. При осуществлении внутреннего и ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности решаются следующие задачи:

1) изучение информированности и удовлетворенности пациентов оказанной медицинской помощью в конкретной медицинской организации и соблюдения прав пациентов;

2) оценка:

- состояния и использования кадровых и материально-технических ресурсов медицинских организаций в соответствии с утвержденными порядками оказания медицинской помощи;

- соответствия оказываемой медицинской помощи установленным порядкам оказания медицинской помощи, стандартам медицинской помощи;

- соблюдения медицинскими организациями безопасных условий труда, требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий и их утилизации, а также медицинского оборудования;

- соблюдения качества и безопасности оказания медицинских услуг, в том числе диагностики, лечения, профилактики, реабилитации;

3) контроль организации мероприятий по обеспечению инфекционной безопасности и инфекционному контролю при оказании медицинской помощи;

4) расчет и анализ показателей, характеризующих качество и эффективность медицинской помощи в медицинской организации;

5) мониторинг результатов проведенного контроля качества медицинской помощи;

6) выявление и анализ причин, повлекших за собой снижение качества и эффективности медицинской помощи;

7) разработка организационно-методических рекомендаций, способствующих повышению качества и эффективности оказания медицинской помощи;

8) принятие управленческих решений по совершенствованию организации медицинской помощи;

9) контроль реализации управленческих решений.

II. СУБЪЕКТЫ И ОБЪЕКТЫ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ

МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

4. Субъектами контроля качества и безопасности медицинской деятельности являются должностные лица медицинских организаций, врачебные комиссии, специалисты соответствующих органов, осуществляющих государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности, в том числе специалисты Министерства здравоохранения Свердловской области.

5. Объектами контроля качества и безопасности медицинской деятельности являются:

- качество отдельных медицинских услуг;

- условия труда в медицинской организации, применение медицинских изделий и порядок их утилизации;

- соблюдение медицинскими работниками, руководителями медицинских организаций, фармацевтическими работниками и руководителями аптечных организаций ограничений, применяемых к ним при осуществлении профессиональной деятельности.

III. ОРГАНИЗАЦИЯ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ

МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

6. Контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется в формах государственного, ведомственного и внутреннего контроля путем:

- соблюдения требований к осуществлению медицинской деятельности, установленных законодательством Российской Федерации;

- определения показателей качества деятельности медицинских организаций;

- создания системы оценки деятельности медицинских работников, участвующих в оказании медицинских услуг;

- создания информационных систем в сфере здравоохранения, обеспечивающих, в том числе персонифицированный, учет при осуществлении медицинской деятельности.

7. Контроль качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации достигается за счет:

1) осуществления руководителями диагностических служб контроля качества на основе имеющихся критериев в соответствии с технологическими стандартами;

2) осуществления ответственным лицом ежемесячного контроля в соответствии с требованиями:

- организации работы с лекарственными препаратами;

- соблюдения санитарно-эпидемиологического и санитарно-гигиенического режимов;

- соблюдения технологии сестринских манипуляций;

- соблюдения технологии забора материала для лабораторных исследований;

- соблюдения технологии предстерилизационной обработки медицинского инструментария.

Старшая медицинская сестра проводит обучение среднего и младшего медицинского персонала отделения (в том числе по вопросам инфекционной безопасности).

8. Контроль качества медицинской помощи осуществляется по трехуровневой системе:

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

второй уровень контроля - заместители руководителя медицинской организации, структурные подразделения - клинико-экспертные отделы;

третий уровень контроля - врачебная комиссия медицинской организации (далее - ВК).

9. С целью организации проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинском учреждении приказом главного врача утверждается положение о системе внутреннего контроля и назначается должностное лицо, ответственное за проведение контроля качества медицинской помощи (далее - ответственный за проведение контроля).

Ответственным за проведение контроля проводится оценка соблюдения медицинскими работниками, фармацевтическими работниками ограничений, применяемых к ним, при осуществлении профессиональной деятельности.

Ответственный за проведение контроля ежемесячно предоставляет руководителю медицинской организации аналитический отчет по осуществлению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности и реализации принятых управленческих решений.

Отчет по результатам осуществления контроля качества и безопасности медицинской деятельности подведомственными медицинскими организациями ежеквартально размещается ответственным за проведение контроля в Министерство здравоохранения Свердловской области в соответствии с утвержденной формой ([Приложение N 5](#P508) к настоящему Приказу) в срок до 20 числа месяца, следующего за отчетным кварталом, посредством РИСЗ "Мониторинг деятельности медицинских учреждений".

(в ред. Приказа Минздрава Свердловской области от 01.12.2016 N 2231-п)

10. Исключен. - Приказ Минздрава Свердловской области от 01.12.2016 N 2231-п.

11. Внутренний контроль оказания медицинской помощи может осуществляться в виде: планового контроля (тематическая экспертиза), целевого контроля (по отдельным случаям), предупредительного контроля, контроля результата:

11.1. Плановый контроль осуществляется согласно плану-графику, утвержденному приказом руководителя медицинской организации:

- контроль соответствия объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

- контроль выполнения требований санитарно-эпидемиологического режима;

- контроль назначения и выписывания лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания;

- контроль исполнения распоряжений администрации.

11.2. Целевой контроль предусматривает реализацию определенной цели, которая выявляет причину отклонения от стандарта качества:

- оценка состояния и использования кадровых и материально-технических ресурсов;

- анализ летальности на дому лиц трудоспособного возраста;

- анализ ятрогенных осложнений;

- анализ жалоб пациентов.

11.3. Предупредительный контроль оценивает уровень безопасности лечебно-диагностического процесса для пациента, степень удовлетворенности пациента качеством медицинской помощи:

- контроль проведения профилактики внутрибольничных инфекций;

- контроль за рациональным использованием лекарственных препаратов;

- анализ результатов анкетирования больных по вопросам удовлетворенности качеством оказания медицинской помощи.

11.4. Контроль результата - контроль выполнения принятых управленческих решений, в том числе - заключительная экспертиза процесса оказания медицинской помощи конкретному пациенту.

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

12.1. В амбулаторно-поликлинических подразделениях:

- случаи летальных исходов в детском возрасте и лиц трудоспособного возраста;

- случаи летальных исходов на дому от управляемых причин;

- случаи повторного обращения по поводу одного и того же заболевания в течение 30 дней;

- случаи, сопровождающиеся ятрогенными осложнениями;

- случаи нежелательных реакций на применение лекарственных препаратов (с обязательной подачей сведений в "Региональный центр мониторинга безопасности лекарственных средств");

- случаи осложнений, возникших у беременных женщин и родильниц во время беременности и в послеродовом периоде;

- случаи первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей;

- случаи с длительной или стойкой утратой трудоспособности;

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

- случаи расхождений диагнозов поликлиники и стационара;

- случаи расхождений диагнозов поликлиники и патологоанатомических диагнозов;

- случаи выявления социально значимых заболеваний в запущенных стадиях (онкологических заболеваний, туберкулеза и т.д.);

- случаи несвоевременного представления больных на ВК и в бюро медико-социальной экспертизы;

- случаи, сопровождавшиеся жалобами пациентов или их законных представителей на качество оказания медицинской помощи.

12.2. В стационарных подразделениях:

- случаи летальных исходов;

- случаи, сопровождающиеся ятрогенными осложнениями;

- случаи нежелательных реакций на применение лекарственных препаратов (с обязательной подачей сведений в "Региональный центр мониторинга безопасности лекарственных средств");

- случаи внутрибольничного инфицирования;

- случаи повторной госпитализации по поводу одного и того же заболевания в течение 3-х месяцев;

- случаи послеоперационных осложнений и осложнений, связанных с применением инвазивных методик;

- случаи проведения внеплановых оперативных вмешательств, выполненных больным, поступившим на плановые операции;

- случаи осложнений, возникших у беременных женщин и родильниц во время беременности, родов и в послеродовом периоде;

- случаи заболеваний со значительно удлиненными сроками лечения (более 50% от длительности по стандарту лечения);

- случаи расхождений заключительных клинических диагнозов, патологоанатомических диагнозов и судебно-медицинских диагнозов;

- случаи расхождений дооперационных и послеоперационных диагнозов;

- случаи, сопровождавшиеся жалобами пациентов или их законных представителей на качество оказания медицинской помощи.

|  |
| --- |
| КонсультантПлюс: примечание.Нумерация пунктов дана в соответствии с официальным текстом документа. |

8. Заведующий отделением в соответствии с приказом руководителя медицинской организации и должностной инструкцией:

1) в стационаре:

- осуществляет постоянный контроль соблюдения врачами отделения порядков медицинской помощи и стандартов медицинской помощи;

- оценивает полноту сбора анамнеза, диагноз, назначенное на данном этапе лечение и вносит необходимые коррективы, о чем делает соответствующую запись в медицинскую карту в течение трех дней, начиная с момента поступления пациента;

- осуществляет контроль интерпретации врачами отделения результатов исследований;

- осуществляет контроль своевременности проведения дополнительных методов исследования, необходимых для уточнения диагноза, а также своевременности проведения контрольных исследований;

- осуществляет контроль организации и соблюдения санитарно-эпидемиологического режима;

- осуществляет контроль организации лечебного питания;

- осуществляет контроль обеспечения и использования лекарственных препаратов;

- проводит раз в 10 дней общие обходы отделения с обязательным личным осмотром пациентов и последующей записью в первичных медицинских документах;

- анализирует работу подразделения с оценкой качественных и количественных показателей в ежемесячном режиме;

2) в поликлинике:

- осуществляет контроль за предоставлением пациентам льготного лекарственного обеспечения:

а) в 100% при выписке сильнодействующих и наркотических средств, психотропных веществ;

б) не менее 2-х медицинских карт от врача за месяц по каждой из программ льготного лекарственного обеспечения:

- осуществляет контроль оформления медицинской документации;

- анализирует причины и сроки временной нетрудоспособности, первичного выхода на инвалидность в ежемесячном режиме;

- анализирует работу подразделения с оценкой качественных и количественных показателей в ежемесячном режиме;

- принимает участие в разработке и реализации мероприятий, направленных на исключение причин выявленных дефектов.

Заведующие амбулаторно-поликлиническими отделениями, оказывающими медицинскую помощь женщинам в период беременности, родов и послеродовый период, обязаны проводить осмотры всех беременных женщин, взятых на диспансерный учет, с оформлением результатов осмотра и рекомендаций в медицинской документации.

|  |
| --- |
| КонсультантПлюс: примечание.В официальном тексте документа, видимо, допущена опечатка: имеется в виду Приложение N 2 к данному Приказу, а не Приложение N 3. |

Выявленные заведующим отделением дефекты в оказании медицинской помощи заносятся в учетную форму "[Журнал](#P261) внутреннего контроля качества медицинской помощи" (Приложение N 3 к настоящему Приказу), анализируются и докладываются с предложениями по их устранению не реже 1 раза в месяц ответственному за проведение контроля.

9. Заместитель руководителя медицинской организации по медицинской части (или иные заместители, определенные руководителем организации) осуществляет контроль качества и безопасности медицинской деятельности на основе:

- анализа первичной медицинской документации;

- личного осмотра пациентов;

- при обходах подразделений учреждения.

Учет случаев контроля качества второго уровня ведется в "[Журнале](#P261) внутреннего контроля качества медицинской помощи в медицинской организации" (Приложение N 3 к настоящему Приказу).

Выявленные недостатки в оказании медицинской помощи ежемесячно анализируются и докладываются, с предложениями по их устранению, ответственному за проведение контроля.

10. Врачебная комиссия осуществляет контроль качества и безопасности медицинской деятельности на третьем уровне и утверждается приказом руководителя медицинской организации в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 05.05.12 N 502н "Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии в медицинской организации".

Врачебная комиссия проводит заседания на основании планов-графиков, утверждаемых руководителем медицинской организации, но, как правило, не реже 1 раза в неделю. Подкомиссии врачебной комиссии проводят заседания согласно плану-графику, утверждаемому председателем врачебной комиссии. Внеплановые заседания врачебной комиссии или ее подкомиссий проводятся по решению председателя врачебной комиссии, согласованному с руководителем медицинской организации.

При осуществлении контроля качества оказанной медицинской помощи врачебная комиссия:

- проводит проверку контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации, в том числе оценку деятельности отделений и подразделений, проводит целевые экспертизы;

- рассматривает обращения физических и юридических лиц по вопросам контроля качества и безопасности медицинской деятельности;

- рассматривает результаты проверок, проводимых Министерством здравоохранения Свердловской области, Управлением Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по Свердловской области, Региональным отделением фонда социального страхования Свердловской области, Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Свердловской области.

Каждое заседание врачебной комиссии оформляется [Протоколом](#P459) (Приложение N 4 к настоящему Приказу).

Врачебная комиссия проводит ежемесячный анализ качества оказанной медицинской помощи и предоставляет результаты ответственному за проведение контроля с предложениями по оптимизации работы.

11. На всех уровнях контроля качества медицинской помощи в первую очередь подвергаются экспертизе - обязательные экспертные случаи. Прочие случаи оказания медицинской помощи должны иметь одинаковую возможность быть подвергнутыми экспертной оценке, что обеспечивается использованием метода случайной выборки.

При наличии, по данным контроля, на первой ступени нежелательных тенденций на втором и третьем уровне контроля возможно проведение целевых проверок качества оказания медицинской помощи (по отдельным нозологическим единицам, врачам, отделениям, льготному лекарственному обеспечению и т.д.).

Устанавливаются следующие примерные объемы экспертиз качества медицинской помощи, сверх случаев, подлежащих контролю в обязательном порядке:

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

для заведующих амбулаторно-поликлиническими подразделениями по числу посещений:

- до 250 посещений в смену - не менее 20 случаев в месяц;

- свыше 250 посещений в смену - не менее 30 случаев в месяц;

- свыше 500 посещений в смену - не менее 60 случаев в месяц;

для заведующих стационарными подразделениями:

- при мощности 10 коек и менее - 50% случаев;

- при мощности от 11 до 25 коек - не менее 25% случаев;

- при мощности 26 коек и более - не менее 10% случаев.

12. Руководителем медицинской организации по результатам анализа, ежемесячно представляемого ответственным за проведение контроля, принимаются управленческие решения, которые фиксируются в приказах, положениях, инструкциях, протоколах врачебных конференций либо в иной документации в соответствии с утвержденным Положением о контроле качества медицинской помощи в медицинской организации.

13. Внутренний контроль оказания скорой медицинской помощи.

Проведение внутреннего контроля качества оказанной скорой медицинской помощи осуществляется ГБУЗ СО "Территориальный центр медицины катастроф", станциями и отделениями скорой медицинской помощи на следующих уровнях.

Первый уровень контроля - заведующий подстанцией (отделением), старший фельдшер отделения, которые осуществляют анализ 100% карт вызовов скорой медицинской помощи (далее - карта вызова СМП) сплошным методом.

Внутренний контроль качества оказанной скорой медицинской помощи может начинаться с дополнительного "оперативного уровня контроля" при наличии старшего врача диспетчерской в медицинском учреждении. Ежедневно старший врач диспетчерской сплошным методом просматривает 100% электронных карт вызовов СМП в программном комплексе "АДИС" и докладывает на оперативном совещании главному врачу станции скорой медицинской помощи о выявленных дефектах в работе дежурной смены.

Второй уровень контроля - главный врач или заместители главного врача, которые осуществляют анализ карт вызова СМП при:

1) повторном вызове к одному и тому же пациенту в течение суток в 100% случаев;

2) отказах пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения и острым коронарным синдромом от госпитализации и оставленных на дому в 100% случаев;

3) летальном исходе в машине СМП или в присутствии бригады СМП в 100% случаев;

4) проведении целевых и тематических экспертиз - 30 карт в квартал.

Третий уровень контроля - врачебная комиссия, которая осуществляет:

1) рассмотрение жалоб на качество оказания скорой медицинской помощи с привлечением специалистов из других медицинских учреждений (по необходимости);

2) проводит плановый и целевой контроль оказанной скорой медицинской помощи.

Учет случаев контроля качества оказанной скорой медицинской помощи на всех уровнях контроля ведется в "[Журнале](#P261) внутреннего контроля качества скорой медицинской помощи в медицинской организации" (приложение N 2 к настоящему Приказу).

(п. 13 введен Приказом Минздрава Свердловской области от 21.04.2014 N 532-п)

IV. ВЕДОМСТВЕННЫЙ КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ

МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

|  |
| --- |
| КонсультантПлюс: примечание.Нумерация пунктов дана в соответствии с изменениями, внесенными Приказом Минздрава Свердловской области от 21.04.2014 N 532-п. |

13. С целью повышения качества оказываемой медицинской помощи Министерством здравоохранения Свердловской области (далее - Министерство) в подведомственных медицинских организациях осуществляется ведомственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности.

14. Задачами Министерства при осуществлении ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности являются:

- координация деятельности медицинских организаций в вопросах контроля качества и безопасности медицинской деятельности;

- методическое обеспечение деятельности по контролю качества и безопасности медицинской деятельности;

- анализ дефектов оказания медицинской помощи, врачебных ошибок, условий труда, порядка использования медицинских изделий, соблюдения медицинскими работниками ограничений, иных факторов и их причин, оказавших негативное воздействие и повлекших за собой снижение качества и безопасности медицинской помощи;

- подготовка рекомендаций, способствующих повышению качества медицинской помощи;

- анализ эффективности реализации управленческих решений, принятых в медицинских организациях.

15. Ведомственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется посредством осуществления полномочий, предусмотренных пунктами 3, 5 и 6 части 2 статьи 88 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.12.2012 N 1340н "Об утверждении порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности".

(п. 15 в ред. Приказа Минздрава Свердловской области от 01.12.2016 N 2231-п)

16. Приказом Министра здравоохранения Свердловской области утверждается Экспертный совет, являющийся консультативно-совещательным органом и создающийся для коллегиального решения вопросов планирования, координации, оценки эффективности работы по управлению качеством медицинской помощи, предоставляемой населению области.

|  |
| --- |
| КонсультантПлюс: примечание.Нумерация глав дана в соответствии с изменениями, внесенными Приказом Минздрава Свердловской области от 01.12.2016 N 2231-п. |

Глава V. ОЦЕНКА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

(введена Приказом Минздрава Свердловской области

от 01.12.2016 N 2231-п)

1. Качество медицинской помощи оценивается на основе соответствующих порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, разрабатываемых и утверждаемых в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

2. Критерии оценки качества медицинской помощи утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Приложение N 2

к Приказу

Министра здравоохранения

Свердловской области

от 22 мая 2012 г. N 560-п

УЧЕТНАЯ ФОРМА

"ЖУРНАЛ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ"

В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

НА \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ УРОВНЕ ЗА ПЕРИОД 20\_\_ ГОДА

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код причин дефектов | Количество пролеченных больных, абс. | Повод для проведения экспертизы [<\*>](#P400) | Количество проведенных экспертиз: | Выявлено дефектов всего: | Дефекты: |
| Обследования | Постановки диагноза | Лечения | Оформления мед. документации |
| абс. | % от [гр. 1](#P267) | абс. | % от [гр. 3](#P276) | абс. | % от [гр. 5](#P278) | абс. | % от [гр. 5](#P278) | абс. | % от [гр. 5](#P278) | абс. | % от [гр. 5](#P278) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| М | x | x | x |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| П | x | x | x |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Н | x | x | x |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| О | x | x | x |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Приложение N 3

к Приказу

Министра здравоохранения

Свердловской области

от 22 мая 2012 г. N 560-п

ИНСТРУКЦИЯ

ПО ВЕДЕНИЮ ЖУРНАЛА КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

1. В [графе 1](#P266) указывается количество пролеченных больных в отделении.

2. В [графе 2](#P266) указывается количество проведенных экспертиз, процент выполнения ответственными лицами объема экспертиз по внутреннему контролю качества медицинской помощи.

3. В [графах с 5](#P266) по [14](#P272) указывается количество выявленных при проведении проверки дефектов медицинской помощи в абсолютных цифрах и в % отношении от числа проведенных экспертиз:

в [5 графе](#P266) - всего дефектов, допущенных при оказании медицинской помощи и оформлении первичной медицинской документации;

в [7 графе](#P272) - дефекты, допущенные при проведении диагностических мероприятий;

в [9 графе](#P272) - дефекты, допущенные при постановке и формулировке диагноза;

в [11 графе](#P272) - дефекты, допущенные при проведении лечебно-профилактических мероприятий;

в [13 графе](#P272) - дефекты, допущенные при оформлении медицинской документации.

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

4. В строках по ["коду причин дефектов"](#P266) указывается количественная величина причин по каждому из видов дефектов.

5. Повод для проведения экспертизы указывать сокращенно <\*>:

- "П" - плановая экспертиза;

- "Т" - тематическая экспертиза;

- "ОЭС" - обязательный экспертный случай.

С последующим указанием внизу таблицы повода проведения тематической экспертизы и расшифровки всех обязательных экспертных случаев.

6. Коды дефектов медицинской помощи по причинам их возникновения указываются сбоку от таблицы:

|  |  |
| --- | --- |
| Код | Группы дефектов |
| М | Причинами дефектов являлись действия (или бездействие) медицинского работника, непосредственно оказывавшего медицинскую помощь:М (в) - врача;М (с) - среднего медицинского работника.Возникновение дефектов данной группы может быть связано с:- добросовестным заблуждением медицинских работников;- невыполнением или недобросовестным выполнением медицинскими работниками должностных обязанностей или требований нормативных правовых документов;- с другими факторами |
| П | Причинами возникновения дефектов являются действия (или бездействие) пациента.Возникновение дефектов данной группы может быть связано с:- отказом пациента от госпитализации;- невыполнением пациентом назначений лечащего врача;- непредоставлением пациентом полной и достоверной информации о состоянии своего здоровья;- самовольным уходом пациента из стационара;- поздним обращением пациента за медицинской помощью;- с другими факторами |
| Н | Причины возникновения дефектов не связаны с действиями (или бездействием) медицинского работника, непосредственно оказывавшего медицинскую помощь, или с действиями (или бездействием) пациента.Возникновение дефектов данной группы может быть связано с:- исходной тяжестью состояния пациента;- особенностями течения заболевания (атипичность, скоротечность, необратимая стадия);- наличием тяжелых сопутствующих заболеваний;- с другими факторами |
| О | Причины возникновения дефектов связаны с недостатками в организации медицинской помощи.Возникновение дефектов данной группы может быть связано с недостатками:- в организации амбулаторно-поликлинического приема;- в организации работы вспомогательных лечебно-диагностических служб (лаборатория, рентген-отделение, физио-отделение и др.);- в организации проведения консультаций специалистов или исследований, отсутствующих в учреждении;- в организации работы приемного отделения стационара;- в организации поверок или технического обслуживания медицинского оборудования;- в обеспечении стационаров лекарственными средствами;- в организации своевременного повышения квалификации медицинских работников;- в разработке внутренних распорядительных документов по организации и оказанию медицинской помощи в учреждении;- в организации ознакомления персонала с нормативными правовыми или внутренними распорядительными документами;- в организации достоверного статистического учета оказываемой медицинской помощи;- в обеспечении сохранности медицинской документации в учреждении;- с другими факторами |

Приложение N 4

к Приказу

Министра здравоохранения

Свердловской области

от 22 мая 2012 г. N 560-п

ТИПОВОЙ ПРОТОКОЛ

ЗАСЕДАНИЯ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ

ОТ "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ Г. N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование учреждения здравоохранения)

Повестка:

1. Комиссия в составе:

Председатель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (руководитель комиссии или его заместитель)

Члены \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приглашенные \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (специалисты, представляющие материалы на комиссию, эксперты)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Секретарь комиссии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В присутствии:

Проверяемые лица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руководители \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Перечень рассмотренных вопросов:

Представленные материалы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (результаты служебного расследования,

 медицинская документация, объяснительные

 медицинского персонала, акты проверок,

 приказы и т.д.)

3. Комиссия решила \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (обоснование принятого решения)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Председатель комиссии: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Члены комиссии: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение N 5

к Приказу

Министра здравоохранения

Свердловской области

от 22 мая 2012 г. N 560-п

ОТЧЕТНАЯ ФОРМА

"РЕЗУЛЬТАТЫ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА

ОКАЗАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ"

ЗА ПЕРИОД \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ ГОДА

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Количество пролеченных больных, абс. | Количество проведенных экспертиз: | Выявлено дефектов, всего | Дефекты: |
| обследования | постановки диагноза | лечения | оформления мед. документации |
|  |  |  |
| Код причин дефектов |
|  |
| М |  |  |  |  |  |  |
| П |  |  |  |  |  |  |
| Н |  |  |  |  |  |  |
| О |  |  |  |  |  |  |
|  |
| М |  |  |  |  |  |  |
| П |  |  |  |  |  |  |
| Н |  |  |  |  |  |  |
| О |  |  |  |  |  |  |
|  |
| М |  |  |  |  |  |  |
| Н |  |  |  |  |  |  |
| П |  |  |  |  |  |  |
| О |  |  |  |  |  |  |

Приложение

к Приказу

Министра здравоохранения

Свердловской области

от 22 мая 2012 г. N 560-п

|  |
| --- |
| Список изменяющих документов(введена Приказом Минздрава Свердловской областиот 18.12.2012 N 1477-п) |

ОТЧЕТНАЯ ФОРМА

"РЕЗУЛЬТАТЫ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА

ОКАЗАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ"

за период \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Количество посещений абс. | Количество проведенных экспертиз: | Выявлено дефектов, всего | Дефекты: |
| обследования | постановки диагноза | лечения | оформления мед. документации |
|  |  |  |
| Код причин дефектов |
| 1 уровень |
| М |  |  |  |  |  |  |
| П |  |  |  |  |  |  |
| Н |  |  |  |  |  |  |
| О |  |  |  |  |  |  |
| 2 уровень |
| М |  |  |  |  |  |  |
| П |  |  |  |  |  |  |
| Н |  |  |  |  |  |  |
| О |  |  |  |  |  |  |
| 3 уровень |
| М |  |  |  |  |  |  |
| П |  |  |  |  |  |  |
| Н |  |  |  |  |  |  |
| О |  |  |  |  |  |  |

Приложение N 6

к Приказу

Министерства здравоохранения

Свердловской области

от 22 мая 2012 г. N 560-п

|  |
| --- |
| Список изменяющих документов(введена Приказом Минздрава Свердловской областиот 21.04.2014 N 532-п) |

УЧЕТНАЯ ФОРМА

"ЖУРНАЛ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА ОКАЗАННОЙ

СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ" В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ \_\_\_\_\_\_\_

НА \_\_\_\_ УРОВНЕ ЗА ПЕРИОД \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ ГОДА

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код причин дефектов | Количество больных, которым была оказана скорая медицинская помощь, абс. число | Повод для проведения экспертизы | Количество проведенных экспертиз | Выявлено дефектов, всего | Дефекты |
| Диагностики | Постановки диагноза | Лечения и тактики | Оформления медицинской документации |
| абс. число | % от гр. 1 | абс. число | % от гр. 3 | абс. число | % от гр. 5 | абс. число | % от гр. 5 | абс. число | % от гр. 5 | абс. число | % от гр. 5 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| М | x | x | x |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| П | x | x | x |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Н | x | x | x |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| О | x | x | x |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Приложение N 7

к Приказу

Министерства здравоохранения

Свердловской области

от 22 мая 2012 г. N 560-п

|  |
| --- |
| Список изменяющих документов(введена Приказом Минздрава Свердловской областиот 21.04.2014 N 532-п) |

ОТЧЕТНАЯ ФОРМА

"РЕЗУЛЬТАТЫ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА

ОКАЗАННОЙ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ"

ЗА ПЕРИОД \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ ГОДА

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Количество больных, которым была оказана скорая медицинская помощь, абс. число | Количество проведенных экспертиз, абс. число | Выявлено дефектов, всего, абс. число | Дефекты |
| Обследования, абс. число | Постановки диагноза, абс. число | Лечения и тактики, абс. число | Оформления медицинской документации, абс. число |
|  |  |  |
| Код причин дефектов |
| 1 уровень |
| М |  |  |  |  |  |  |
| П |  |  |  |  |  |  |
| Н |  |  |  |  |  |  |
| О |  |  |  |  |  |  |
| 2 уровень |
| М |  |  |  |  |  |  |
| П |  |  |  |  |  |  |
| Н |  |  |  |  |  |  |
| О |  |  |  |  |  |  |
| 3 уровень |
| М |  |  |  |  |  |  |
| П |  |  |  |  |  |  |
| Н |  |  |  |  |  |  |
| О |  |  |  |  |  |  |