



ДЕПАРТАМЕНТ СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ
«ОБЛАСТНОЙ ЦЕНТР ПРОФИЛАКТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ»

625509, Тюменская область, м.р-н Тюменский,с.п. Новотарманское., тер. автодорога Тюмень-Салаирка-гр.
Свердловской области, км 23-ий, стр. 27, тел./факс (3452) 77-00-66,
e-mail:ocpr72@obl72.ru, ОГРН 107 720 306 54 44, ИНН/ КПП 722 4037176/722401001

**Положение
об экспертизе (контроле) качества медицинской помощи и
безопасности медицинской деятельности
в ГАУ ТО «Областной центр профилактики и реабилитации»**

1. Общие положения.

1.1. Настоящее положение разработано в соответствии с со ст. 90 ФЗ-323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», Приказом Министерства здравоохранения РФ от 7 июля 2015 г. N 422ан "Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи", Приказом МЗ РФ №530н от 05.08.2022г. «ОБ утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемой в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара и порядок их ведения».

Оно устанавливает общие организационные и методические принципы внутреннего контроля качества медицинской наркологической помощи, предоставляемой населению ГАУ ТО «Областной центр профилактики и реабилитации»

1.2. Целью осуществления внутреннего контроля качества медицинской помощи является обеспечение прав пациентов на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества в соответствии с федеральными стандартами и порядками оказания наркологической помощи.

1.3. Объектом контроля является медицинская помощь, представляющая собой комплекс профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, проводимых по определенной технологии при осуществлении медицинской деятельности, разрешенных к применению в порядке, установленном законодательством РФ.

1.4. Система внутреннего контроля качества медицинской помощи и безопасности медицинской деятельности включает следующие элементы:

- Оценку состояния и использования кадровых и материально-технических ресурсов ГАУ ТО «Областной центр профилактики и реабилитации» (далее –Центр);
- Изучение удовлетворенности пациентов;

- Расчет и анализ показателей, характеризующих качество и эффективность медицинской помощи;
- Выявление и обоснование дефектов, врачебных ошибок и других факторов, оказывающих негативное действие и повлекших за собой снижение качества медицинской помощи;
- Подготовка рекомендаций для администрации ГАУ ТО «Областной центр профилактики и реабилитации»; направленных на предупреждение врачебных ошибок и дефектов в работе и способствующих повышению качества и эффективности медицинской помощи;
- Выбор наиболее рациональных управленческих решений и проведение оперативных корректирующих воздействий;
- Контроль реализации управленческих решений.

**Схема
комплексного обеспечения качества оказания медицинской помощи
в ГАУ ТО «ОЦПР»:**

1. Внутрибольничные мероприятия обеспечения качества медицинской помощи.
2. Организация и порядок проведения внутреннего контроля качества медицинской помощи:
 - 2.1. Контроль качества и безопасности медицинской деятельности (ККиБМД) главным врачом, врачебной комиссией. В необходимых случаях для проведения ККиБМД могут привлекаться сотрудники профильных кафедр ТГМУ,
 - 2.2. Экспертиза качества медицинской помощи является функцией главного врача (первая ступень экспертизы и вторая ступень экспертизы), врачебной комиссией (третья ступень экспертизы).
 - 2.3. Экспертиза процесса оказания медицинской помощи проводится по отдельным законченным в данном подразделении случаям. Экспертиза, как правило, проводится по медицинской документации (медицинской карте стационарного больного) При необходимости может быть проведена и очная экспертиза.
 - 2.4. Экспертному контролю обязательно подлежат:
 - Случаи летальных исходов,
 - Случаи внутрибольничного инфицирования и осложнений,
 - Случаи с расхождением диагнозов,
 - Случаи, сопровождающиеся 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.
 - 2.5. В течение месяца главным врачом проводит экспертизу не менее 50% законченных случаев.

2.6. Контроль качества медицинской помощи конкретному больному предусматривает сопоставление ее со стандартами, которые, как правило, содержат унифицированный набор и объем диагностических и лечебных мероприятий, а также требований к срокам и результатам лечения при конкретных нозологических формах болезней. Ведущая роль при ЭКМП принадлежит заключению эксперта, который кроме выполнения стандартов учитывает все особенности данного индивидуального случая.

2.7. Эксперт во время проведения экспертизы качества лечебно-диагностического процесса руководствуется Приказом Министерства здравоохранения РФ от 7 июля 2015 г. N 422ан "Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи" и проводит оценку:

а). Критериев, применяемых при оказании медицинской помощи в стационарных условиях.

- Выявляет дефекты и устанавливает их причины;
- Готовит рекомендации по устранению и предупреждению выявленных недостатков

2.8. При проведении экспертизы КК и БМД разрабатываются и заполняются карты оценки качества медицинской помощи.

2.9. Методики экспертной оценки качества медицинской помощи и набор показателей, ее характеризующих, утверждаются главным врачом.

2.10. Изучение удовлетворенности медицинской помощью проводится также по принятой в области методике (анкетирование пациентов, анализ обращений граждан и др.).

2.11. Показатели качества и эффективности медицинской помощи могут быть использованы для дифференцированной оплаты труда медицинских работников.

**План
организационных мероприятий по внедрению системы внутреннего контроля
качества в ГАУ ТО «Областной центр профилактики и реабилитации»**

№ п/п	Наименование мероприятия	Срок исполнения	Ответственный исполнитель
1	2	3	4
1. Разработка документов по ККМП			
1.1.	Разработка положения о контроле качества медицинской помощи в ГБУЗ ТО «ОНД».	январь 2024г.	Главный врач Демина Н.Н.
1.2.	Проверка наличия у врачей стандартов оказания специализированной наркологической помощи.	январь 2024г.	Главный врач Демина Н.Н.
15.	Разработка и утверждение методических рекомендаций о порядке выбора и применения критериев оценки эффективности деятельности медицинского персонала для внедрения дифференцированной оплаты труда через выплаты стимулирующего характера	февраль 2024г.	Главный врач Демина Н.Н.
16.	Разработка и утверждение формы учетно-отчетной документации по проведению контрольных мероприятий по исполнению контроля за соответствием качества оказываемой медицинской помощи установленным федеральным (региональным) стандартам в сфере здравоохранения	январь 2024г.	Главный врач Демина Н.Н.
2. Организация работы по контролю качества медицинской помощи в ГАУ ТО «ОЦПР» и мониторинг деятельности			
2.1.	Утверждение положений по ККМП, учетно-отчетной документации в ГАУ ТО «ОЦПР»	январь 2024г.	Главный врач Демина Н.Н.
2.2.	Разработка и утверждение плана проведения плановых проверок ККМП в ГАУ ТО «ОЦПР» («Медико-психологическая служба»)	январь 2024г.	Главный врач Демина Н.Н.
2.3.	Сбор, обобщение, анализ данных, проведение рабочих совещаний о результатах деятельности по ККМП «Медико-психологической службы»	ежеквартально	Главный врач Демина Н.Н.

2.4.	Проведение плановых проверок подразделений по вопросам ККМП	Ежемесячно	Главный врач Демина Н.Н.
3. Разработка механизмов стимулирования деятельности по обеспечению КМП			
3.1.	Разработка и внедрение системы мотивации и механизмов экономического стимулирования медицинских работников к участию в деятельности по непрерывному улучшению КМП в ККМП в ГАУ ТО «ОЦПР»	ежеквартально 2024г.	Главный врач Демина Н.Н.

Принятые сокращения:

КМП - качество медицинской помощи;

ТПГГ – территориальная программа государственных гарантий;

ЭКСПЕРТНЫЙ ЛИСТ

Отделение _____ Ф.И.О. больного _____
 Дата выписки « ____ » _____ 200__ г. Ф.И.О. лечащего врача _____

№	Шифр МКБ	Цель госпитализации, эффект от лечения	Оформленные документы	Оценка диагноза	Оценка качества обследования соответств. МЭС	Обследование Причины невыполнения, перевыполнения
1	2	3	4	5	6	7
		1. Достигнута 2. Неправильная тактика 3. Не достигнута	1. Полное 2. Неполное 3. Не выполнено	1. Полный диагноз 2. Отсутствие развернутого диагноза с отражением стадии, фазы, функций, осложнений 3. Диагноз неверный, не выставлен	1. Весь объем 2. Незначительные упущения 3. Обследован наполовину 4. Отдельные неинформативные виды 5. Необследован	1. Дефицит ресурсов 2. Перевод, выписка, смерть 3. Отказ больного 4. Низкая квалификация, небрежность персонала 5. Не требуется 6. Дефект стандарта 7. Тяжелое состояние 8. Дефицит кадров 9. Прочие
						1. Сложности диагностики 2. Низкая квалификация персонала 3. Сопутствующие заболевания 4. Дефект МЭС 5. Дефект диагностики этапа 6. Прочие

Объем лечения соответствует МЭС	Лечение		Соответствие МЭС		Консультации		Исход лечения	Осложнения	Срок лечения соответствующим МЭС						
	Причины		Соответствие МЭС	Причины											
	Невыполнения МЭС лечения	Перевыполнения МЭС лечения		Невыполнения МЭС лечения	Перевыполнения МЭС лечения										
8	1. Объем лечения полный 2. Незначит. упущения 3. Объем лечения выполнен наполовину 4. Выполнены отдельные леч.-проф. мероприятия 5. Лечение не проводилось	1. Дефицит лекарств, оборудования 2. Перевод, смерть, выписка 3. Отказ больного 4. Низка квалификация, небрежность персонала 5. Не требуется 6. Дефект МЭС 7. Непереносимость 8. Прочие	9	1. Ятрогения 2. Низкая квалификация 3. Тяжелая патология, инкурабельность 4. Дефект МЭС 5. Неотложные состояния 6. Прочие	10	1. Соответствует 2. Не соответствует	11	1. Нет консультанта 2. Перевод, выписка, смерть 3. Отказ больного 4. Низкая квалификация, небрежность персонала 5. Прочие	1. Сложность диагноза 2. Низкая квалификация 3. Тяжелая сопутствующая патология	12	1. Нет 2. Нет	13	1. Нет 2. Есть	14	1. Да 2. Нет

ЖУРНАЛ
экспертной оценки
качества оказания
медицинской помощи
пациентам

отделение

НАЧАТ:
ОКОНЧЕН:

№ п/п	Дата контроля	Ф.И.О. врача	Ф.И.О. пациента	Номер истории болезни или домашний адрес	Диагноз
----------	---------------	--------------	-----------------	---	---------

Диагностические мероприятия		Лечение		Постановка диагноза		Дефекты	
Полнота	Своевременность	Адекватность выбора	Соответствие стандартам	Верификация	Функционально	Ведение медицинской документации	По экспертизе временной нетрудоспособности

Заместителю главного врача
по медицинской части ГБУЗ ТО «ОНД»
Пушкареву В.П.

от _____

**Отчет
по результатам контроля за качеством ведения больных**

в _____ отделении

за _____ 20__ года.

(месяц)

<i>Мероприятия</i>	<i>Абс.</i>	<i>%</i>
Проверено историй болезни		
Из них:		
1. Внесено дополнений (изменений)		
а) к анамнезу		
б) к обследованию		
в) к лечению		
г) к диагнозу		
д) к дневниковым записям		
е) к эпикризу на КЭК		
ж) к выписному эпикризу		
2. Выявлено нарушений		

« ____ » _____ 20__ г.

Заведующий отделением _____ / _____ /
(подпись) (Ф.И.О.)