



**Казенное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры  
«Детский противотуберкулезный санаторий имени Е.М. Сагандуковой»**

**ПРИКАЗ**

**14.03.2012 г.**

**№ 24-о**

**г. Ханты-Мансийск**

**«Об утверждении Положения о системе ведомственного контроля качества  
медицинской помощи в казенном учреждении ХМАО – Югры «Детский  
противотуберкулезный санаторий имени Е.М. Сагандуковой»**

В целях осуществления ведомственного контроля качества медицинской помощи, во исполнение Приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ и Федерального фонда обязательного медицинского страхования № 363/77 от 24.10.1996 года «О совершенствовании контроля качества медицинской помощи населению РФ»,

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить Положение о системе ведомственного контроля качества медицинской помощи в казенном учреждении ХМАО – Югры «Детский противотуберкулезный санаторий имени Е.М. Сагандуковой» (Приложение № 1).
2. Утвердить карту экспертной оценки истории болезни (Приложение № 2).
3. Заведующему отделением Ревякиной Л.А. – не реже 1 раза в полугодии представлять информацию о результатах оценки качества медицинской помощи пациентам учреждения.
4. Контроль исполнения настоящего приказа оставляю за собой.

Главный врач

А.А. Таберт

С приказом ознакомлена:

Л.А. Ревякина

Утверждаю  
КУ ХМАО – Югры «Детский  
противотуберкулезный санаторий  
имени Е.М. Сагандуковой»  
Главный врач \_\_\_\_\_ А.А. Таберт  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2012 год

**ПОЛОЖЕНИЕ**  
**о системе ведомственного контроля качества медицинской помощи**  
**в казенном учреждении ХМАО – Югры**  
**«Детский противотуберкулезный санаторий имени**  
**Е.М. Сагандуковой»**

**1. Общие положения**

1.1 Настоящее положение разработано в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации, Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, Законом Российской Федерации "О защите прав потребителей" и другими нормативными актами. Оно устанавливает общие организационные и методические принципы ведомственного контроля качества медицинской помощи, предоставляемой населению в учреждении.

1.2. Целью осуществления ведомственного контроля качества медицинской помощи является обеспечение прав пациентов на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества на основе оптимального использования кадровых и материально-технических ресурсов здравоохранения и применения совершенных медицинских технологий.

1.3. Объектом контроля является медицинская помощь, представляющая собой комплекс профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, проводимых по определенной технологии с целью достижения конкретных результатов.

1.4. Система ведомственного контроля качества медицинской помощи (ККМП) – это совокупность критериев, позволяющих определить своевременность, адекватность, полноту и эффективность оказания медицинской помощи как в отделении, у определенного врача, так и отдельному больному.

ККМП конкретному больному предусматривает сопоставление с формализованными картами протоколов ведения больных, которые содержат унифицированный набор и объем диагностических и лечебных мероприятий, а также требования к срокам и результатам лечения при конкретных нозологических формах болезней.

При отсутствии утвержденных региональных формализованных карт протоколов ведения больных оценка КМП основана на сравнении фактически выполненного объема медицинской помощи пациенту с необходимым, установленным директивными (методическими) документами и общепринятыми нормами клинической практики, с учетом состояния пациента.

1.5. Система ведомственного контроля качества медицинской помощи включает в себя:

- экспертизу процесса оказания медицинской помощи конкретным пациентам;
- изучение удовлетворенности пациентов от оказанной помощи;
- расчет и анализ показателей, характеризующих качество и эффективность медицинской помощи;
- выявление и обоснование дефектов, врачебных ошибок и других факторов, оказавших негативное действие и повлекших за собой снижение качества и эффективности медицинской помощи;
- подготовка рекомендаций для врачей отделения, направленных на предупреждение врачебных ошибок и дефектов в работе и способствующих повышению качества и эффективности медицинской помощи.

## **2. Организация и порядок проведения ведомственного контроля качества медицинской помощи**

2.1. Ведомственный контроль качества медицинской помощи осуществляется экспертным путем заведующим отделением, в необходимых случаях для проведения экспертизы могут привлекаться сотрудники других специализированных учреждений, главный внештатный фтизиопедиатр Департамента здравоохранения ХМАО – Югры.

2.2. Экспертиза процесса оказания медицинской помощи проводится по отдельным законченным в данном отделении случаям. Экспертиза, как правило, проводится по медицинской документации (медицинской карте стационарного больного). При необходимости может быть проведена и очная экспертиза.

2.3. Экспертному контролю обязательно подлежат:

- случаи внутрибольничного инфицирования и осложнений;
- случаи повторной госпитализации по поводу одного и того же заболевания в течение года;
- случаи заболеваний с удлиненными или укороченными сроками лечения;

- случаи с расхождением диагнозов;
- 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.

2.5. В течение месяца заведующий стационарным подразделением проводит экспертизу не менее 50% законченных случаев.

2.6. Экспертиза качества медицинской помощи конкретному больному предусматривает сопоставление ее со стандартами, которые, как правило, содержат унифицированный набор и объем диагностических и лечебных мероприятий, а также требования к срокам и результатам лечения при конкретных нозологических формах болезней.

Ведущая роль при экспертизе качества медицинской помощи принадлежит заключению эксперта, который кроме выполнения стандартов учитывает все особенности данного индивидуального случая.

2.7. Эксперт во время проведения экспертизы качества лечебно-диагностического процесса:

- в обязательном порядке оценивает полноту и своевременность диагностических мероприятий, адекватность выбора и соблюдение лечебных мероприятий, правильность и точность постановки диагноза;

- выявляет дефекты и устанавливает их причины;

- готовит рекомендации по устранению и предупреждению выявленных недостатков.

2.8. На каждый случай экспертной оценки заполняется «Карта экспертной оценки истории болезни».

2.9. Информация, полученная в результате оценки качества медицинской помощи, доводится до сведения главного врача учреждения и является предметом

обсуждения среди сотрудников.

### **3. Заключение**

3.1. Ведомственный контроль качества и эффективности медицинской помощи является основным видом контроля, наиболее приближенным к исполнителям медицинских услуг. Его результаты используются и сопоставляются с данными вневедомственной экспертизы.

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

#### **Отчет по экспертной работе:**

- Количество проведенных экспертных оценок за отчетный период (месяц, квартал, год) зав. отделением.

- Средний уровень качества медицинской помощи в отделении согласно экспертной оценке, проведенной зав. отделением и экспертом.

- Основные дефекты, выявленные при проведении экспертизы качества оказания медицинской помощи (абсолютная цифра и %).
- Выводы и предложения по улучшению качества оказания медицинской помощи в лечебно-профилактическом учреждении.

Утверждаю  
КУ ХМАО – Югры «Детский  
противотуберкулезный санаторий  
имени Е.М. Сагандуковой»  
Главный врач \_\_\_\_\_ А.А. Таберт  
« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2012 год

**Карта экспертной оценки истории болезни № \_\_\_\_\_**

Ф.И.О., возраст больного \_\_\_\_\_  
Поступление: плановое, экстренное. Поступил \_\_\_\_ Выписан \_\_\_\_ Исход \_\_\_\_  
Диагноз \_\_\_\_\_  
Подлежит экспертному контролю: обязательному, методом случайной  
выборки.

Раздел	Полнота и своевременность диагностических мероприятий:	Оценка, балл				
		1.0	0.75	0.5	0.25	0
1.	<b>Лечебное отделение</b>					
А)	Полнота сбора анамнеза при осмотре лечащим врачом					
Б)	Периодичность осмотров лечащим врачом					
В)	Отражение в дневниковых записях:					
	-динамики состояния больного;					
	-обоснованности и трактовки данных лабораторно- диагностических исследований, консультаций;					
	-эффективности проводимого лечения;					
Г)	Полнота выполнения лабораторно-диагностических исследований, консультаций в соответствии с действующими «Стандартами...»					
Е)	Другие дефекты					
2.	<b>Адекватность выбора и</b>					

	<b>соблюдения лечебных мероприятий, их соответствие «Стандарта...»</b>					
А)	Адекватность проводимого лечения установленному диагнозу					
Б)	Обоснование изменения схемы лечения больного					
В)	Обоснование в дневниковых записях пребывания пациента в санатории ниже и выше рекомендованных сроков					
Г)	Наличие этапных эпикризов					
Д)	Другие дефекты					
<b>3.</b>	<b>Правильность, точность, своевременность постановки диагноза:</b>					
А)	Наличие плана обследования больного					
Б)	Заключительный клинический диагноз					
В)	Полнота оформления выписного эпикриза:					
	-отражение результатов проведенных исследований;					
	-отражение проведенного лечения;					
	-рекомендации по амбулаторному наблюдению;					
Г)	Другие дефекты					
<b>4.</b>	<b>Прочие дефекты. Выявленные дефекты и установление их причин</b>					

**Итоговая экспертная оценка:** выявлены отдельные, существенные недостатки.

**Предложения**

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.