

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
«ЛОПАТИНСКАЯ УЧАСТКОВАЯ БОЛЬНИЦА»

(ГБУЗ «ЛОПАТИНСКАЯ УБ»)

П Р И К А З
с.Лопатино, Пензенская область

« 10 » января 2023 г.

№ 49/1

В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральным законом от 19.11.2010г. №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (редакция от 03.12.2011), приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 29.06.2011г. № 624н «Об утверждении порядка выдачи листков нетрудоспособности», приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5.05.2012г. № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.05.2002г. № 154 «О введении формы учета клинико-экспертной работы в лечебно-профилактическом учреждении» и методическими рекомендациями № 2002/140 «Учет, оценка и анализ клинико-экспертной деятельности ЛПУ», утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации от 20.12.2002г. № 2510/224-03-34, а также в целях совершенствования контроля качества медицинской помощи, оказываемой в ГБУЗ «Лопатинская УБ» и обеспечения прав пациентов на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества -

приказываю:

1. Утвердить положение о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности. (Приложение № 1).
2. Утвердить положение о создании и деятельности врачебной комиссии медицинской организации. (Приложение № 2).
3. Утвердить порядок направления пациентов на врачебную комиссию (Приложение № 3).
4. Утвердить состав врачебной комиссии (Приложение № 4).
5. Утвердить положение о лечебно-контрольной комиссии. (Приложение № 5).
6. Утвердить состав лечебно-контрольной комиссии (Приложение № 6).
7. Утвердить положение о комиссии по изучению летальных исходов. (Приложение № 7).
8. Утвердить состав комиссии по изучению летальных исходов (Приложение № 8).
9. Утвердить форму карты экспертной оценки качества медицинской помощи, оказанной пациенту в стационаре (Приложение № 9).
10. Утвердить форму карты экспертной оценки качества медицинской помощи, оказанной пациенту в поликлинике (Приложение № 10).

11. Назначить ответственных за проведение контроля качества медицинской помощи согласно Приложению № 11.

12. Назначить ответственным за организацию контроля качества медицинской помощи председателя врачебной комиссии, заместителя главного врача по медицинской части Кузину А.М.

13. Ознакомить с настоящим приказом всех заинтересованных лиц (согласно листу ознакомления).

14. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Главный врач



А.А. Плешаков

ПОЛОЖЕНИЕ
о внутреннем контроле качества и безопасности
медицинской деятельности

1. Общие положения.

1.1. Положение о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ «Лопатинская УБ» (далее в учреждении), осуществляющем медицинскую деятельность (далее – Положение) устанавливает порядок организации и проведения внутреннего контроля за соответствием качества выполняемых медицинских работ (услуг) установленным требованиям (порядкам оказания медицинской помощи, стандартам медицинской помощи) и безопасностью медицинской помощи, оказываемой гражданам, а также управления качеством медицинской помощи в учреждении.

1.2. Настоящее Положение разработано в соответствии с:

Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";

Законом Российской Федерации от 07.02.92 № 2300-1 «О защите прав потребителей»;

постановлением Правительства РФ от 16 апреля 2012 г. № 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»»);

постановлением Правительства Российской Федерации от 13.01.96 № 27 «Об утверждении правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями»;

приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5.05.2012 № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации»;

приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 мая 2002 г. № 154 «О введении формы учета клинико-экспертной работы в лечебно-профилактических учреждениях»;

методическими рекомендациями № 2002/140 «Учет, оценка и анализ клинико-экспертной деятельности лечебно-профилактических учреждений» (утв. Минздравом РФ 20 декабря 2002 г. № 2510/224-03-34);

приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22.01.2001 № 12 «О введении в действие отраслевого стандарта «Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении»;

приказом Министерства здравоохранения и социального развития Пензенской области от 11.06.2003 № 478 «Об улучшении контроля качества организации медицинской помощи населению.

1.3. Целью внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (далее – контроля качества медицинской помощи) является обеспечение прав граждан на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества в учреждении, осуществляющем медицинскую деятельность, на основе порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи, а так же требований, обычно предъявляемых к медицинской помощи в медицинской практике, с учетом современного уровня развития медицинской науки и медицинских технологий.

1.4. Задачами контроля качества медицинской помощи являются:

- проведение контроля качества медицинской помощи, оказанной конкретным пациентам;
- выявление дефектов медицинской помощи, установление причин их возникновения и степени их влияния на здоровье конкретных пациентов;
- регистрация результатов проведенного контроля качества медицинской помощи;
- оценка выводов о качестве медицинской помощи, сделанных на нижестоящих уровнях контроля;
- оценка оптимальности использования кадровых и материально-технических ресурсов учреждения здравоохранения;
- оценка организационных технологий оказания медицинской помощи;

- изучение удовлетворенности граждан оказанной медицинской помощью;
- анализ данных, полученных при проведении мониторинга показателей качества медицинской помощи в учреждении здравоохранения;
- подготовка предложений для руководителя учреждения здравоохранения, направленных на устранение причин возникновения дефектов медицинской помощи, повышение качества и эффективности оказываемой медицинской помощи.

1.5. По итогам проведенного контроля качества медицинской помощи ГБУЗ «Лопатинская УБ» разрабатываются и реализуются мероприятия по управлению качеством медицинской помощи на территории района:

принятие руководителем учреждения здравоохранения (или заместителем руководителя учреждения здравоохранения) управленческих решений, направленных на устранение причин возникновения дефектов медицинской помощи, повышение качества и эффективности оказываемой медицинской помощи, совершенствование организационных технологий оказания медицинской помощи;

планирование мероприятий, направленных на устранение причин возникновения дефектов медицинской помощи, повышение качества и эффективности оказываемой медицинской помощи, совершенствование организационных технологий оказания медицинской помощи;

осуществление контроля за реализацией принятых управленческих решений или выполнением плана мероприятий.

2. Порядок организации и проведения контроля качества медицинской помощи.

1. Качество медицинской помощи - система критериев, позволяющих определить качество оказания медицинской помощи как в определенном медицинском учреждении, у определенного врача, на определенной территории, так и отдельному больному.

2. Контроль (оценка) качества медицинской помощи - методика оценки качества выполнения медицинских услуг на основании утвержденных критериев.

3. Контроль качества медицинской помощи включает исследование качества выполнения медицинских технологий, адекватности использования ресурсов, степени риска возникновения осложнений, удовлетворенности пациента. Контроль качества медицинской помощи, как правило, проводится по отдельным законченным в конкретном подразделении случаям путём исследования медицинской документации (медицинской карты стационарного больного, медицинской карты амбулаторного больного и др.).

1. сбора жалоб, анамнеза, данных объективного осмотра;
2. диагностических мероприятий;
3. оформления и обоснования диагноза;
4. лечебно-профилактических мероприятий, медицинской реабилитации;
5. мероприятий медицинской экспертизы, медицинского освидетельствования ;
6. сроков оказания медицинской помощи;
7. преемственности, этапности оказания медицинской помощи;
8. результатов оказания медицинской помощи, диспансеризации определенных групп взрослого населения;
9. мероприятий диспансеризации определенных групп взрослого населения;
10. оформления медицинской документации.

В необходимых случаях при проведении контроля качества медицинской помощи может проводиться осмотр пациента.

Контроль качества медицинской помощи, оказанной конкретному больному, предусматривает определение соответствия оказанной ему медицинской помощи на всех этапах её оказания действующим нормативным правовым документам, стандартам оказания медицинской помощи, рекомендуемым срокам лечения и временной нетрудоспособности при конкретных нозологических формах заболеваний с учётом всех особенностей данного индивидуального случая.

4. На каждый случай контроля качества медицинской помощи в медицинской организации заполняется «Карта экспертной оценки качества медицинской помощи». На основании их

статистической обработки рассчитываются показатели, характеризующие качество и эффективность медицинской помощи в данной медицинской организации.

5. Контроль качества медицинской помощи в медицинских учреждениях осуществляется специалистами с высшим медицинским образованием, имеющими соответствующую подготовку по контролю качества медицинской помощи, стаж работы по врачебной специальности не менее 5 лет, первую или высшую квалификационную категорию или ученую степень, назначенными приказом руководителя учреждения здравоохранения ответственными за проведение контроля качества медицинской помощи.

6. Приказом руководителя из числа заместителей руководителя учреждения здравоохранения назначается ответственный за организацию контроля качества медицинской помощи.

7. Ответственные за организацию и проведение контроля несут ответственность за объективность оценки качества оказанной медицинской помощи при проведении контроля качества медицинской помощи в соответствии с должностными инструкциями.

8. В необходимых случаях для проведения контроля качества медицинской помощи могут привлекаться (по согласованию) в качестве экспертов: работники медицинских ВУЗов, работники других учреждений здравоохранения.

9. Контроль качества медицинской помощи осуществляется на трех уровнях контроля:
первый уровень контроля - заведующие отделениями (подразделениями) учреждения здравоохранения;

второй уровень контроля - заместители руководителя учреждения здравоохранения по профилю, заведующие поликлиникой в соответствии с возложенными обязанностями по контролю качества медицинской помощи;

третий уровень контроля - врачебная комиссия учреждения здравоохранения (ВК).

10. *Заведующий стационарным подразделением медицинской организации в течение месяца проводит плановый контроль качества медицинской помощи 1 уровня всех законченных случаев лечения; заведующий амбулаторным подразделением - не менее 5% от общего количества случаев оказания медицинской помощи в его подразделении за отчетный период на амбулаторном этапе.*

Заместители руководителя медицинской организации по профилю, заведующий поликлиникой в рамках осуществления планового контроля качества медицинской помощи 2 уровня проводят анализ не менее 40 - 50 законченных случаев оказания медицинской помощи в течение квартала.

Объем работы по контролю качества медицинской помощи 3 уровня, врачебных комиссий медицинской организации, определяется задачами в области обеспечения качества и эффективности медицинской помощи, поставленными как данным лечебно-профилактическим учреждением, так и вышестоящими органами управления здравоохранения.

Устанавливаются следующие обязательные объемы проведения контроля качества диспансеризации определенных групп взрослого населения:

- для заведующих кабинетами (отделениями) медицинской профилактики - ежемесячно 100% от числа законченных случаев 1 и 2 этапов диспансеризации определенных групп взрослого населения;

- для заведующих структурными подразделениями медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в поликлинике - ежемесячно не менее 10% от числа законченных случаев 1 и 2 этапов диспансеризации определенных групп взрослого населения;

- для заместителей руководителя медицинской организации по амбулаторно-поликлинической работе - ежеквартально не менее 5% законченных случаев 1 и 2 этапов диспансеризации определенных групп населения.

11. В целях своевременного устранения причин дефектов медицинской помощи и обеспечения эффективной обратной связи с исполнителями медицинских услуг, рекомендуется обеспечивать проведение контроля качества медицинской помощи в текущем режиме (не реже, чем 1 раз в неделю).

12. Контролю качества медицинской помощи на уровне медицинской организации обязательно 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 года;

- случаи заболеваний с удлинёнными или укороченными сроками лечения (или временной нетрудоспособности);
- случаи с расхождением диагнозов;
- случаи, сопровождавшиеся жалобами пациентов или их родственников ;
- случаи отклонения от оплаты законченных случаев диспансеризации определенных групп взрослого населения.

Случаи, подлежащие контролю качества медицинской помощи в обязательном порядке, отбираются для проверки и проверяются в первую очередь. Все прочие случаи оказания медицинской помощи должны иметь одинаковую возможность быть подвергнутыми оценке, что обеспечивается статистическим методом «случайной» выборки.

Из случаев, подлежащих контролю качества медицинской помощи в обязательном порядке, врачебной комиссией организации здравоохранения (или подкомиссией врачебной комиссии) рассматриваются:

- случаи, сопровождавшиеся жалобами пациентов или их законных представителей на качество оказания медицинской помощи;
- случаи, сопровождающиеся ятрогенными осложнениями;
- иные случаи, в соответствии с положением о деятельности врачебной комиссии.

13. При проведении контроля качества медицинской помощи ответственные за проведение контроля руководствуются: федеральными стандартами медицинской помощи, региональными стандартами медицинской помощи, протоколами ведения больных, другими нормативными правовыми документами, клиническими рекомендациями, формулярными статьями и другими источниками доказательной медицинской практики.

14. Контроль качества медицинской помощи проводится по методике экспертной оценки конкретного случая оказания медицинской помощи, заключающейся в проведении последовательной оценки каждой составляющей конкретного случая оказания медицинской помощи, с учетом его клинических особенностей:

- До - госпитальный период;
- сбор жалоб и анамнеза, клиническое обследование;
- лабораторное обследование;
- рентгенологическое и инструментальное обследование;
- постановка и оформление диагноза;
- лечебные мероприятия;
- ятрогенные осложнения
- этап выписки;
- осуществление диспансерного наблюдения;
- оформление медицинской документации
- наличие обоснованных жалоб пациентов.

15. При проведении контроля качества медицинской помощи используются следующие критерии качества медицинской помощи:

критерий своевременности оказания медицинской помощи – отражает своевременность оказанной медицинской помощи объективным потребностям конкретного пациента;

критерий объемов оказания медицинской помощи - отражает соответствие объемов оказанной медицинской помощи объективным потребностям конкретного пациента;

критерий преемственности оказания медицинской помощи – отражает соблюдение преемственности при оказании медицинской помощи подразделениями (отделениями; медицинскими работниками) организации здравоохранения;

критерий безопасности оказания медицинской помощи - отражает оптимальность выбора медицинских технологий при оказании медицинской помощи, с учетом минимизации риска их применения для конкретного пациента, принятие, в случае необходимости, адекватных мер профилактики ятрогенных осложнений, а также соблюдение в подразделениях (отделениях) правил хранения и применения лекарственных препаратов и расходных материалов;

критерий эффективности оказания медицинской помощи – отражает достижение целевых результатов оказания медицинской помощи конкретному пациенту.

16. Критерии качества медицинской помощи используются ответственными за проведение контроля при оценке каждой составляющей конкретного случая оказания медицинской помощи:

Составляющие случая оказания медицинской помощи	Критерии оценки	Варианты оценки
Догоспитальный период	Критерий обоснованности Критерий преемственности	- госпитализация обоснована – 0,1 - госпитализация не обоснована – 0
Сбор жалоб и анамнеза, клиническое обследование	Критерий объемов	- в полном объеме – 0,1 - не в полном объеме - 0
Лабораторное обследование	Критерий объемов	- в полном объеме – 0,1 - не в полном объеме - 0
Рентгенологическое и инструментальное обследование	Критерий объемов	- в полном объеме – 0,1 - не в полном объеме - 0
Постановка и оформление диагноза	Критерий обоснованности	- обоснован – 0,1 - не обоснован – 0
	Критерий своевременности	- своевременно – 0,1 - несвоевременно - 0
Лечебные мероприятия	Критерий объемов	- в полном объеме – 0,1 - не в полном объеме - 0
Ятрогенные осложнения	Критерий безопасности	- нет – 0,1 - есть – 0
Этап выписки	Критерий своевременности	- выписка своевременная – 0,1 - выписка не своевременная - 0
Отбор и осуществление Д-наблюдения	Критерий обоснованности	- проведен в полном объеме или не требуется – 0,1 - не проведен, не в полном объеме – 0
Оформление медицинской документации	Критерий объемов	- в полном объеме – 0,1 - не в полном объеме - 0
Отсутствие обоснованных жалоб пациентов	Критерий эффективности	- отсутствуют – 0,1 - имеются - 0

17. Результаты проверки каждого случая оказания медицинской помощи регистрируются в журналах учёта клиничко-экспертной работы лечебно-профилактического учреждения (форма № 035/у-02), которые ведутся каждым ответственным за проведение контроля на всех уровнях контроля в соответствии с Инструкцией по заполнению учетной формы 035/у-02 "Журнал учета клиничко-экспертной работы лечебно-профилактического учреждения", утверждённой приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 мая 2002 г. № 154 «О введении формы учета клиничко-экспертной работы в лечебно-профилактических учреждениях».

Учет результатов контроля качества медицинской помощи может вестись в учреждении здравоохранения в электронном виде с соблюдением установленной формы журнала учёта клиничко-экспертной работы, ежемесячной распечаткой и заверением результатов подписью ответственного за проведение контроля.

18. По результатам проверки каждого случая оказания медицинской помощи ответственные за проведение контроля кратко формулируют в журналах учёта клиничко-экспертной работы дефекты медицинской помощи, выявленные по каждой составляющей случая оказания медицинской помощи, а также итоговое заключение о качестве медицинской помощи в каждом конкретном проверенном случае оказания медицинской помощи:

качественно оказанная медицинская помощь;

качественно оказанная медицинская помощь, сопровождавшаяся единичными дефектами медицинской помощи, которые не привели и не могли привести к ухудшению состояния здоровья пациента или его смерти;

некачественно оказанная медицинская помощь.

19. В случаях выявления дефектов медицинской помощи или некачественно оказанной медицинской помощи информация о результатах проведенного контроля качества медицинской помощи доводится до сведения медицинских работников, оказывавших медицинскую помощь в конкретном проверенном случае, при необходимости – под роспись.

20. Ответственными за проведение контроля по результатам контроля качества медицинской помощи незамедлительно принимаются меры по недопущению повторения выявленных дефектов медицинской помощи в случаях, если принятие вышеназванных мер находится в пределах их полномочий. В иных случаях предложения доводятся до руководителя учреждения здравоохранения.

21. Журналы учёта клинико-экспертной работы хранятся в учреждении здравоохранения не менее 5 лет.

22. В случаях, требующих проведения детальной экспертной оценки (например, в случаях летальных исходов, ятрогенных осложнений, жалоб пациентов и других), результаты проведенного контроля качества медицинской помощи могут быть оформлены на отдельном листе, с регистрацией в журнале учёта клинико-экспертной работы лечебно-профилактического учреждения.

3. Порядок организации учёта, проведения оценки и анализа клинико-экспертной работы

1. Данный порядок разработан в соответствии с Методическими рекомендациями № 2002/140 «Учет, оценка и анализ клинико-экспертной деятельности лечебно-профилактических учреждений» и определяет создание непрерывной системы комплексной оценки результатов лечебно-диагностического процесса и медицинской деятельности лечебно-профилактического учреждения, в том числе мониторинга дефектов.

2. Оценка и анализ клинико-экспертной работы в учреждении проводится путём заполнения установленных настоящим порядком форм на основании данных журнала формы № 035/у-02 ответственными за организацию и проведение контроля качества медицинской помощи на всех уровнях контроля качества в следующих объемах:

- заведующие отделениями (1 уровень), заместители главного врача (2 уровень) - сводная информация об объемах и результатах экспертиз качества медицинской помощи (таблица № 5), сводная информация об объемах и результатах экспертиз качества медицинской помощи в зависимости от заболевания (таблица № 6),

- врачебная комиссия и подкомиссии врачебной комиссии (3 уровень) – в зависимости от вида проводимых экспертиз заполняется: сводная информация об объемах и результатах экспертиз временной нетрудоспособности (таблица № 1), сводная информация об объемах и результатах экспертиз по освидетельствованию и направлению пациентов в бюро МСЭ (таблица № 2), сводная информация об объемах и результатах экспертиз других случаев, связанных с решением медико-социальных проблем пациентов (таблица № 3), сводная информация об объемах и результатах экспертиз по льготному лекарственному обеспечению (таблица № 4), сводная информация об объемах и результатах экспертиз качества медицинской помощи (таблица № 5), сводная информация об объемах и результатах экспертиз качества медицинской помощи в зависимости от заболевания (таблица № 6), динамика числа случаев экспертиз с достигнутым результатом процесса (этапа) и зависимости от заболеваний пациентов (таблица № 7), динамика показателей числа экспертиз, имеющих дефекты (таблица № 8).

3. Заполненные формы исполнителями предоставляются главному врачу учреждения, в отдел внутриведомственного контроля Министерства здравоохранения и социального развития Пензенской области и в ГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр» 1 раз в квартал, полугодие, а итоговая информация о клинико-экспертной работе (отчеты) - в январе последующего года.

4. Устанавливаются следующие итоговые формы сведений и показатели работы.

4.1. Учет, оценка и анализ экспертиз, связанных с решением медико-социальных проблем.

4.1.1. Экспертиза временной нетрудоспособности.

Таблица 1. Сводная информация об объемах и результатах экспертиз временной нетрудоспособности за (1 раз в квартал, полугодие и итоговая информация о клинико-экспертной работе (отчеты) - в январе последующего года)

Экспертиз временной нетрудоспособности	Всего	В т.ч. на ВК
1	2	3
Проведено		
Выявлено случаев с дефектами		

На основании данных табл.1 рассчитываются следующие показатели:

- удельный вес экспертиз временной нетрудоспособности, проведенных ВК;
- процент случаев экспертиз временной нетрудоспособности с дефектами.

4.1.2. Освидетельствование пациентов и оформление направлений в бюро МСЭ.

Таблица 2. Сводная информация об объемах и результатах экспертиз по освидетельствованию и направлению пациентов в бюро МСЭ

№ п/п	Цель направления в бюро МСЭ	Всего случаев	Общее заболевание	Военная травма	Травма, связанная с прохождением военной службы	ЧАЭС и др.	С детства	Ребёнок-инвалид	Трудовое увечье, профессиональное заболевание**	Прочие
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	Для первичного установления инвалидности, из них									
1.1.	Признано инвалидами									
	1 гр.							x		
	2 гр.							x		
	3 гр.							x		
2	Для переосвидетельствования инвалидов, из них									
2.1.	Признано инвалидами									
	1 гр.							x		
	2 гр.							x		
	3 гр.							x		
3	Для установления возмещения ущерба									
4	Другие цели									
5	Итого (1+2+3+4)									
6	Дано заключений по трудоустройству									

На основании данных табл.2 рассчитываются следующие показатели:

- процент лиц с первично установленной инвалидностью (1, 2, 3 группы) (удельный вес);
- процент лиц с первично установленной инвалидностью (1, 2, 3 группы) (удельный вес) по причинам (общее заболевание, военная травма, трудовое увечье и т.д.) - структура причин первичной инвалидности (1, 2, 3 группы);
- процент лиц с установленной инвалидностью (1, 2, 3 группы) из числа направленных для переосвидетельствования (удельный вес);

- процент лиц с установленной инвалидностью (1, 2, 3 группы) после переосвидетельствования (удельный вес) по причинам (общее заболевание, военная травма, трудовое увечье и т.д.) - структура причин инвалидности после переосвидетельствования;
 - структура всех инвалидов ЛПУ, прошедших освидетельствование и направление в бюро МСЭ, по группам инвалидности (1, 2, 3 группы) за год (в %);
 - структура всех инвалидов ЛПУ, прошедших освидетельствование и направление в бюро МСЭ, по причинам инвалидности за год (в %);
 - частота первичной инвалидности на 1000 обслуживаемого взрослого населения (без учета детей-инвалидов). Отдельно можно рассчитать показатель детской первичной инвалидности на 1000 детского населения;
 - показатели динамики инвалидности:
 - а) процент инвалидов с установленной более тяжелой группой инвалидности (с 3 на 2 группу; со 2 на 1 группу);
 - б) процент инвалидов с установленной более легкой группой инвалидности (с 1 на 2 группу; со 2 на 3 группу);
 - в) процент лиц, у которых снята группа инвалидности;
 - процент инвалидов (1, 2, 3 групп), имеющих рекомендации по медицинской реабилитации.
- 4.1.3. Экспертиза других случаев, требующих решения ВК, либо случаев, определенных действующими законодательными и нормативно-правовыми актами.

Таблица 3. Сводная информация об объемах и результатах экспертиз других случаев, связанных с решением медико-социальных проблем пациентов

№ п/п	Назначение экспертизы или виды справок	Проведено всего	Получено положительных заключений
1	Улучшение жилищных условий		
2	Академический отпуск и др. проблемы обучения и аттестации		
3	Рекомендации по трудоустройству		
4	О годности к управлению транспортными средствами		
5	О возможности ношения оружия		
6	Прочие		
	Итого:		

На основании данных табл.3 рассчитываются:

- структура выданных справок;
- удельный вес положительных заключений.

4.1.4. Экспертиза льготного лекарственного обеспечения.

Таблица 4. Сводная информация об объемах и результатах экспертиз по льготному лекарственному обеспечению

№ п/п	Льготные категории	Выдано льготных рецептов		Отказано	Итого
		бесплатно	50% стоимости		
1	2	3	4	5	6
1					
2					
3					

На основании данных табл.4 рассчитываются:

- процент бесплатных рецептов и 50% стоимости лекарств;
- удельный вес выданных льготных рецептов по отдельным социальным категориям (инвалиды 1, 2, 3 групп, участники ВОВ и др.).

4.2. Учет, оценка и анализ экспертиз качества медицинской помощи.

4.2.1. Экспертиза качества лечебно-диагностического (профилактического, реабилитационного) процесса.

Таблица 5. Сводная информация об объемах и результатах экспертиз качества медицинской помощи за (1 раз в квартал, полугодие и итоговая информация о клинико-экспертной работе (отчеты) - в январе последующего года).

№ п/п	Экспертизы качества медицинской помощи	Случаи		Из них с дефектами (из графы 3)	В том числе			
		всего	качества лечебно-диагностического процесса		обследования	диагностики	лечения	прочие
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Проведено всего, в т.ч. случаев							
2	с летальным исходом							
3	осложнений (внутрибольничного инфицирования)							
4	случаев расхождений диагнозов							
5	повторной госпитализации							
6	случаев с отклонением сроков лечения							
7	сложных клинико-экспертных случаев							
8	первичного установления инвалидности							
9	другие							

На основании данных табл.5 рассчитываются следующие показатели:

- процент проведенных экспертиз качества лечебно-диагностического процесса среди всех случаев экспертиз качества медицинской помощи (удельный вес);
- процент экспертиз с выявленными дефектами среди всех случаев экспертиз качества медицинской помощи (частота случаев с дефектами);
- процент экспертиз с выявленными дефектами среди отдельных экспертных случаев (с летальным исходом, осложненных и т.д.) (частота случаев с дефектами среди отдельных экспертиз);
- процент экспертиз с дефектами этапов обследования, диагностики, лечения и др. среди всех случаев (частота случаев с дефектами обследования, диагностики, лечения и др.). Для планирования мероприятий по повышению квалификации врачей, изучения причин возникновения дефектов рекомендуется проводить углубленный анализ вышеперечисленных показателей по врачам, отделениям, в динамике по кварталам, полугодиям. Так, например, могут рассчитываться показатели расхождения диагнозов, установленных лечащими врачами и экспертами (частота расхождения диагнозов).

4.2.2. Экспертиза качества (эффективности) медицинской помощи в зависимости от заболевания.

Таблица 6. Сводная информация об объемах и результатах экспертиз качества медицинской помощи в зависимости от заболевания за (1 раз в квартал, полугодие и итоговая информация о клинико-экспертной работе (отчеты) - в январе последующего года) 2014 г.

№ п/п	Экспертизы качества медицинской помощи	Случаи		Из них с дефектами (из графы 3)	В том числе				С достигнутым результатом
		всего	качества лечебно-диагностического процесса		обследования	диагностики	лечения	прочие	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Проведено всего, в т.ч. с заболеваниями								

На основании данных табл.6 можно рассчитываются следующие показатели:

- процент экспертиз качества лечебно-диагностического процесса пациентов с отдельными заболеваниями среди всех случаев оценки качества медицинской помощи (удельный вес);
- процент экспертиз с выявленными дефектами среди пациентов с отдельными заболеваниями (частота случаев с дефектами в зависимости от заболеваний);
- процент экспертиз с дефектами этапов обследования, диагностики, лечения или других этапов среди пациентов с отдельными заболеваниями (частота случаев с дефектами обследования, диагностики, лечения в зависимости от заболеваний);
- процент экспертных случаев качества медицинской помощи (всего или по отдельным заболеваниям) с достигнутым результатом (результативность в целом или по отдельным заболеваниям).

4.3. Информация журнала формы № 035/у-02, а также сводная информация о результатах экспертных оценок за определенный период времени (месяц, квартал, год) позволяет создать основу мониторинга за выявленными дефектами в динамике, в зависимости от заболеваний. Устанавливаются следующие формы обобщения такой информации:

4.3.1. Таблица 7. Динамика числа случаев экспертиз с достигнутым результатом процесса (этапа) и зависимости от заболеваний пациентов

№ п/п	Экспертизы пациентов с заболеваниями	Периоды (квартал, год)			
		1	2	3	4
1					

В табл.7 вносится рассчитанный процент экспертных случаев качества медицинской помощи с достигнутым результатом (результативность в целом или по отдельным заболеваниям).

4.3.2. Таблица 8. Динамика показателей числа экспертиз, имеющих дефекты

№ п/п	Экспертизы	Периоды (квартал, год)			
		1	2	3	4
		Дефекты			
	1	2	3	4	5
1	Временной нетрудоспособности				
2	Освидетельствования и направления в бюро МСЭ				
3	Качества медицинской помощи				
4	Прочие				
5	Всего				

В табл.8 вносится показатель частоты (%) экспертиз, имеющих дефекты.

**Положение
о порядке создания и деятельности
врачебной комиссии медицинской организации**

1.1. Положение о порядке создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации, (далее – Положение) устанавливает порядок создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации.

1.2. Настоящее Положение разработано в соответствии с:

Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";

приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5.05.2012 № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации»;

приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 мая 2002 г. № 154 «О введении формы учета клинико-экспертной работы в лечебно-профилактических учреждениях»;

методическими рекомендациями № 2002/140 «Учет, оценка и анализ клинико-экспертной деятельности лечебно-профилактических учреждений» (утв. Минздравом РФ 20 декабря 2002 г. № 2510/224-03-34).

2. Врачебная комиссия медицинской организации (далее - врачебная комиссия) создается в медицинской организации в целях совершенствования организации оказания медицинской помощи гражданам.

3. В своей деятельности врачебная комиссия руководствуется Конституцией Российской Федерации, федеральными законами, указами и распоряжениями Президента Российской Федерации, постановлениями и распоряжениями Правительства Российской Федерации, нормативными правовыми актами федеральных органов исполнительной власти, включая Порядок, законами и иными нормативными правовыми актами Пензенской области.

Функции врачебной комиссии

4. Врачебная комиссия осуществляет следующие функции:

4.1. принятие решений по вопросам профилактики, диагностики, лечения, медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения граждан в наиболее сложных и конфликтных ситуациях, требующих комиссионного рассмотрения;

4.2. определение трудоспособности граждан;

4.3. продление листов нетрудоспособности в случаях, установленных законодательством Российской Федерации;

4.4. принятие решения по вопросу о направлении пациента на медико-социальную экспертизу в соответствии с законодательством Российской Федерации;

4.5. проведение экспертизы профессиональной пригодности некоторых категорий работников;

4.6. оценка качества, обоснованности и эффективности лечебно-диагностических мероприятий, в том числе назначения лекарственных препаратов;

4.7. оценка соблюдения в медицинской организации установленного порядка ведения медицинской документации;

4.8. разработка мероприятий по устранению и предупреждению нарушений в процессе диагностики и лечения пациентов;

4.9. изучение каждого случая смерти пациента в целях выявления причины смерти, а также выработки мероприятий по устранению нарушений в деятельности медицинской организации и медицинских работников в случае, если такие нарушения привели к смерти пациента;

4.10. принятие решения по вопросам назначения и коррекции лечения в целях учета данных пациентов при обеспечении лекарственными препаратами в соответствии с законодательством Российской Федерации;

4.11. принятие решения о назначении лекарственных препаратов в случаях и в порядке, которые установлены нормативными правовыми актами Российской Федерации и субъектов Российской Федерации, устанавливающими порядок назначения и выписывания лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты, а также лекарственных препаратов, обеспечение которыми осуществляется в соответствии со стандартами медицинской помощи по рецептам врача (фельдшера) при оказании государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг;

4.12. проведение отбора пациентов, формирование и направление комплекта документов в Комиссию органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения по отбору пациентов для оказания высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии с Порядком направления граждан Российской Федерации для оказания высокотехнологичной медицинской помощи за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации, путем применения специализированной информационной системы, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 декабря 2011 г. N 1689н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 8 февраля 2012 г. N 23164);

4.13. вынесение медицинского заключения о наличии (отсутствии) медицинских показаний и медицинских противопоказаний для медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения граждан в случаях, предусмотренных нормативными правовыми актами Российской Федерации и субъектов Российской Федерации, устанавливающими порядок направления граждан на медицинскую реабилитацию и санаторно-курортное лечение;

4.14. выдача заключения о нуждаемости ветерана в обеспечении протезами (кроме зубных протезов), протезно-ортопедическими изделиями в соответствии с Правилами обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации и отдельных категорий граждан из числа ветеранов протезами (кроме зубных протезов), протезно-ортопедическими изделиями, утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации от 7 апреля 2008 г. N 240 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2008, N 15, ст. 1550; N 23, ст. 2713; 2009, N 2, ст. 244; N 3, ст. 378; N 33, ст. 4083; N 43, ст. 5064; N 45, ст. 5350; 2010, N 4, ст. 394; N 11, ст. 1225; N 25, ст. 3167; 2011, N 2, ст. 339);

4.15. осуществление медицинского освидетельствования подозреваемых или обвиняемых в совершении преступлений, в отношении которых избрана мера пресечения в виде заключения под стражу, на предмет наличия у них тяжелого заболевания, включенного в перечень тяжелых заболеваний, препятствующих содержанию под стражей подозреваемых или обвиняемых в совершении преступлений, утвержденный постановлением Правительства Российской Федерации от 14 января 2011 г. N 3 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 4, ст. 608);

4.16. проведение обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда;

4.17. выдача справки об отсутствии медицинских противопоказаний для работы с использованием сведений, составляющих государственную тайну;

4.18. вынесение медицинского заключения о том, что при изъятии органов и тканей для трансплантации (пересадки) у живого донора его здоровью не будет причинен значительный вред;

4.19. анализ заболеваемости, в том числе матерей и новорожденных, внутрибольничными инфекциями, разработка и реализация мероприятий по профилактике заболеваемости внутрибольничными инфекциями;

4.20. организация и проведение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (по решению руководителя медицинской организации);

4.21. взаимодействие в работе по вопросам, относящимся к компетенции врачебной комиссии, с территориальными фондами обязательного медицинского страхования, региональными отделениями Фонда социального страхования Российской Федерации, территориальными органами Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития и Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы, со страховыми медицинскими организациями, иными органами и организациями;

4.22. рассмотрение обращений (жалоб) по вопросам, связанным с оказанием медицинской помощи граждан в медицинской организации;

4.23. иные функции, предусмотренные федеральными законами, нормативными правовыми актами Президента Российской Федерации, Правительства Российской Федерации, федеральных органов исполнительной власти и органов государственной власти субъектов Российской Федерации.

Порядок создания и деятельности врачебной комиссии

5. Врачебная комиссия создается на основании приказа руководителя медицинской организации.

6. В зависимости от поставленных задач, особенностей деятельности медицинской организации по решению руководителя медицинской организации в составе врачебной комиссии могут формироваться подкомиссии.

7. Положение о врачебной комиссии (подкомиссии врачебной комиссии), регламентирующее цели, задачи и функции врачебной комиссии (ее подкомиссий), порядок работы, учета и представления отчетности по итогам деятельности, и состав врачебной комиссии (ее подкомиссий) утверждаются руководителем медицинской организации.

8. Врачебная комиссия (подкомиссия врачебной комиссии) состоит из председателя, одного или двух заместителей председателя, секретаря и членов комиссии.

9. Председателем врачебной комиссии назначается руководитель медицинской организации или заместитель руководителя (руководитель структурного подразделения) медицинской организации, в должностные обязанности которого входит решение вопросов, отнесенных к компетенции комиссии.

10. Председателями подкомиссий врачебной комиссии назначаются заместители руководителя (руководители структурных подразделений) медицинской организации, в должностные обязанности которых входит решение вопросов, отнесенных к компетенции подкомиссий.

11. Председатель врачебной комиссии (подкомиссии врачебной комиссии) несет ответственность за деятельность врачебной комиссии (подкомиссии), своевременность, обоснованность и объективность принятых решений врачебной комиссии (подкомиссии).

12. В состав врачебной комиссии и ее подкомиссий включаются заведующие структурными подразделениями медицинской организации, врачи-специалисты из числа работников медицинской организации.

13. Секретарь врачебной комиссии (подкомиссии врачебной комиссии) осуществляет следующие функции:

13.1. составление планов-графиков заседаний врачебной комиссии (ее подкомиссии);

13.2. подготовка материалов для заседания врачебной комиссии (ее подкомиссии);

13.3. уведомление членов врачебной комиссии (ее подкомиссии) о дате и времени проведения заседания врачебной комиссии (ее подкомиссии);

13.4. оформление решений врачебной комиссии (ее подкомиссии) и ведение журнала (форма 035/у-02), в котором учитываются принятые решения врачебной комиссии (ее подкомиссии) (далее - журнал);

13.5. организация хранения материалов работы врачебной комиссии (ее подкомиссии).

14. Заседания врачебной комиссии (подкомиссии врачебной комиссии) проводятся не реже одного раза в неделю на основании планов-графиков, утверждаемых руководителем медицинской организации.

В случае необходимости по решению руководителя медицинской организации могут проводиться внеплановые заседания врачебной комиссии (подкомиссии врачебной комиссии).

15. Решение врачебной комиссии (подкомиссии врачебной комиссии) считается принятым, если его поддержало две трети членов врачебной комиссии (подкомиссии).

16. Решение врачебной комиссии (подкомиссии врачебной комиссии) оформляется в виде протокола, который содержит следующие сведения:

16.1. дата проведения заседания врачебной комиссии (ее подкомиссии);

16.2. список членов врачебной комиссии (ее подкомиссии), присутствовавших на заседании;

16.3. перечень обсуждаемых вопросов;

16.4. решения врачебной комиссии (ее подкомиссии) и его обоснование.

17. Секретарь врачебной комиссии (подкомиссии врачебной комиссии) вносит принятое решение в медицинскую документацию пациента, а также в журнал.

18. Выписка из протокола решения врачебной комиссии выдается на руки пациенту либо его законному представителю на основании письменного заявления.

19. Протоколы решений врачебной комиссии (подкомиссии врачебной комиссии) подлежат хранению в течение 10 лет.

20. Председатель врачебной комиссии ежеквартально, а также по итогам года представляет руководителю медицинской организации письменный отчет о работе врачебной комиссии и ее подкомиссий.

21. Контроль за деятельностью врачебной комиссии и ее подкомиссий осуществляет руководитель медицинской организации.

Приложение №3
к Приказу № от 10.01.2023г.

Порядок направления пациентов на врачебную комиссию

В день освидетельствования больного врачебной комиссией (ВК), в его первичных медицинских документах: в медицинской карте стационарного больного (форма № 003/у) или медицинской карте амбулаторного больного (форма № 025/у-04) лечащим врачом оформляется этапный эпикриз, отражающий жалобы, объективный статус, диагноз, код заболевания по МКБ - 10, динамику течения заболевания, проводимую терапию, предполагаемый срок долечивания (согласно ориентировочных сроков); указывается количество дней освобождения от работы на день освидетельствования ВК.

ВК уточняет диагноз, оценивает тяжесть состояния, корректирует дальнейшее лечение, обследование, решает вопрос о сроках временной нетрудоспособности с учетом индивидуальных особенностей течения заболевания, указывает дату следующего осмотра пациента. Заключение и решение ВК оформляется в Журнале учёта клинико-экспертной работы ЛПУ (форма № 035/у-02) и вносятся в первичные медицинские документы: в историю болезни (форма № 003/у) и медицинскую карту амбулаторного больного (форма № 025/у-04).

Направлению на ВК подлежат пациенты в следующих случаях:

- в сложных и конфликтных ситуациях, возникающих при проведении экспертной оценки качества лечебно-диагностического процесса, экспертизы временной нетрудоспособности и иных экспертиз;
- при направлении пациента на освидетельствование на медико-социальную экспертизу;
- в случаях определения годности на ношение оружия;
- в сложных и конфликтных случаях при отборе и направлении на санаторно-курортное лечение;
- при направлении пациента на лечение за пределы административной территории, в т.ч., для получения высокотехнологичной медицинской помощи в медицинских учреждениях;
- при необходимости выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность, иногородним гражданам.

Приложение №4
к Приказу № от 10.01.2023г.

Состав врачебной комиссии ГБУЗ «Лопатинская УБ»

Председатель комиссии:

Кузина А.М. - заместитель главного врача ГБУЗ «Лопатинская УБ».

Дублер: Меняйкина С.И. - заведующая терапевтическим отделением ГБУЗ «Лопатинская УБ».

Заместитель председателя:

Хайруллина Е.Н. — врач акушер — гинеколог ГБУЗ «Лопатинская УБ».

Дублер: Алтынбаева Н.И. - врач рентгенолог ГБУЗ «Лопатинская УБ»

Секретарь комиссии:

Евсеева О.К. - врач общей практики ГБУЗ «Лопатинская УБ».

Члены комиссии:

Попкова Т.Н. - врач офтальмолог ГБУЗ «Лопатинская УБ».

Кузьмичева Т.Н. - врач общей практики ГБУЗ «Лопатинская УБ».

Барышев А.П. - врач хирург ГБУЗ «Лопатинская УБ».

Дублеры:

Молчанова Н.А. - врач психиатр ГБУЗ «Лопатинская УБ».

Князева Е.В. - врач общей практики ГБУЗ «Лопатинская УБ».

Макина О.В. - врач общей практики ГБУЗ «Лопатинская УБ».

Приложение №5
к Приказу № от 10.01.2023г.

**Положение
о лечебно-контрольной комиссии**

1. Лечебно-контрольная комиссия (далее - ЛКК) является подкомиссией врачебной комиссии, организуется для осуществления систематического контроля за качеством лечебно-диагностического процесса и утверждается приказом главного врача больницы.

2. Председателем комиссии назначается главный врач больницы, заместителем председателя - заместитель главного врача по лечебной части, в крупных больницах - заместитель по профилю, секретарем комиссии - один из врачей больницы.

3. Члены комиссии назначаются из числа заведующих отделениями, наиболее опытных врачей больницы.

4. Основными задачами лечебно-контрольной комиссии являются:

- изучение правильности и своевременности диагностики, обоснованности назначенного лечения, качества ведения медицинской документации;
- выявление дефектов в проведении лечебно-профилактических мероприятий на догоспитальном этапе и во время лечения больного в стационаре;
- разработка и реализация мероприятий по устранению и предупреждению ошибок в диагностике и комплексном лечении;
- контроль за периодичностью и качеством работы КИЛИ.

5. Порядок работы лечебно-контрольной комиссии:

- работа ЛКК строится согласно квартальным и годовым планам; план работы ЛКК включается в комплексный план работы больницы;
- оценка качества лечебно-диагностического процесса и ведения медицинской документации проводится методом экспертной оценки истории болезни с последующим обсуждением результатов оценки на заседаниях ЛКК;
- заседания ЛКК проводятся не реже одного раза в месяц и оформляются специальным протоколом;
- председатель комиссии осуществляет общее руководство работой ЛКК, утверждает планы ее работы, руководит проведением заседаний;
- заместитель председателя комиссии готовит проведение заседаний, передает членам комиссии истории болезни и другую медицинскую документацию для проведения экспертной оценки, обобщает материалы, полученные от секретаря комиссии, составляет проекты решений заседаний ЛКК и приказов по больнице по устранению недостатков в организации лечебно-диагностического процесса, осуществляет контроль за их выполнением;
- члены комиссии рецензируют по картам экспертной оценки истории болезни, докладывают на заседаниях свои заключения и замечания по организации лечебно-диагностического процесса и вносят предложения по его совершенствованию;
- секретарь комиссии собирает у членов комиссии материалы рецензирования историй болезни и передает их заместителю председателя на рассмотрение, ведет протоколы заседаний комиссии;
- документация комиссии - планы, протоколы, решения, карты экспертной оценки историй болезни хранятся у заместителя председателя комиссии.

**Состав лечебно-контрольной комиссии (ЛКК)
ГБУЗ «Лопатинская УБ»**

Председатель комиссии:

Кузина А.М. - заместитель главного врача по медицинской части
ГБУЗ «Лопатинская УБ».

Заместитель председателя:

Хайруллина Е.Н. - врач акушер - гинеколог ГБУЗ «Лопатинская УБ».

Секретарь комиссии:

Алтынбаева Н.И. - врач рентгенолог ГБУЗ «Лопатинская УБ».

Члены комиссии:

Попкова Т.Н. - врач офтальмолог ГБУЗ «Лопатинская УБ».
Кузьмичева Т.Н. - врач общей практики ГБУЗ «Лопатинская УБ».
Барышев А.П. - врач хирург ГБУЗ «Лопатинская УБ»

**Положение
о комиссии по изучению летальных исходов**

1. Комиссия по изучению летальных исходов (далее – КИЛИ) является подкомиссией врачебной комиссии, организуется для проведения систематического анализа летальных исходов и утверждается приказом главного врача больницы. В крупных медицинских организациях могут образовываться КИЛИ по профилю лечебных отделений.

2. Председателями комиссий назначаются заместители главного врача по направлениям, заведующие отделениями или врачи с большим практическим опытом; членами комиссий назначаются заведующие отделениями, наиболее опытные врачи лечебных отделений и врачи-патологоанатомы; секретарями комиссий назначаются врачи лечебных отделений соответствующего профиля.

3. Основными задачами комиссий по изучению летальных исходов являются:

- изучение каждого случая летального исхода;
- изучение своевременности и правильности диагностики и лечения на всех этапах заболевания, а также качества ведения медицинской документации;
- выявление возможных ошибок или дефектов в лечебно-диагностических мероприятиях, допущенных на всех этапах лечения умершего;
- установление причин допущенных дефектов в лечении или обследовании умершего;
- планирование мероприятий по повышению квалификации медицинского персонала на основании выявленных дефектов в лечебно-диагностическом процессе;
- представление для рассмотрения на общебольничных или отделенческих клинико-анатомических конференциях случаев, представляющих научно-практический интерес.

4. Порядок работы комиссии:

- заседание комиссии проводится по каждому случаю смерти больного в условиях стационара в течение 10 дней после получения истории болезни из патолого-анатомического отделения или судебно-медицинской экспертизы;

- история болезни умершего передается заведующему отделением, где умер больной, с картой разбора;

- в течение трех дней заведующий отделением обязан провести разбор случая смерти в отделении и представить историю болезни с заполненной картой разбора председателю комиссии;

- председатель комиссии назначает рецензента и передает ему историю болезни. Рецензент проводит анализ правильности диагностики, обследования и лечения больного и оформления истории болезни. Замечания и рекомендации заносятся в карту разбора;

- заседания комиссии проводятся в сроки, принятые в данной больнице, но не реже одного раза в месяц (при регистрации летальных исходов);

- комиссия дает заключение после анализа конкретного случая и делает выводы по дефектам ведения умершего;

- один раз в месяц на утренней конференции врачей в отделении секретарь комиссии сообщает результаты работы и принятые меры по устранению выявленных недостатков;

- заседания комиссии оформляются специальным протоколом, который хранится вместе с картой разбора у секретаря комиссии.

5. Рецензия медицинских документов умерших больных является частью ведомственного контроля качества медицинской помощи. Порядок рецензирования историй болезней умерших:

- истории болезней умерших от управляемой патологии, травм, несчастных случаев, отравлений, после оперативных (медицинских) вмешательств, в случаях расхождения клинического и патолого-анатомического диагнозов, лиц трудоспособного возраста независимо от причин их смерти, а также в случаях жалоб родственников умерших направляются на рецензирование вместе с протоколом КИЛИ в Областные лечебно-профилактические учреждения Пензенской области*;

- рецензирование историй болезней умерших больных, поступающих в областные лечебно-профилактические учреждения, проводится в течение месяца с момента их регистрации по делопроизводству;

- при выявлении в процессе рецензирования дефектов, врачебных ошибок и других факторов, оказавших негативное действие и повлекших за собой снижение качества и эффективности медицинской помощи, приведших к смерти больного, информируются заинтересованные (по направлениям) главные специалисты Минздрава здравоохранения и социального развития Пензенской области и руководители тех учреждений здравоохранения, где наступила смерть больного.

* Порядок направления медицинских документов (истории болезни) умерших на рецензию:

- оформление протокола заседания КИЛИ учреждения здравоохранения, где умер больной;

- проверка правильности оформления истории болезни (наличие посмертного эпикриза, протокола патологоанатома (судмедэксперта), подсчет страниц истории болезни, их нумерация (страницей считается любая вклейка - анализ, описание исследования и т.д.);

- оформление препроводительной записки к истории болезни** и протоколу КИЛИ в 2-х экземплярах с указанием исходящего N по делопроизводству.

** Если история болезни отправляется по почте, то 2-й экземпляр препроводительной записки является документом, замещающим историю болезни умершего. Если история болезни отправляется с нарочным, то на 2-м экземпляре препроводительной записки делается запись - кто и когда принял историю болезни, ставится подпись делопроизводителя и с нарочным препроводительная возвращается в больницу и также является документом, замещающим историю болезни умершего.

**Состав комиссии по изучению летальных исходов (КИЛИ)
ГБУЗ «Лопатинская УБ»**

Председатель комиссии:

Кузина А.М. .

- заместитель главного врача по медицинской части ГБУЗ
«Лопатинская УБ».

Заместитель председателя:

Хайруллина Е.Н.

- врач акушер - гинеколог ГБУЗ «Лопатинская УБ».

Секретарь комиссии:

Алтынбаева Н.И.

- врач рентгенолог ГБУЗ «Лопатинская УБ».

Члены комиссии:

Попкова Т.Н.
Кузьмичева Т.Н.
Барышев А.П.

•
- врач офтальмолог ГБУЗ «Лопатинская УБ».
- врач общей практики ГБУЗ «Лопатинская УБ».
- врач хирург ГБУЗ «Лопатинская УБ».

КАРТА
экспертной оценки качества медицинской помощи,
оказанной пациенту в стационаре

№ медицинской карты стационарного больного	
ф.и.о. больного	
код заболевания по МКБ-10	
ф.и.о. лечащего врача	
код лечащего врача	

№ п/п	Оценочные критерии	Заведующий отделением	Заместитель главного врача по мед. части	
		1 уровень	2 уровень	3 уровень
1	Ведение пациента стационара (сбор жалоб, анамнеза, своевременность назначений, консилиумов и т.д.) • адекватное – 0,1 • неадекватное – 0			
2	Ro, лабораторное и инструментальное обследование (в соответствии со стандартами) • полное – 0,1 • неполное – 0			
3	Своевременность установления клинического диагноза • да – 0,1 • нет – 0			
4	Обоснованность, полнота и соответствие клинического диагноза МКБ-10 • да – 0,1 • нет – 0			
5	Лечение (в соответствии в соответствии со стандартами) • в полном объеме – 0,1 • не в полном объеме – 0			
6	Необоснованное назначение лекарственных препаратов и инструментальных методов обследования • нет – 0,1 • есть – 0			
7	Выписка пациента стационара (в соответствии со стандартами) • своевременная – 0,1 • несвоевременная – 0			
8	Оформление первичной медицинской документации • без нарушений – 0,1 • с нарушениями – 0			
9	Расхождение диагнозов при поступлении и заключительного • нет – 0,1 • да – 0			
10	Наличие ятрогенных осложнений • да – 0 • нет – 0,1			
Итоговая оценка				
ФИО эксперта				
Подпись эксперта				
Дата проведения экспертизы				

КАРТА
экспертной оценки качества медицинской помощи,
оказанной пациенту в поликлинике

№ медицинской карты амбулаторного больного	
ф.и.о. больного	
код заболевания по МКБ-10	
ф.и.о. лечащего врача	
код лечащего врача	

№ п/п	Оценочные критерии	Заведующий отделением поликлиники, дневным стационаром	Заведующий поликлиникой	
		1 уровень	2 уровень	3 уровень
1	Ведение больного в поликлинике (сбор жалоб, анамнеза, своевременность назначений, консилиумов и т.д.) • адекватное – 0,1 • неадекватное – 0			
2	Своевременность установления диагноза • да – 0,1 • нет – 0			
3	Обоснованность, полнота и соответствие диагноза МКБ-10 • да – 0,1 • нет – 0			
4	Обоснованность и своевременность направления на госпитализацию • обоснованно – 0,1 • необоснованно – 0			
5	Ro, лабораторное и инструментальное обследование (в соответствии с федеральными стандартами) • полное – 0,1 • неполное – 0			
6	Лечение больного (в соответствии с федеральными стандартами) • обоснованная – 0,1 • необоснованная – 0			
7	Необоснованное назначение лекарственных препаратов и инструментальных методов обследования • нет – 0,1 • есть – 0			
8	Отбор и осуществление Д-наблюдения • проведен, в полном объеме или не требуется – 0,1 • не проведен, не в полном объеме – 0			
9	Оформление первичной медицинской документации • без нарушений – 0,1 • с нарушениями – 0			
10	Отсутствие обоснованных жалоб пациентов • отсутствуют – 0,1 • имеются – 0			
Итоговая оценка				
ф.и.о. эксперта				
Подпись эксперта				
Дата проведения экспертизы				

Ответственные за проведение контроля качества медицинской помощи

1 уровень

Меняйкина С.И. – заведующая терапевтическим отделением;
Барышев А.П. – врач хирург
Кузина А.М. – врач педиатр
Кузьмичёва Т.Н. - ВОП
Хайруллина Е.Н. – врач акушер-гинеколог

2 уровень

Кузина А.М. - заместитель главного врача ;

3 уровень – врачебная комиссия медицинской организации.