

Утверждаю
Главный врач ГБУЗ СК «КККД»
В.Н. Колесников
«_12_» _____ января _____ 2015г.

ПОЛОЖЕНИЕ О КОМИССИИ ПО КОНТРОЛЮ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ГБУЗ СК «КККД»

I. Общее положение

1.1. Комиссия по контролю системы качества осуществляет общее руководство деятельностью коллектива ГБУЗ СК «КККД» по непрерывному повышению качества оказания медицинской помощи.

1.2. Комиссия в своей работе руководствуется совместным приказом Министерства здравоохранения Ставропольского края № 01-05/354 и Ставропольского краевого фонда обязательного медицинского страхования №304 от 30.09.2008г. «Об утверждении положения о вневедомственном контроле качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования на территории Ставропольского края» и приказом Министерства здравоохранения Ставропольского края № 01-05/657 от 05.10.2010г. «Об утверждении Положения о системе управления качеством медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях Ставропольского края».

1.3. В своей работе комиссия использует систему критериев, позволяющих определить своевременность, адекватность, полноту и эффективность оказания медицинской помощи как в целом в учреждении, у определенного врача, в определенном отделении, так и отдельному больному.

1.4. Качественную медицинскую помощь характеризует:

- доступность, безопасность, адекватность и эффективность;
- обоснованность применяемых медицинских технологий (выполнение врачебного процесса);
- отсутствие врачебных ошибок;
- оптимальность использования ресурсов учреждения;
- отсутствие незапланированных (ранних) регоспитализаций;
- отсутствие незапланированных возвратов в операционную;
- удовлетворенность больного медицинским обслуживанием, желание повторно лечиться в этом учреждении.

1.5. Председателем комиссии является заместитель главного врача по медицинской части.

1.6. В состав комиссии входят заместитель главного врача по ЭВН, заведующие отделениями, клинический фармаколог, эпидемиолог, главная медицинская сестра.

II. Задачи комиссии

2.1. Обеспечение единого подхода к оценке качества медицинской помощи.

2.2. Обеспечение права пациентов на получение медицинской помощи надлежащего качества в объеме и на условиях территориальной программы государственных гарантий.

2.3. Оценка полноты и эффективности использования имеющихся в учреждении ресурсов (финансовых, материальных, трудовых).

2.4. Получение достоверной информации о качестве оказания медицинской помощи в учреждении.

2.5. Обеспечение эффективного взаимодействия учреждения с органами управления здравоохранения, ФОМС, ОМС.

2.6. Внедрение мотивационных механизмов повышения профессиональной ответственности медицинских работников.

2.7. Обеспечение удовлетворенности медицинских услуг.

III. Организация контроля качества

3.1. Экспертиза качества медицинской помощи проводится по отдельным законченным в данном подразделении случаям, как правило, путем изучения медицинской документации, медицинской карты стационарного или амбулаторного больного с возможным использованием других медицинских документов. Контролю могут подлежать незаконченные случаи, при необходимости с проведением очной экспертизы пациента.

3.2. Контроль подразделяется на обязательный и выборочный.

Обязательному контролю (экспертные случаи) подлежат:

- случаи летальных исходов (стационар, поликлиника);
- все ятрогенные осложнения: в том числе септические осложнения после манипуляций, хирургических вмешательств;
- случаи внутрибольничного инфицирования и осложнений;
- случаи с проведением трансфузионной терапии;
- случаи первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста;
- случаи многократной госпитализации больных (более 3-х раз) по поводу одного и того же заболевания в течение года по вине медицинской организации;
- случаи заболеваний с удлинненными или укороченными сроками лечения (или временной нетрудоспособности) на 60% и более, в целях выяснения их обоснованности;
- случаи поздней госпитализации по вине амбулаторно-поликлинических учреждений;
- случаи расхождения клинического и патолого-анатомического диагнозов;
- случаи, сопровождающиеся жалобами пациентов или их родственников.

3.3. Выборочному контролю подлежат все прочие случаи оказания медицинской помощи с использованием статистического метода "случайной" выборки.

3.4. Для учета и анализа результатов экспертной оценки качества медицинской помощи определена карта экспертной оценки качества

медицинской помощи, с указанием своевременности и полноты мероприятий с анализом и оценкой:

- качества сбора врачом жалоб пациента;
- полноты анамнеза заболевания, экспертного анамнеза;
- поставленному диагнозу;
- своевременности и полноты лабораторных и диагностических исследований, правильности оценки результатов исследований, их контроля лечащим врачом (заведующим отделением);
- своевременности, полноты и целесообразности назначения функциональных и инструментальных исследований, правильности оценки их результатов.
- правильность и точность постановки диагноза, в соответствии с МКБ.10.
- полнота и своевременность оказания медицинской помощи и лечения пациента с анализом:
 - обоснованности госпитализации пациента в стационар, соблюдения формализованных карт протоколов ведения больных и причин их нарушения;
 - возможности использования стационар замещающих технологий в лечении больного;
 - времени обращения за медицинской помощью в учреждение и начала лечения;
 - адекватности и интенсивности лечебного процесса;
 - своевременности и обоснованности назначения и проведения консультаций, консилиумов, представления больного на МСЭ для уточнения диагноза и определения трудоспособности;
 - степени достижения результатов лечения и правильности рекомендаций при выписке из учреждения;
 - правильности назначения и смены режима, наличия врачебной отметки в медицинской карте в случае его нарушения;
 - своевременности и правильности назначения и смены диетического питания;
 - наличия листа назначений и других документов, подтверждающих получение назначенного лечения, качество их оформления;
 - оценка качества ведения документации;
 - предполагаемые причины имеющихся недостатков и предложения по их устранению.

IV. Методика определения уровня качества медицинской помощи

4.1. Для оценки качества медицинской помощи при проведении внутриведомственной экспертизы оценивается четыре основных блока, характеризующих лечебно-диагностический процесс, заложенных в медицинские стандарты.

Ориентировочная шкала экспертных оценок при обнаружении дефектов и замечаний в оказании медицинской помощи:

- нет замечаний – «оценка качества» - 1,0;
- незначительные – «оценка качества» - 0,9;
- существенные (создан риск для больного) – «оценка качества» - 0,7;
- серьезные (возникли осложнения) – «оценка качества» - 0,5;
- грубые недопустимые (повлекшие смерть) – «оценка качества» - 0.

К несущественным дефектам (оценка 0,9) относятся отдельные отклонения в ведении больного, которые не оказали заметного влияния на качество оказания медицинской помощи, полноту и достоверность оформления медицинской документации и не повлекли за собой необоснованное расходование ресурсов.

Существенные дефекты (оценка 0,7) характеризуют выявленные экспертом дефекты в ведении больного, которые повлекли (или могли повлечь) умеренное снижение качества медицинской помощи как с точки зрения своевременности и правильности установления диагноза, так и с точки зрения назначения оптимальной лечебной тактики в целях достижения наилучшего результата.

Серьезные дефекты (оценка 0,5) фиксируются экспертом в случаях обнаружения дефектов в ведении больного, которые расцениваются как нарушения лечебно-диагностического процесса при оказании медицинской помощи пациенту и повлекли (или могли повлечь) выраженные негативные последствия (инвалидизацию) как в исходе заболевания, так и по другим основаниям.

К грубым недопустимым дефектам (оценка 0) относятся выявленные случаи несвоевременного оказания медицинской помощи, ошибки в диагностике и лечении с тяжелыми последствиями, связанные с профессиональной некомпетентностью или ненадлежащим исполнением своих обязанностей со стороны медицинского персонала, грубые нарушения в организации и объемах медицинской помощи больному, а так же необоснованный отказ в оказании медицинской помощи, летальные исходы вследствие неадекватной медицинской помощи, сокрытие дефектов и внесение заведомо ложных данных в медицинские документы, необоснованная госпитализация, незаконное взимание платы с пациента и т.д.

4.2. Организация системы качества оказания медицинской помощи предусматривает обязательное знание всеми медицинскими работниками:

- должностных инструкций;
- положения о системе управления качеством оказания медицинской помощи;
- правил оформления и ведения медицинской документации в учреждении;
- оперативной информации о внедрении новых медицинских технологий и др.

4.3. Контроль качества медицинской помощи подразделяется на внутриведомственный и вневедомственный контроль:

- внутриведомственный - зав. отделением, зам. главного врача по мед. части, зам. главного врача по ЭВН, главный врач;
- вневедомственный - главные специалисты Министерства здравоохранения, отдел лицензирования медицинской деятельности и сектор стандартизации и контроля качества медицинской помощи МЗ СК, главные внештатные специалисты МЗ СК, эксперты страховых компаний;

Внутриведомственный контроль

В течение месяца заведующие стационарными подразделениями обязаны провести 100% контроль всех законченных случаев, используя текущую экспертизу качества.

Заведующему консультативно-поликлинического подразделения - не менее 100 законченных и 30 незаконченных случаев (экспертиз) в месяц.

Заведующим параклинических подразделений не менее 100 законченных случаев в месяц.

Заместители главного врача по ЭВН, медицинской части - не менее 30% законченных случаев в квартал и 100% законченных случаев оказания высокотехнологичной и дорогостоящей медицинской помощи. Выявленные при внутриведомственном контроле недостатки в оказании медицинской помощи в структурных подразделениях анализируются заведующими отделениями по каждому врачу с ежемесячным обобщением и рассмотрением в отделении, с принятием мер к их устранению.

Заместители главного врача по медицинской части и ЭВН проводят ежемесячный анализ по сводкам структурных подразделений и собственной экспертизе законченных случаев всего учреждения в целом с оценкой качества медицинской помощи, с учетом своевременности выписки к труду или направления на МСЭ и работы по устранению выявленных ранее замечаний.

Председатель Комиссии ежеквартально доводит информацию до главного врача, организует рассмотрение итогов контроля на врачебных конференциях, заседаниях Комиссии, Медицинских Советах.

Показатели контроля регистрируются в журналы экспертной оценки качества медицинской помощи.

Вневедомственный контроль может быть плановым и внеплановым.

Осуществляется главными внештатными специалистами МЗ СК, специалистами отдела лицензирования медицинской деятельности, сектора стандартизации и отдела контроля качества медицинской помощи МЗ СК, страховыми компаниями.

4.4. Внутриведомственный контроль КМП и экспертиза конкретного клинического случая осуществляется на следующих уровнях.

- Уровень врача (самоконтроль).
- Уровень заведующего отделением (подразделением).
- Уровень заместителей руководителя ЛПУ.
- Уровень Медицинского Совета (врачебной комиссии).
- Уровень Министерства здравоохранения края.

Нужный результат может быть получен лишь за счет самостоятельного контроля качества медицинской помощи непосредственным исполнителем, то есть путем развития самоконтроля врачей.

Контроль качества и экспертиза качества медицинской помощи осуществляется:

На 0 уровне - лечащим врачом (самоконтроль).

- В процессе оказания медицинской помощи лечащий врач при анализе амбулаторной карты или истории болезни больного исключает дефекты, наличие которых приведет к снижению качества медицинской помощи.
- При анализе медицинской карты стационарного больного и истории болезни лечащий врач, устраняя дефекты, своевременно проводит корректировку лечебно-диагностических мероприятий (приложение №2).
- При оказании медицинской помощи лечащий врач строго соблюдает требования действующего законодательства и стандарты медицинской помощи.

На 1 уровне - заведующим отделением.

Заведующий консультативно-поликлинического отделения определяет уровень качества лечения в процессе наблюдения за пациентом, качество диспансеризации по соответствию набора стандартных показателей для каждой нозологической формы, заложенных в стандартах медицинской помощи фактическому исполнению; оценивает состояние здоровья пациентов в зависимости от результатов экспертной оценки КМП.

Заведующий консультативно-поликлинического отделения может использовать любые формы контроля:

- личный осмотр пациента;
- изучение медицинской карты амбулаторного больного (заочно);
- контрольные или одномоментные экспертизы.

Объем контрольной оценки деятельности врачей на уровне заведующего стационарным отделением составляет 100%, на уровне заведующего параклинического отделения не менее 100 случаев в месяц.

Заведующий стационарным отделением оценивает уровень качества лечения больного и уровень качества оказания медицинской помощи отдельного врача по историям болезни как в процессе стационарного лечения пациента, так и в законченном случае.

Оценка качества медицинской помощи конкретному пациенту на уровне заведующего стационарным отделением осуществляется в 100% случаях для своевременной коррекции лечебно-диагностического процесса при совместных осмотрах с лечащими врачами.

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

Экспертному контролю подлежат:

- случаи летальных исходов;
- случаи внутрибольничного инфицирования и осложнений;
- случаи с проведением трансфузионной терапии;
- случаи первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста;
- случаи повторной госпитализации по поводу одного и того же заболевания в течение года;
- случаи заболевания с удлинённым или укороченным сроками лечения (или длительной временной нетрудоспособностью);

Оценка качества оказания медицинской помощи конкретному пациенту фиксируется в первичной медицинской документации (приложение №2) и унифицированной форме Журнала учета объемов и результатов контроля КМП и форме Сводной информации об объемах и результатах контроля КМП и сводной таблицы оценки качества лечения, в соответствии примерными формами приложений (приложения №3 и №4). Данная форма сдается ежемесячно заместителю главного врача по медицинской части. Результаты экспертизы КМП по законченному случаю регистрируется в картах экспертной оценки качества лечения больного, содержащей формализованное описание дефектов и ошибок, их возможных последствий и экспертное заключение установленной формы.

На 2 уровне - заместителями главного врача по медицинской части и ЭВН.

Контроль качества медицинской помощи на 3 уровне осуществляется заместителями главного врача по медицинской части и ЭВН на основе:

- анализа первичной медицинской документации,
- личного осмотра пациентов,
- при обходах структурных подразделений,
- на заседаниях Врачебной комиссии.

Объем контрольной оценки деятельности подразделений на уровне всех заместителей главного врача (по медицинской части, по экспертизе временной нетрудоспособности) составляет 30% всех законченных случаев для своевременной коррекции мероприятий по улучшению качества медицинской помощи и принятия административных решений.

Целевая экспертиза КМП индивидуальных случаев оказания медицинской помощи проводится:

- при поступлении письменных жалоб пациента, его законного представителя или страхователя на КМП в медицинской организации;
- при запросах правоохранительных органов,
- при необходимости подтверждения надлежащего объема и качества медицинской и лекарственной помощи по случаям, отобраным при медико-экономическом контроле ФОМС,
- при внутрибольничном инфицировании и осложнениях.

Заместителем главного врача по медицинской части, ответственным за проведение контроля и экспертизы качества медицинской помощи ежемесячно осуществляется анализ сведений об объемах и результатах контроля качества и экспертиз качества медицинской помощи, представленных заведующими отделениями.

По результатам анализа информации (ежемесячной, квартальной, полугодовой и годовой), представленной заведующими отделениями, а также на основании личной контрольной и экспертной оценки качества медицинской помощи, осуществляется подготовка аналитических отчетов, рекомендаций, направленных на улучшение качества оказания медицинской помощи в учреждении в целом.

На 3 уровне - Медицинский Совет.

В системе управления КМП важным звеном является Медицинский Совет учреждения. Совет является консультативно-совещательным органом, который создается в медицинском учреждении для коллегиального решения вопросов планирования, координации, оценки эффективности работы по управлению КМП.

Деятельность и рекомендуемый состав Медицинского Совета утверждается главным врачом медицинского учреждения. В состав Совета по согласованию, могут включаться научные работники кафедр, а также представители иных заинтересованных структур.

Источником информации для Медицинского Совета - являются результаты аналитической оценки качества оказания медицинской помощи и экспертной оценке трех предыдущих уровней контроля.

Основными задачами деятельности Медицинского Совета являются:

- анализ деятельности медицинского учреждения;
- совершенствование и внедрение медицинских технологий;
- выявление нарушений и дефектов медицинских технологий;
- оценка деятельности подразделений.
- принятие административных решений.

Результаты контроля фиксируются в Протоколах заседаний Медицинских Советов. По результатам заседаний выносятся управленческие решения по улучшению качества оказания медицинской помощи и применению индивидуальных санкций к персоналу медицинского учреждения при выявлении грубых нарушений в его деятельности.

На 4 уровне - Министерство здравоохранения края.

Министерство здравоохранения края является 5 уровнем контроля за организацией системы управления качества медицинской помощи в медицинских учреждениях края.

Источником информации являются материалы предыдущих уровней контроля, результаты инспекционных проверок в медицинском учреждении, данные социологических исследований, заявления и жалобы пациентов.

Результаты контроля оформляются в виде справок по проверкам, результаты экспертной оценки - актом (протоколом).

Оказание организационно-методической поддержки по организации контроля качества медицинской помощи медицинским учреждениям осуществляется главным специалистом-экспертом министерства здравоохранения области по контролю качества медицинской помощи.

V. Работа с дефектами, допущенных на этапах оказания медицинской помощи

5.1. В процессе управления качеством лечебной деятельности в ГБУЗ СК «КККД» важное место занимает своевременное выявление дефектов при оказании медицинской помощи (приказ МЗ СК № 05-02/188 от 07.04.2003 года «О работе с дефектами в ЛПУ края в системе управления качеством медицинской помощи»).

5.2. Выявление дефектов на этапах оказания медицинской помощи и заполнение дефектурной карты осуществляет врач отделения, в соответствии с маршрутом дефектурной карты.

5.3. Заведующий отделением фиксирует выявленные дефекты в журнале дефектур по форме.

5.4. Заведующий отделением передает дефектурные карты, с информацией за отчетный период заместителю главного врача по медицинской части, ежеквартально (до 10 числа следующего месяца) (приложение №1).

5.5. В случаях выявления грубых дефектов, связанных с действиями медперсонала и повлиявших на течение, исход заболевания, выход на инвалидность, в случаях грубого нарушения экспертизы нетрудоспособности,

служебных подвохов и фальсификации медицинской документации копия дефектурной карты направляется в Министерство здравоохранения края.

5.6. Внутренние дефекты оказания медицинской помощи в ГБУЗ СК «КККД» могут быть выявлены при текущих проверках, служебных расследованиях по письмам и жалобам пациентов, анализе летальности. Сводная таблица внутренних дефектов за отчетный период передается заместителю главного врача по медицинской части ежеквартально.

5.7. Источниками внешней информации о выявленных дефектах могут быть следственные органы, главное бюро МСЭ, ФОМС, медицинские страховые организации.

VI. Права

Комиссия имеет право:

6.1. Вносить предложения по улучшению организации деятельности учреждения, направленные на повышения качества оказания медицинской помощи.

6.2. Обращаться в иные учреждения, организации, ведомства по вопросам оказания медико-социальной помощи пациентам, входящим в компетенцию комиссии.

VII. Ответственность

7.1. Комиссия несет ответственность за достоверность, обоснованность и объективность результатов проводимой экспертизы в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.

МАРШРУТ ДЕФЕКТНОЙ КАРТЫ

(В соответствии с приказом МЗ СК от 07.04.2003г. № 05-02/188 «О работе с дефектами в лечебно-профилактических учреждениях края в системе управления качеством медицинской помощи»)

Дефектная карта во всех структурных подразделениях заполняется на следующие случаи, подлежащие обязательному контролю:

- случаи летальных исходов (стационар, поликлиника) (по вине учреждения);
- случаи смертности на дому лиц трудоспособного возраста (по вине учреждения);
- все ятрогенные осложнения: в том числе септические осложнения после манипуляций, хирургических вмешательств;
- случаи внутрибольничного инфицирования и их осложнения;
- случаи первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей (кроме врожденных уродств и травм) по вине учреждения;
- случаи многократной госпитализации больных (более 3-х раз) по поводу одного и того же заболевания в течение года по вине учреждения;
- случаи поздней госпитализации по вине амбулаторно-поликлинических учреждений;
- случаи послеродовых осложнений матери и плода;
- случаи расхождения клинического и патолого-анатомического диагнозов;
- случаи, сопровождающиеся жалобами пациентов или их родственников в МЗ СК, в МЗ РФ, в следственные органы.

1. Дефектная карта заполняется врачом, выявившим нарушение и передается заведующему отделением, который ежеквартально передает сводную информацию о дефектах заместителю главного врача по медицинской части, вместе с копией дефектурной карты.

2. Выявленные дефекты заведующий отделением регистрирует в журнале дефектур.

3. При выявлении грубых дефектов, связанных с действиями медперсонала и повлиявших на течение, исход заболевания, выход на инвалидность, а также при грубых нарушениях экспертизы временной нетрудоспособности, анализ дефектов рассматривается на ВК. После чего дефектурная карта, заверенная главным врачом, отсылается в МЗ СК.

4. При выявлении грубых дефектов материалы расследования случая (первичная медицинская документация, объяснительные, протокол ВК, сообщение о принятых мерах) представляются в МЗ СК. При необходимости дополнительные сведения и медицинскую документацию по представленному случаю могут запрашивать из ЛПУ сотрудники МЗ отдела стандартизации и контроля качества оказания медицинской помощи, главные внештатные специалисты края.

5. Отдел контроля качества оказания медицинской помощи МЗ СК:

- распределяет дефектные карты по профилям;
- направляет их главным внештатным специалистам МЗ СК, для служебного расследования и подготовки материала на Комиссию МЗ СК;
- проводит отбор случаев для рассмотрения на заседаниях Комиссию МЗ СК.

6. Дефектные карты поступают в отдел контроля качества оказания медицинской помощи МЗ СК в случаях активного выявления дефектов специалистами всех звеньев (при проверках, комиссиях, служебных расследованиях, при анализе летальности и т.д.) и направляются в ЛПУ по принадлежности.

7. Источниками внешней информации о выявленных дефектах являются и следственные органы, ФОМС, страховые компании, ВВК, главное бюро МСЭ, иные ведомства, а также жалобы пациентов.

8. Результатом рассмотрения случая дефекта на заседаниях краевой ЛКК является принятие рационального управленческого решения и издание приказа по МЗ СК. Решение ЛКК рассылается в ЛПУ, допустившее дефект, для принятия мер.

9. В случаях правовых нарушений, предусмотренных законодательством РФ, допущенных медицинскими работниками, материалы служебного расследования могут быть направлены по решению краевой ЛКК в следственные органы, а представление о соответствии квалификационной категории данного специалиста - на аттестационную комиссию МЗ СК.

10. Спорные случаи, не разрешенные на заседании краевой ЛКК, представляются в МЭС. Его решение является обязательным для исполнения в крае (решения рассылаются в заинтересованные по случаю экспертизы ЛПУ).

11. Ежеквартально ЛПУ края подают в МЗ СК:

- таблицу дефектов за отчетный период, с обозначением структуры дефектов;
- пояснительную записку с кратким описанием случаев только за прошедший квартал.

12. Отдел контроля качества оказания медицинской помощи МЗ СК обобщает, анализирует полученный сводный материал, ежеквартально докладывает на заседаниях краевой ЛКК итоги работы с выявленными дефектами.

Карта экспертной оценки качества медицинской помощи

Отделение _____ Ф.И.О.врача _____

Дата поступления _____ Дата выписки _____ Количество койко-дней _____

Ф.И.О. больного _____

№ карты стационарного (амбулаторного) больного _____ Возраст _____ Пол: муж, жен

Заключительный диагноз: _____

Основной: _____

Осложнение: _____

Сопутствующий: _____

Составляющие лечебно-диагностического процесса	Результат экспертной оценки					
	Своевременность		Достаточность		Обоснованность	
	да	нет	да	нет	да	нет
Сбор информации:						
основной диагноз						
сопутствующий диагноз						
Обследование:						
основной диагноз						
сопутствующий диагноз						
Консультации:						
основной диагноз						
сопутствующий диагноз						
Диагностика:						
основной диагноз						
сопутствующий диагноз						
Лечение:						
основной диагноз						
сопутствующий диагноз						
Длительность пребывания в стационаре						
Длительность пребывания на листе нетрудоспособности						

Оценка качества: _____

Замечания: _____

Заведующий

отделением _____ подпись _____

Оценка качества: _____

Дата экспертизы: _____

Замечания: _____

Заместители главного врача:

по медицинской части _____ Терентьева И.В. _____ подпись _____

по ЭВН _____ Токмакова О.В. _____ подпись _____

**Журнал учета объемов и результатов оценки качества медицинской помощи
для стационарных отделений, дневного стационара и КПО _____**

отделение

№ п/п	Дата проведения проверки	Ф.И.О. врача	Ф.И.О. больного, № истории болезни	Оценка соответствия стандартам				
				Анамнеза и диагностически х процедур	Диагноза, соответствия МКБ-10	Лечебных мероприятий	Достигнутого результата	Удовлетворенности пациента
1	2	3	4	5	6	7	8	9
				Соответствует Не соответствует	Соответствует Не соответствует	Соответствует Не соответствует	Соответствует Не соответствует	Удовлетворен Не удовлетворен

Заведующий отделением _____

**Журнал учета объемов и результатов оценки качества медицинской помощи
для параклинических отделений _____**

отделение

№ п/п	Дата проведения проверки	Ф.И.О. врача	Ф.И.О. больного, № истории болезни или амб.карты	Оценка соответствия стандартам диагностических и лечебных процедур				
				По срокам и объему выполнения	По качеству проведения	По ведению медицинской документации	Удовлетвореннос ть пациента	Удовлетворенность лечащего врача
1	2	3	4	5	6	7	8	9
				Соответствует Не соответствует	Соответствует Не соответствует	Соответствует Не соответствует	Соответствует Не соответствует	Удовлетворен Не удовлетворен

Заведующий отделением _____

Сводная информация об объемах и результатах оценки качества медицинской помощи для стационарных отделений, дневного стационара и КПО _____

отделение

за _____ 201_ год

 месяц

Ф.И.О. врача	Кол-во пролеченных за месяц (посещений)	Количество случаев, подвергнутых оценке		Выявлено нарушений		Структура выявленных нарушений КМП									
		абс.	%	абс.	%	Анамнеза и диагностических процедур		Диагноза, соответствия МКБ-10		Лечебных мероприятий		Достигнутого результата		Удовлетворенности пациента	
						абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%

Заведующий отделением

**Сводная информация об объемах и результатах оценки качества медицинской помощи
для параклинических отделений**

_____ отделение

за _____ 201_ год

месяц

Ф.И.О. врача	Кол-во обследова нных или пролечено за месяц	Количество случаев, подвергнутых оценке		Выявлено нарушений		Структура выявленных нарушений КМП									
		абс.	%	абс.	%	По срокам и объему выполнения		По качеству проведения		По ведению медицинско й документац ии		Удовлетворенн ость пациента		Удовлетворен ность лечащего врача	
						абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%

Заведующий отделением _____

исп. И.В.Терентьева
т.36-56-89