



ДЕПАРТАМЕНТ СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ
Автономное стационарное учреждение социального обслуживания населения
Тюменской области
«ВИНЗИЛИНСКИЙ ДОМ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ»
(АСУСОН ТО «Винзилинский дом социального обслуживания»)

ПРИКАЗ

22 апреля 2024г.

№ 42

п. Винзили

*О системе контроля качества и безопасности
медицинской и социальной помощи
в АСУСОН ТО «Винзилинский
дом социального обслуживания»*

В соответствии с Основами законодательства РФ ФЗ № 323 от 21.11.2011 года «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации», законами Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», «О защите прав потребителей» и другими нормативными актами, с приказом Министерства здравоохранения РФ от 31.07.2020 г. № 785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности»,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить положение о системе внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в АСУСОН ТО «Винзилинский дом социального обслуживания» (приложение 1).
2. Утвердить форму отчета «Результаты внутреннего контроля качества медицинской помощи» (приложение 2).
3. Утвердить карту оценки качества оказания медицинской помощи (приложение 3).
4. Назначить ответственным за организацию контроля качества и безопасности оказания медицинской помощи начальника медицинской части.
5. Персональный состав Врачебной комиссии:
Председатель: начальник медицинской части.
Секретарь комиссии: старшая медицинская сестра
Члены комиссии:
 1. Врач психиатр
 2. Заместитель директора по медицинской части.
6. Председателю ВК ежеквартально до 25 числа месяца, следующего за отчетным кварталом, обеспечить заполнение формы «Результаты внутреннего контроля качества медицинской помощи».
7. Приказ № 102 от 13 ноября 2023 г. «О системе контроля качества и безопасности медицинской и социальной помощи» считать утратившим силу.
8. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Директор

Т.Г. Шаргина

ПОЛОЖЕНИЕ
о системе внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в АСУСОН ТО «Винзилинский психоневрологический интернат»

1. Общие положения

- 1.1. Настоящее положение о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности в АСУСОН ТО «Винзилинский психоневрологический интернат» (далее по тексту – Положение) устанавливает порядок организации и проведения внутреннего контроля за соответствием качества выполняемых медицинских работ (услуг) установленным требованиям и безопасностью медицинской помощи, оказываемой гражданам в АСУСОН ТО «Винзилинский дом социального обслуживания».
- 1.2. Настоящее Положение разработано в соответствии с Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (в редакции Федерального закона от 02.03.1998г №30-ФЗ), законами Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», «О защите прав потребителей» (с изменениями от 17.12.99г и 30.12.2001г), Постановлением Правительства РФ от 01.06.2021г № 852 « О лицензировании медицинской деятельности», Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 05.05.2012г №502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации», приказом МЗ Российской Федерации и Федерального фонда ОМС от 24.10.1996г №363/77 «О совершенствовании контроля качества медицинской помощи населению Российской Федерации». Приказом МЗ РФ от 31.07.2020. № 785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности».

2. Основные цели и задачи внутреннего контроля и безопасности медицинской деятельности.

- 2.1. Целью внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (далее по тексту – Внутреннего контроля качества медицинской помощи) является обеспечение прав пациентов на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества в АСУСОН ТО «Винзилинский дом социального обслуживания» (далее по тексту – учреждение) на основе стандартов медицинской помощи, установленных требований, обычно предъявляемых к медицинской помощи в медицинской практике, с учетом современного уровня развития медицинской науки и медицинских технологий.
- 2.2. Субъектами контроля качества и безопасности медицинской деятельности являются должностные лица Учреждения, врачебные комиссии, специалисты соответствующих органов, осуществляющих государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности.

5. Объектами контроля качества и безопасности медицинской деятельности являются:

- качество отдельных медицинских услуг, представляющих собой комплекс профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья проживающих в Учреждении граждан;

- условия труда в медицинской организации, применение медицинских изделий и порядок их утилизации;
- соблюдение медицинскими работниками, руководителями медицинских подразделений Учреждения ограничений, применяемых к ним при осуществлении профессиональной деятельности.

3. Задачами Внутреннего контроля качества медицинской помощи являются:

- 3.1. Оценку состояния и использования кадровых и материально-технических ресурсов Учреждения;
- 3.2. Контроль процесса оказания медицинской помощи конкретным лицам, проживающим в Учреждении;
- 3.3. Изучение удовлетворенности граждан, проживающих в Учреждении, качеством оказанной медицинской помощи;
- 3.4. Расчет и анализ показателей, характеризующих качество и эффективность медицинской помощи;
- 3.5. Выявление и обоснование дефектов, ошибок медицинских работников и других факторов, оказавших негативное действие и повлекших за собой снижение качества и эффективность медицинской помощи;
- 3.6. Выбор наиболее рациональных управленческих решений и проведение оперативных корректирующих воздействий;
- 3.7. Контроль за реализацией управленческих решений.

4. Организация и порядок проведения

Внутреннего контроля качества медицинской помощи

4.1. Контроль качества и безопасности медицинской деятельности в учреждении осуществляется в формах внутреннего контроля путем:

- соблюдения требований к осуществлению медицинской деятельности, установленных законодательством Российской Федерации;
- определения показателей качества деятельности медицинских организаций;
- создания системы оценки деятельности медицинских работников, участвующих в оказании медицинских услуг;
- создания информационных систем в сфере здравоохранения, обеспечивающих, в том числе персонализированный, учет при осуществлении медицинской деятельности.

4.2. Контроль качества и безопасности медицинской деятельности в учреждении достигается за счёт:

1) осуществления руководителем структурного подразделения - медицинским отделением, контроля качества на основе имеющихся критериев в соответствии с технологическими стандартами;

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

- организации работы с лекарственными препаратами;
- соблюдения санитарно-эпидемиологического и санитарно-гигиенического режимов;
- соблюдения технологии сестринских манипуляций;
- соблюдения технологии забора материала для лабораторных исследований;
- соблюдения технологии предстерилизационной обработки медицинского инструментария.

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

4.3. Контроль качества медицинской помощи осуществляется по двух уровневой системе:

- первый уровень контроля – заместитель директора по медицинской части;
- второй уровень контроля - врачебная комиссия учреждения (далее - ВК).

4.4. С целью организации проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в Учреждении приказом Директора утверждается положение о системе внутреннего контроля и назначается должностное лицо, ответственное за проведение контроля качества медицинской помощи (далее - ответственный за проведение контроля).

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

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

4.7. Внутренний контроль качества медицинской помощи не может проводиться Ответственными за проведение контроля в случаях, когда медицинская помощь оказывалась самими Ответственными за проведение контроля.

4.8. Ответственные за проведение контроля несут ответственность за объективность оценки качества оказанной медицинской помощи при проведении Внутреннего контроля качества медицинской помощи в соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации и должностными инструкциями.

4.9. Ответственным за организацию Внутреннего контроля качества медицинской помощи в учреждении является заведующий медицинским отделением.

4.10. В необходимых случаях для проведения Внутреннего контроля качества медицинской помощи могут привлекаться (по согласованию) работники медицинских высших учебных заведений, работники медицинских научно-исследовательских институтов, а также работники других учреждений (организаций) здравоохранения (по согласованию).

4.11. При проведении контроля качества медицинской помощи конкретному пациенту, работники, осуществляющие контроль качества и безопасности медицинской деятельности, руководствуются: федеральными порядками оказания медицинской помощи и стандартам медицинской помощи, протоколами ведения больных, а также другими ведомственными документами (клиническими рекомендациями, формулярными статьями).

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

4.12.1. Плановый контроль предусматривает:

- контроль соответствия объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;
- контроль выполнения требований санитарно-эпидемиологического режима;
- контроль назначения и выписывания лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания;
- контроль исполнения распоряжений администрации.

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

- оценка состояния и использования кадровых и материально-технических ресурсов;
- анализ летальности на дому лиц трудоспособного возраста;
- анализ ятрогенных осложнений;
- анализ жалоб пациентов.

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

- контроль проведения профилактики внутрибольничных инфекций;
- контроль за рациональным использованием лекарственных препаратов;

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

4.12.4. Контроль результата - контроль выполнения принятых управленческих решений, в том числе – заключительный контроль процесса оказания медицинской помощи конкретному пациенту.

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

- случаи летальных исходов;
- случаи, сопровождающиеся ятрогенными осложнениями;
- случаи нежелательных реакций на применение лекарственных препаратов (с обязательной подачей сведений в «Региональный центр мониторинга безопасности лекарственных средств»);
- случаи заболеваний со значительно (более 50 % от средних) удлинёнными сроками лечения;
- случаи расхождений направительных диагнозов Учреждения и выписного стационара ЛПУ;
 - случаи расхождений заключительных клинических диагнозов Учреждения и патологоанатомических и судебно-медицинских диагнозов;
 - случаи выявления социально-значимых заболеваний в запущенных стадиях (онкологических заболеваний, туберкулеза и т.д.);
 - случаи несвоевременного представления больных на ВК и в бюро медико-социальной экспертизы;
 - случаи, сопровождавшиеся жалобами пациентов или их законных представителей на качество оказания медицинской помощи;
 - отсутствия эффекта после проведения лечения;
 - ограничение доступности медицинской услуги и необоснованный отказ в медицинской услуге пациенту;
 - приобретение медикаментов пациентами при прохождении лечения, включённых в базовый перечень;
 - ненадлежащее оказание медицинской помощи;
 - несвоевременное, ненадлежащее выполнение лечебных мероприятий;
 - преждевременное прекращение оказания медицинской помощи на различных этапах ее оказания (кроме случаев отказа пациента от оказания медицинской помощи, оформленного письменного, случая грубого нарушения пациентом правил внутреннего распорядка в учреждении);
 - неблагоприятный исход лечения пациента в случае ненадлежащего исполнения медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей (удлинение сроков лечения, летальный исход, развитие другого патологического процесса в период лечения, развитие ятрогенной патологии);
 - отказ или несвоевременное направление пациента на госпитализацию в стационар, приведшей к ухудшению состояния проживающего или удлинению сроков и стоимости его лечения;
 - иные случаи, указанные в нормативно-правовых документах, регламентирующих порядок осуществления контроля качества оказания медицинской помощи.

4.14. **Заместитель директора по медицинской части** осуществляет контроль качества и безопасности медицинской деятельности на основе:

- анализа первичной медицинской документации, находящихся на экспертизе I-й ступени;
- личного осмотра пациентов;
- проводит 1 раз в месяц общие обходы отделения с обязательным личным осмотром пациентов и последующей записью в первичных медицинских документах;
- осуществляет постоянный контроль соблюдения порядков медицинской помощи и стандартов медицинской помощи;

- оценивает полноту сбора анамнеза, диагноз, назначенное на данном этапе лечение и вносит необходимые коррективы, о чем делает соответствующую запись в медицинскую карту пациента;
- осуществляет контроль за интерпретацией результатов исследований;
- осуществляет контроль своевременности проведения дополнительных методов исследования, необходимых для уточнения диагноза, а также своевременности проведения контрольных исследований;
- осуществляют контроль организации и соблюдения санитарно - эпидемиологического режима в учреждении;
- осуществляет контроль за организацией лечебного питания;
- осуществляет контроль обеспечения и использования лекарственных препаратов;
- анализируют работу отделения с оценкой качественных и количественных показателей в ежемесячном режиме.
- осуществляют контроль за предоставлением пациентам льготного лекарственного обеспечения;
- осуществляет контроль оформления медицинской документации;
- принимают участие в разработке и реализации мероприятий, направленных на исключение причин выявленных дефектов.

Результаты контроля качества оформляются в журнале учета случаев контроля качества второго уровня («Журнал внутреннего контроля качества медицинской помощи»), ежемесячно анализируются и докладываются, с предложениями по их устранению директору учреждения.

4.15. Врачебная комиссия осуществляет контроль качества и безопасности медицинской деятельности на третьем уровне и утверждается приказом руководителя учреждения в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 05.05.12 № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии в медицинской организации».

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

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

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

для заместителя директора по медицинским вопросам - не менее 30 историй болезни в течение квартала, используя очный и ретроспективный анализ каждого случая;

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

4.19. Внутренний контроль качества медицинской помощи проводится по случаям медицинской помощи (законченным или незаконченным), оказанной в Учреждении, независимо от источника финансирования оказанной медицинской помощи, должностей и квалификации работников, оказывавших медицинскую помощь, диагноза, возраста пациентов и других факторов.

4.20. Внутренний контроль качества медицинской помощи проводится по медицинской карте стационарного больного (история болезни), иной медицинской

документации, содержащей информацию о медицинской помощи, оказанной в конкретном проверяемом случае.

4.21. Случаи, подлежащие Внутреннему контролю качества медицинской помощи в обязательном порядке, отбираются для проверки и проверяются в первую очередь. Все случаи оказания медицинской помощи должны иметь одинаковую возможность быть подвергнутыми проверке.

4.22. В целях повышения эффективности контрольных мероприятий и своевременного устранения причин дефектов медицинской помощи проведение Внутреннего контроля качества медицинской помощи на первом уровне осуществляется в текущем режиме (не реже, чем 1 раз в неделю).

4.23. Внутренний 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:

- сбор жалоб и анамнеза;
- проведение диагностических мероприятий;
- проведение диагноза;
- проведение лечебных мероприятий;
- проведение профилактических мероприятий;
- проведение медицинской экспертизы или медицинского освидетельствования;
- оформление медицинской документации.

4.24. При проведении Внутреннего контроля качества медицинской помощи используются следующие критерии качества медицинской помощи:

а) ведение медицинской документации - медицинской карты стационарного учреждения социального обслуживания психоневрологического профиля:

- заполнение всех разделов, предусмотренных медицинской картой;
- наличие информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство;

б) первичный осмотр пациента и сроки оказания медицинской помощи:

-оформление результатов первичного осмотра, включая данные анамнеза заболевания, запись в медицинской карты стационарного учреждения социального обслуживания психоневрологического профиля;

-проведение осмотра пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме не позднее 2 часов с момента обращения за медицинской помощью к социальному работнику, медицинской сестре;

- проведение первичного осмотра пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента, требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме, безотлагательно;

в) установление диагноза лечащим врачом в ходе первичного приема пациента;

г) формирование плана обследования пациента и наблюдения при первичном осмотре с учетом диагноза;

д) формирование плана лечения при первичном осмотре с учетом диагноза, клинических проявлений заболевания, тяжести заболевания или состояния пациента;

е) включение в план обследования и план лечения перечня лекарственных препаратов для медицинского применения с учетом лекарственных препаратов, включенных в стандарты медицинской помощи, имеющих частоту применения 1,0, и клинические рекомендации (протоколы лечения);

ж) назначение лекарственных препаратов для медицинского применения с учетом инструкций по применению лекарственных препаратов, возраста пациента, пола пациента, тяжести заболевания, наличия осложнений основного заболевания (состояния) и сопутствующих заболеваний;

з) установление клинического диагноза на основании данных анамнеза, осмотра, данных лабораторных, инструментальных и иных методов исследования, результатов консультаций врачей-специалистов, предусмотренных стандартами медицинской помощи, а также клинических рекомендаций (протоколов лечения);

и) внесение соответствующей записи в медицинской карты стационарного учреждения социального обслуживания психоневрологического профиля при наличии заболевания (состояния), требующего оказания медицинской помощи в стационарных условиях, с указанием перечня рекомендуемых лабораторных и инструментальных методов исследований а также оформления направления с указанием клинического диагноза при необходимости оказания медицинской помощи в стационарных условиях в плановой форме.

к) проведение коррекции плана обследования и плана лечения с учетом клинического диагноза, состояния пациента, особенностей течения заболевания, наличия сопутствующих* заболеваний, осложнений заболевания и результатов проводимого лечения на основе стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения);

л) назначение лекарственных препаратов в соответствии с установленным порядком:

- оформление протокола решения врачебной комиссии медицинской организации; внесение в амбулаторную карту при назначении лекарственных препаратов для медицинского применения и применении медицинских изделий по решению врачебной комиссии медицинской организации;

м) лечение (результаты):

- отсутствие прогнозируемых осложнений, связанных с проводимой терапией;
- отсутствие вспышек инфекционных заболеваний;

н) организация диспансерного наблюдения,

- назначение по результатам диспансеризации, в случае необходимости, дополнительных медицинских мероприятий.

о) проведение при летальном исходе патолого-анатомического вскрытия в установленном порядке;

п) отсутствие расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов;

4.25. По результатам проверки каждого случая оказания медицинской помощи Ответственные за проведение контроля кратко формулируют в журналах контроля качества медицинской помощи дефекты медицинской помощи, выявленные по каждой составляющей случая оказания медицинской помощи, а также итоговое заключение о качестве медицинской помощи в каждом конкретном 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.

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

4.27. Ответственными за проведение контроля по результатам Внутреннего 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 Директора Учреждения.

4.28. Журналы контроля качества медицинской помощи хранятся в Учреждении не менее 3-х лет.

4.29. Учет результатов проведенного Внутреннего контроля качества медицинской помощи осуществляется в Учреждении в форме отчетов ежемесячно и по итогам прошедшего года на каждом уровне контроля качества медицинской помощи и по Учреждению в целом.

4.30. Отчеты о проведенном Внутреннем контроле качества медицинской помощи должны содержать следующие сведения:

4.30.1. Отчетный период.

4.30.2. Объемы проведенного Внутреннего контроля качества медицинской помощи:

- количество проверенных случаев;
- количество проверенных случаев, из числа подлежащих контролю в обязательном порядке и процентах от числа случаев, подлежащих контролю в обязательном порядке;
- объем проведенного Внутреннего контроля качества медицинской помощи в процентах от установленных минимальных объемов.

4.30.3. Результаты проведенного Внутреннего контроля качества медицинской помощи:

- количество случаев качественно оказанной медицинской помощи;
- количество случаев качественно оказанной медицинской помощи, сопровождавшихся единичными дефектами медицинской помощи;
- количество случаев некачественно оказанной медицинской помощи (в абсолютных цифрах и в процентах проверенных случаев) - общее и в разрезе проверенных отделений (должностей и Ф. И. О. медицинских работников);
- количество выявленных дефектов медицинской помощи по их видам (структура дефектов):

дефекты сбора жалоб или анамнеза;

дефекты диагностических мероприятий;

дефекты оформления диагноза;

дефекты лечебных мероприятий;

дефекты профилактических мероприятий;

дефекты медицинской экспертизы или медицинского освидетельствования;

дефекты оформления медицинской документации.

4.30.4. Краткие сведения о мерах, принятых ответственным за проведение контроля по итогам проведенного Внутреннего контроля качества медицинской помощи.

4.30.5. Предложения по итогам проведенного Внутреннего контроля качества медицинской помощи для руководителя учреждения

4.30.6. Ф. И. О., должность, подпись ответственного за проведение контроля.

4.33. Отчеты о проведенном Внутреннем контроле качества медицинской помощи по организации в целом доводятся до руководителя организации ежемесячно, до сведения медицинских работников организации не реже, чем 1 раз в квартал.

4.34. Отчеты о проведенном Внутреннем контроле качества медицинской помощи по итогам прошедшего года хранятся в Учреждении не менее 3-х лет.

4.35. По результатам проведенного Внутреннего контроля медицинской помощи в Учреждении планируются и реализуются мероприятия, направленные на устранение причин, вызвавших возникновение дефектов медицинской помощи, на повышение качества и эффективности оказываемой медицинской помощи:

- организационные мероприятия - проведение совещаний, конференций, инструктажей, издание приказов, инструкций, регламентов, совершенствование организационных технологий оказания медицинской помощи и другие;

- образовательные мероприятия - проведение клинических разборов, направление медицинских работников на повышение квалификации (в том числе внеплановое), научно-практические конференции, обеспечение медицинских работников современной медицинской литературой (в том числе через Интернет) и другие;

- дисциплинарные мероприятия - применение дисциплинарных взысканий в соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации и должностными инструкциями работников;
- экономические мероприятия - применение материальных взысканий;
- мероприятия по совершенствованию материально-технической базы, информатизации Учреждения;
- мероприятия по совершенствованию укомплектованности Организации медицинскими работниками.

4.36. Контроль за реализацией принятых управленческих решений по вопросам управления качеством медицинской помощи обеспечивается заместителем главного врача по медицинской части.

5. Порядок проведения анкетирования граждан.

5.1. В целях изучения удовлетворенности граждан оказанной медицинской помощью в Организации организуется проведение анонимного анкетирования пациентов с периодичностью не реже 1 раза в квартал.

5.2. Форма анкеты разрабатывается специалистами Учреждения и должна отражать объективную оценку пациентами качества оказания медицинской помощи в Учреждении.

5.3. Информация о результатах проведенного анкетирования является открытой.

5.4. Результаты проведенного анкетирования используются руководителем Учреждения в целях совершенствования качества медицинской помощи, оказываемой гражданам и совершенствования организационных технологий оказания медицинской помощи.

6. Заключение

- 6.1. Контроль качества и эффективности медицинской помощи является основным видом контроля, наиболее приближенным к исполнителям медицинских услуг.
- 6.2. Показатели качества и эффективности медицинской помощи используются при премировании (депремировании) сотрудников.

Приложение 2
к приказу № _____ от «22» апреля 2024г

ДИРЕКТОР АСУСОН ТО
«Винзилинский
дом социального обслуживания»

от _____

Отчет по результатам внутреннего контроля качеством медицинской
помощи
за _____ месяц 20 ____ года

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

« ____ » _____ 20 ____ г.

роспись

**КАРТА ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
АСУСОН ТО «Винзилинский дом социального обслуживания»**

Лечащий врач _____
 ФИО пациента _____
 Возраст _____
 Диагноз _____
 Исход _____

Подлежит экспертному контролю: обязательному/методом случайной выборки.

Раздел I	Полнота и своевременность диагностических мероприятий	Да	Нет
1.	Первичный осмотр		
а)	Полнота сбора анамнеза при осмотре лечащим врачом		
б)	Полнота осмотра пациента лечащим врачом		
в)	Соответствие установленного предварительного диагноза проведенным диагностическим мероприятиям.		
г)	Оформление титульного листа		
д)	Другие дефекты		
е)			
2.	Адекватность выбора и проведения диагностических мероприятий, их соответствие «Стандартам»		
а)	Периодичность осмотров лечащим врачом.		
б)	Полнота привлечения к консультированию пациентов другими специалистами		
в)	Отражение в дневниковых записях динамики состояния пациента		
г)	Обоснованность трактовки данных лабораторно-диагностических исследований и консультаций.		
д)	Эффективность проводимого лечения		
е)	Своевременная госпитализация больного		
ж)	Полнота выполнения лабораторно-диагностических исследований в соответствии с действующими «Стандартами»		
з)	Своевременность, полнота осмотра заведующим отделением		
и)	Другие дефекты		
Раздел II	Адекватность выбора и соблюдение лечебных мероприятий, их соответствие «Стандартам»		
а)	Адекватность проводимого лечения установленному диагнозу		
б)	Обоснование изменения схемы лечения больного		
в)			
г)	Другие дефекты		
Раздел III	Правильность, точность, своевременность постановки диагноза		
а)	Наличие плана обследования пациента		
б)	Предварительный клинический анализ		
в)	Заключительный клинический анализ		
г)	Другие дефекты		