



КонсультантПлюс

Приказ Минздрава МО от 10.02.2014 N 134
(ред. от 28.04.2018)

"О совершенствовании организации
внутреннего контроля качества и
безопасности медицинской деятельности в
медицинских организациях Московской
области"

(вместе с "Рекомендациями по организации
внутреннего контроля качества и
безопасности медицинской деятельности в
медицинских организациях Московской
области")

Документ предоставлен [КонсультантПлюс](#)

www.consultant.ru

Дата сохранения: 30.05.2023

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ
от 10 февраля 2014 г. N 134

О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ОРГАНИЗАЦИИ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Список изменяющих документов
(в ред. [приказа](#) Минздрава МО от 28.04.2018 N 613)

В соответствии со [статьей 90](#) Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", в целях совершенствования организации и проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинских организациях Московской области приказываю:

1. Утвердить:

1.1. [Рекомендации](#) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинских организациях Московской области (далее - Рекомендации) согласно приложению 1 к настоящему приказу.

1.2. Форму [отчета](#) органов управления здравоохранением муниципальных образований и медицинских организаций Московской области по результатам внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности согласно приложению 2 к настоящему приказу.

2. Руководителям медицинских организаций Московской области:

2.1. Разработать и утвердить порядок организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности медицинской организации в соответствии с [Рекомендациями](#), утвержденными п. 1 настоящего приказа.

2.2. Соответствующую информацию с приложением копий разработанных документов предоставить заместителям министра здравоохранения Московской области (К.Б. Герцев, Г.В. Тамазян) по курируемым направлениям деятельности до 01.03.2014.

3. Начальникам Управлений координации деятельности медицинских и фармацевтических организаций Министерства здравоохранения Московской области:

3.1. Обеспечить контроль организации и проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинских организациях государственной системы здравоохранения Московской области.

3.2. Осуществлять ежеквартально сбор, обобщение данных и анализ результатов внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности с планированием и реализацией мероприятий по управлению качеством медицинской помощи.
(п. 3 в ред. [приказа](#) Минздрава МО от 28.04.2018 N 613)

4. Управлению организации медицинской помощи взрослому населению, Управлению

организации медицинской помощи матерям и детям, Отделу контроля качества и безопасности медицинской помощи обеспечить контроль организации и проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинских организациях государственной системы здравоохранения Московской области.

(п. 4 в ред. [приказа](#) Минздрава МО от 28.04.2018 N 613)

5. Утратил силу. - [Приказ](#) Минздрава МО от 28.04.2018 N 613.

6. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Московской области Плутницкого А.Н.

Министр здравоохранения
Московской области
Н.В. Сулонова

Приложение 1
к приказу
Министерства здравоохранения
Московской области
от 10 февраля 2014 г. N 134

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Список изменяющих документов
(в ред. [приказа](#) Минздрава МО от 28.04.2018 N 613)

I. Общие положения

Настоящие рекомендации разработаны в соответствии с Федеральным [законом](#) от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", [приказом](#) Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 05.05.2012 N 502н "Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации" и устанавливают общие организационные и методические принципы организации и проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинских организациях Московской области (далее по тексту - медицинские организации).

Целью внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (далее по тексту - внутренний контроль) является обеспечение прав пациентов на получение необходимого объема и надлежащего качества медицинской помощи в медицинских организациях в соответствии с установленными порядками оказания и стандартами медицинской помощи, а также

обеспечение достоверности и корректности сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в сфере обязательного медицинского страхования, сведений статистической отчетности или данных мониторинга.

(в ред. [приказа](#) Минздрава МО от 28.04.2018 N 613)

Задачи внутреннего контроля качества:

1) выявление дефектов в организации лечебно-диагностического процесса, факторов, повлекших за собой снижение качества оказания медицинской помощи, и установление причин их возникновения;

2) выбор оптимальных управленческих решений и проведение мероприятий, направленных на предупреждение возникновения дефектов в организации и оказании медицинской помощи, повышение эффективности использования ресурсов медицинской организации, в том числе кадровых и материально-технических средств;

3) предупреждение, выявление и пресечение нарушений требований безопасности условий труда, требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий и их утилизации (уничтожению);

4) предупреждение, выявление и пресечение нарушений медицинскими и фармацевтическими работниками, руководителями медицинских организаций ограничений, применяемых к ним при осуществлении профессиональной деятельности;

5) предупреждение, выявление и пресечение нарушений порядка ведения медицинской организацией персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, предоставления статистической отчетности или данных мониторинга.

(подп. 5 введен [приказом](#) Минздрава МО от 28.04.2018 N 613)

Порядок организации внутреннего контроля в медицинской организации утверждается приказом руководителя медицинской организации с учетом специфики деятельности, структуры, штатного расписания медицинской организации и регламентирует в том числе:

1) перечень должностей работников (структурных подразделений) медицинской организации, на которых возложены обязанности по организации и проведению внутреннего контроля;

2) уровни проведения контроля качества;

3) сроки и последовательность осуществления внутреннего контроля;

4) объемы проведения внутреннего контроля;

5) случаи оказания медицинской помощи, подлежащие внутреннему контролю, в том числе в обязательном порядке;

6) порядок регистрации результатов внутреннего контроля;

7) порядок проведения анализа результатов внутреннего контроля, мониторинга показателей качества медицинской помощи;

8) принятие мер по управлению качеством медицинской помощи.

Внутренний контроль осуществляется:

- 1) руководителем медицинской организации;
- 2) врачебной комиссией медицинской организации;
- 3) заместителями руководителя медицинской организации в соответствии с распределением полномочий и должностными обязанностями;
- 4) руководителями структурных подразделений медицинской организации в пределах установленных полномочий;
- 5) иными работниками и (или) комиссиями, специальными структурными подразделениями медицинской организации, сформированными в том числе на функциональной основе.

Приказом руководителя медицинской организации из числа его заместителей назначается работник, ответственный за организацию и проведение внутреннего контроля в медицинской организации.

Для проведения внутреннего контроля могут привлекаться (по согласованию) главные внештатные специалисты Министерства здравоохранения Московской области и медицинских округов, работники образовательных учреждений высшего и дополнительного профессионального образования, научно-исследовательских институтов, медицинских организаций.

При проведении внутреннего контроля не исключается возможность использования информационно-аналитических систем, отвечающих требованиям о защите персональных данных в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Медицинской организацией обеспечивается прохождение работниками, осуществляющими проведение внутреннего контроля, обучения в рамках программ дополнительного профессионального образования, включающих вопросы обеспечения, управления, контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Организация и проведение внутреннего контроля осуществляется в рамках должностных регламентов сотрудников за счет финансовых средств медицинской организации.

Ответственность за организацию и состояние внутреннего контроля в медицинской организации несет руководитель медицинской организации.

II. Организация проведения внутреннего контроля качества медицинской деятельности

Внутренний контроль осуществляется путем оценки конкретного случая оказания медицинской помощи, совокупности случаев оказания медицинской помощи, отобранных по тематическому признаку, на основании анализа первичной учетной медицинской документации, иной документации, непосредственного осмотра пациента:

- 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;
- 9) оформления медицинской документации.

При проведении внутреннего контроля оцениваются соблюдение установленных порядков оказания и стандартов медицинской помощи, своевременность, эффективность и безопасность оказания медицинской помощи (оптимальность выбора медицинских технологий с учетом минимизации риска их применения, принятие адекватных мер профилактики ятрогенных осложнений, соблюдение правил хранения и применения лекарственных препаратов, расходных материалов, обеспечение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов в соответствии с санитарно-эпидемиологическими нормами и правилами, др.).

В медицинской организации внутренний контроль осуществляется на трех уровнях.

На первом уровне внутренний контроль проводится заведующим структурным подразделением медицинской организации путем оценки конкретных случаев оказания медицинской помощи.

На втором уровне внутренний контроль осуществляется заместителем руководителя медицинской организации в разрезе структурных подразделений и медицинской организации в целом путем проведения внутреннего контроля случаев оказания медицинской помощи первого уровня, оценки конкретных случаев оказания медицинской помощи (осмотр пациента, оценка тактики его ведения, др.).

На третьем уровне врачебной комиссией медицинской организации проводится внутренний контроль наиболее сложных и конфликтных ситуаций, требующих комиссионного рассмотрения, вырабатывается и принимается решение по дальнейшей тактике ведения пациента, о профессиональном, должностном соответствии медицинских работников и другим вопросам.

На втором и третьем уровнях внутренний контроль может проводиться по совокупности случаев оказания медицинской помощи, отобранных по тематическому признаку, др.

Внутреннему контролю в обязательном порядке подлежат случаи оказания медицинской помощи:

1. В амбулаторных условиях:

- 1) летальных исходов у детей и лиц трудоспособного возраста;
- 2) летальных исходов на дому от управляемых причин;

3) сопровождающиеся ятрогенными осложнениями, внутрибольничным инфицированием, нежелательными реакциями на применение лекарственных препаратов, неблагоприятными событиями, связанными с применением, хранением, обработкой, обслуживанием, утилизацией медицинских изделий;

4) первичного выхода на инвалидность детей и лиц трудоспособного возраста;

5) заболеваний с удлинённым или укороченным сроком лечения более чем на 50% от установленного стандартом медицинской помощи;

6) расхождения заключительного клинического диагноза, установленного в амбулаторных и стационарных условиях;

7) расхождения заключительного клинического диагноза и патологоанатомического диагноза;

8) первичного выявления у пациентов онкологических заболеваний в поздних стадиях;

9) сопровождавшиеся жалобами граждан или их законных представителей на доступность и качество оказания медицинской помощи;

10) выявления дефектов оказания медицинской помощи контролирующими органами и организациями.

2. В стационарных условиях:

1) летальных исходов;

2) сопровождающиеся ятрогенными осложнениями, внутрибольничным инфицированием, нежелательными реакциями на применение лекарственных препаратов, неблагоприятными событиями, связанными с применением, хранением, обработкой, обслуживанием, утилизацией медицинских изделий;

3) повторной госпитализации пациента по поводу одного и того же заболевания в течение трех месяцев, если госпитализация не была ранее запланирована;

4) заболеваний с удлинённым или укороченным сроком лечения более чем на 50% от установленного стандартом медицинской помощи;

5) расхождений заключительного клинического диагноза и патологоанатомического диагноза;

6) расхождений клинического диагноза до и после проведения оперативного вмешательства;

7) сопровождавшиеся жалобами граждан или их законных представителей на доступность и качество оказания медицинской помощи;

8) выявления дефектов оказания медицинской помощи контролирующими органами и организациями.

Случаи оказания медицинской помощи, подлежащие внутреннему контролю в обязательном порядке, рассматриваются в первую очередь.

Врачебной комиссией (подкомиссией) медицинской организации в обязательном порядке проводится внутренний контроль случаев оказания медицинской помощи, сопровождающихся жалобами граждан или их законных представителей на доступность и качество медицинской помощи.

Формы внутреннего контроля:

1) текущий внутренний контроль осуществляется преимущественно на первом уровне, направлен на выявление отклонений в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги) и принятие необходимых мер по их устранению;

2) заключительный внутренний контроль осуществляется преимущественно на втором и третьем уровнях по результатам законченных случаев оказания медицинской помощи, направлен на предупреждение и пресечение дефектов оказания медицинской помощи;

3) ретроспективный внутренний контроль осуществляется преимущественно на втором и третьем уровнях, направлен на совершенствование организации и оказания медицинской помощи.

Объемы проведения внутреннего контроля определяются с учетом структуры, мощности структурных подразделений, объемов оказываемой медицинской помощи в медицинской организации. Устанавливаются следующие обязательные объемы проведения внутреннего контроля:

- для заведующих структурными подразделениями медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях и вне медицинской организации, - ежемесячно не менее 0,5% от числа законченных случаев оказания медицинской помощи;

- для заведующих структурными подразделениями медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара и в стационарных условиях, - ежемесячно 100% от числа законченных случаев оказания медицинской помощи;

- для заместителей руководителя медицинской организации (по медицинской части, лечебной работе, а также должностей с иными наименованиями) - ежемесячно не менее 10% законченных случаев оказания медицинской помощи (в том числе случаев контроля качества первого уровня).

Объем проведения внутреннего контроля врачебной комиссии (подкомиссии) медицинской организации определяется приказом руководителя медицинской организации.

Результаты внутреннего контроля на первом уровне фиксируются в [Карте](#) внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (приложение 1.1 к Рекомендациям по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинских организациях Московской области).

Заместители руководителя медицинской организации фиксируют результаты контроля качества в [Журнале](#) внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (приложение 1.2 к Рекомендациям по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинских организациях Московской области).

III. Организация проведения внутреннего контроля безопасности медицинской деятельности

Объектами внутреннего контроля безопасности медицинской деятельности являются условия труда медицинских работников, применение и эксплуатация медицинских изделий, их утилизация (уничтожение), а также соблюдение установленных для медицинских и фармацевтических работников ограничений.

В ходе контроля за безопасностью условий труда, применением и эксплуатацией медицинских изделий и их утилизацией (уничтожением) оценивается:

1) соблюдение требований трудового законодательства и иных нормативных правовых актов, содержащих нормы трудового права;

2) соблюдение государственных нормативных требований охраны труда:

- состояние рабочих мест;

- предоставление работникам, занятым на работах с вредными и (или) опасными условиями труда, компенсаций, установленных по результатам аттестации рабочих мест по условиям труда;

- обеспеченность работников средствами индивидуальной защиты, молоком или продуктами, его заменяющими, лечебно-профилактическим питанием;

3) соблюдение требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий и их утилизации (уничтожению), в том числе обучение работников безопасным методам и приемам применения и эксплуатации медицинских изделий;

4) соблюдение требований к состоянию помещений, в которых располагаются медицинские изделия или проводится их уничтожение (утилизация);

5) соблюдение:

- требований безопасности медицинских изделий, предусмотренных технической и эксплуатационной документацией производителя;

- требований к утилизации (уничтожению) медицинских изделий, предусмотренных технической и эксплуатационной документацией производителя;

- правил в сфере обращения медицинских изделий, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации;

- обязанностей по сообщению сведений, указанных в [части 3 статьи 96](#) Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Результаты внутреннего контроля безопасности медицинской деятельности фиксируются в [Карте](#) контроля соблюдения безопасных условий труда, требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий (приложение 1.3 к Рекомендациям по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинских

организациях Московской области).

IV. Организация проведения внутреннего контроля достоверности и корректности сведений персонифицированного учета, статистической отчетности или данных мониторинга (введен [приказом](#) Минздрава МО от 28.04.2018 N 613)

В ходе контроля достоверности и корректности сведений персонифицированного учета, статистической отчетности или данных мониторинга оценивается:

1) соблюдение требований законодательства об охране здоровья граждан, законодательства об обязательном медицинском страховании при осуществлении медицинской организацией ведения персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в сфере обязательного медицинского страхования.

Внутренний контроль достоверности и корректности представляемых сведений осуществляется непрерывно руководителем медицинской организации, заместителями руководителя, иными должностными лицами, организующими и осуществляющими ведение персонифицированного учета, составление и утверждение форм статистического учета и отчетности, данных мониторинга.

Методы, способы и формы внутреннего контроля, а также обязанность и ответственность должностных лиц определяются локальными нормативными актами.

V. Заключительные положения

Работниками медицинской организации, ответственными за проведение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, по результатам контроля незамедлительно принимаются меры по пресечению нарушений требований к обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности, установленных законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан, в пределах их полномочий. Информация о принятых мерах доводится до сведения руководителя медицинской организации.

При необходимости реализации мероприятий, направленных на оптимизацию организации оказания медицинской помощи, формируется план мероприятий по управлению качеством медицинской помощи, включающий:

1) организационные мероприятия - проведение совещаний, инструктажей, издание приказов, инструкций, совершенствование организационных технологий оказания медицинской помощи и др.;

2) образовательные мероприятия - проведение клинических разборов, патологоанатомических конференций, научно-практических конференций, направление медицинских работников на повышение квалификации (в том числе внеплановое), обеспечение актуальной медицинской литературой, др.;

3) дисциплинарные меры - применение дисциплинарной ответственности в соответствии с Трудовым [кодексом](#) Российской Федерации;

4) административные меры;

5) мероприятия по совершенствованию материально-технической базы, информатизации медицинской организации;

6) мероприятия по развитию кадрового потенциала.

В медицинской организации рекомендуется обеспечить проведение внутреннего контроля не реже чем 1 раз в месяц.

Для оценки динамики показателей внутреннего контроля в медицинской организации (в том числе ее структурных подразделениях) анализ результатов внутреннего контроля проводится по итогам прошедшего месяца, квартала и года.

Приложение 1.1
к Рекомендациям по организации
внутреннего контроля качества
и безопасности медицинской
деятельности в медицинских
организациях Московской области,
утвержденным приказом Министерства
здравоохранения Московской области
от 10 февраля 2014 г. N 134

Карта внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности

1. Медицинская организация

отделение

2. Ф.И.О. больного

3. Дата рождения

N полиса, СМО

Срок лечения с _____ по _____ года

N медицинской карты стационарного (амбулаторного)
больного _____

4. Клинический диагноз _____

Шифр МКБ

Сопутствующий (клинически значимый) диагноз

Патологоанатомический диагноз

	баллы	Коэффициент качества медицинской помощи		
		заведующий отделением	заместитель главного врача	примечания
1. Описание жалоб и анамнеза:				
1.1. В полном объеме	1			
1.2. Не в полном объеме	0,5			
1.3. Отсутствует	0			
2. Объективный осмотр:				
2.1. В полном объеме	1			
2.2. Не в полном объеме	0,5			
2.3. Отсутствует	0			
3. Диагностические мероприятия по основному и сопутствующему (клинически значимому) заболеваниям:				
3.1. Проведены своевременно, в полном объеме, соответствуют стандарту медицинской помощи	1			
3.2. Проведены своевременно, но не соответствуют стандарту медицинской помощи, что не повлияло на исход заболевания	0,5			
3.3. Проведены несвоевременно, не соответствуют стандарту медицинской помощи	0			

помощи, что повлияло на исход заболевания				
4. Оформление диагноза основного и сопутствующего (клинически значимого) заболеваний:				
4.1. Выставлен своевременно, обоснованно, в соответствии с клинико-функциональной характеристикой	1			
4.2. Выставлен несвоевременно, обоснованно, в соответствии с клинико-функциональной характеристикой, что не повлияло на исход заболевания	0,5			
4.3. выставлен несвоевременно, необоснованно, что негативно повлияло на исход заболевания	0			
5. Лечебно-профилактические мероприятия, медицинская реабилитация:				
5.1. Проведены своевременно, оптимально, соответствуют стандарту медицинской помощи	1			
5.2. Не соответствует стандарту медицинской помощи, что не повлияло на исход заболевания	0,5			
5.3. Не соответствуют стандарту медицинской помощи, что негативно повлияло на исход заболевания	0			
6. Оперативное лечение:				
6.1. Выполнено своевременно, оптимально, в соответствии со стандартом медицинской	1			

помощи, медицинской технологией				
6.2. Выполнено своевременно, оптимально, но имеются дефекты, не повлиявшие на исход заболевания	0,5			
6.3. Выполнено несвоевременно, с дефектами, повлиявшими на исход заболевания (организационные, тактические, инфекционные осложнения, др.)	0			
7. Анестезиологическое пособие:				
7.1. Выполнено оптимально, риск минимизирован	1			
7.2. Выполнено оптимально, риск не минимизирован, что не повлияло на исход заболевания	0,5			
7.3. Технологии не соблюдены, риск не минимизирован, что повлияло на исход заболевания	0			
8. Реанимационные мероприятия:				
8.1. Отсутствие дефектов	1			
8.2. Дефекты не повлияли на исход заболевания	0,5			
8.3. Дефекты, повлиявшие на исход заболевания	0			
9. Медицинская экспертиза, медицинское				

освидетельствование:				
9.1. Своевременно, в полном объеме	1			
9.2. Своевременно, но не в полном объеме (отсутствуют рекомендации по трудоустройству, рекомендации при выписке, экспертный анамнез, др.)	0,5			
9.3. Несвоевременно, не в полном объеме, целевой результат не достигнут	0			
10. Сроки оказания медицинской помощи:				
10.1. Соответствуют стандарту медицинской помощи (обоснованно занижены или завышены)	1			
10.2. Необоснованно занижены или завышены, что не повлияло на исход заболевания	0,5			
10.3. Не соответствуют стандарту медицинской помощи, что повлияло на исход заболевания	0			
11. Госпитализация (в дневной стационар поликлиники, стационар на дому):				
11.1. Обоснованно, соответствует профилю медицинской деятельности	1			
11.2. Обоснованно, но не соответствует профилю медицинской деятельности	0,5			
11.3. Необоснованно, не соответствует профилю медицинской деятельности	0			
12. Преемственность, этапность:				

12.1. Соблюдены в полном объеме	1			
12.2. Соблюдены в неполном объеме, что не повлияло на исход заболевания	0,5			
12.3. Соблюдены в неполном объеме, что повлияло на исход заболевания	0			
13. Результат лечения:				
13.1. Результат достигнут - выздоровление, улучшение	1			
13.2. Результат достигнут частично - без изменений	0,5			
13.3. Результат не достигнут - ухудшение, летальный исход - при ненадлежащем оказании медицинской помощи	0			
14. Оформление медицинской документации:				
14.1. Удовлетворительное, в полном объеме	1			
14.2. Не в полном объеме, имеются отдельные дефекты	0,5			
14.3. Неудовлетворительное, отсутствует	0			
15. Удовлетворенность пациента оказанием медицинской помощи:				
15.1. Удовлетворен	1			
15.2. Удовлетворен частично	0,5			

15.3. Не удовлетворен	0			
ИТОГО				
Коэффициент качества	средний балл	средний балл	средний балл	
ХОРОШО (качественно оказанная медицинская помощь)	1-0,8			
УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО (качественно оказанная медицинская помощь, сопровождавшаяся единичными дефектами оказания медицинской помощи, которые не привели к ухудшению состояния здоровья пациента)	0,7-0,6			
НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО (некачественно оказанная медицинская помощь)	0,5-0			
Оценка работы заведующего отделением - проводится заместителем главного врача медицинской организации				
УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО	1-0,6			
НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО	0,5-0			

В каждом случае контроля качества рассчитывается коэффициент качества (средний балл анализируемых показателей).

Характеристика дефектов и их влияние на результат
оказания медицинской помощи

Внутренний контроль качества и безопасности
медицинской деятельности проводил:

_____	_____	_____
должность	подпись, дата	Ф.И.О.

С результатами внутреннего контроля качества
и безопасности медицинской деятельности ознакомлен:

_____	_____	_____
должность	подпись, дата	Ф.И.О.

Приложение 1.2
к Рекомендациям по организации
внутреннего контроля качества
и безопасности медицинской
деятельности в медицинских
организациях Московской области,
утвержденным приказом Министерства
здравоохранения Московской области
от 10 февраля 2014 г. N 134

Журнал внутреннего контроля качества и безопасности
медицинской деятельности

Инструкция
по заполнению формы "Журнал внутреннего контроля качества
и безопасности медицинской деятельности"

1. В [1 графе](#) - указывается порядковый номер внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Нумерация обнуляется с начала каждого календарного года.

2. Во [2 графе](#) - указываются проверяемый период (месяц) и дата проведения контроля качества (число, месяц, год).

3. В [3 графе](#) - указывается наименование структурного подразделения медицинской организации и количество пролеченных больных за проверяемый период (месяц).

4. В [4 графе](#) - указывается абсолютное число случаев оказания медицинской помощи, подвергнутых контролю качества, и процент от общего числа пролеченных больных.

5. В [графах с 5 по 9](#) - указываются выявленные при проведении контроля качества дефекты оказания медицинской помощи (абсолютное число и %):

в [5 графе](#) - указываются дефекты, допущенные при проведении диагностических мероприятий, в том числе при сборе жалоб, анамнеза, объективном осмотре;

в [6 графе](#) - указываются дефекты, допущенные при постановке, формулировке, обосновании диагноза;

в [7 графе](#) - указываются дефекты, допущенные при проведении лечебно-профилактических мероприятий, в том числе при проведении оперативных вмешательств, оказании анестезиологического пособия, реанимационных мероприятий;

в [8 графе](#) - указываются дефекты по срокам оказания, преемственности и этапности оказания медицинской помощи;

в [9 графе](#) - указывается оценка оформления медицинской документации.

6. В [10 графе](#) дается итоговая оценка качества медицинской помощи с указанием общего среднего балла по структурному подразделению:

качественно оказанная медицинская помощь - коэффициент качества 1,0-0,8;

качественно оказанная медицинская помощь, сопровождавшаяся единичными дефектами оказания медицинской помощи, которые не привели к ухудшению состояния здоровья пациента, - коэффициент качества 0,7-0,6;

некачественно оказанная медицинская помощь - коэффициент качества 0,5-0.

7. В [графе 11](#) - указываются управленческие решения, принятые ответственным лицом по итогам проведенного внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Приложение 1.3
к Рекомендациям по организации
внутреннего контроля качества
и безопасности медицинской
деятельности в медицинских
организациях Московской области,
утвержденным приказом Министерства
здравоохранения Московской области
от 10 февраля 2014 г. N 134

Список изменяющих документов
(в ред. [приказа](#) Минздрава МО от 28.04.2018 N 613)

Карта контроля соблюдения безопасных условий труда,
требований по безопасному применению и эксплуатации
медицинских изделий

1. Медицинская организация

2. Структурное подразделение

3. Зав. структурным подразделением

	баллы	Коэффициент качества
1. Соблюдение требований охраны:		
1.1. Соответствует	1	
1.2. Соответствует не в полном объеме	0,5	
1.3. Не соответствует	0	
2. Соблюдение требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий и их утилизации:		
2.1. Соответствует	1	
2.2. Соответствует не в полном объеме	0,5	
2.3. Не соответствует	0	
3. Обучение работников безопасным методам и приемам применения и эксплуатации медицинских		

изделий:		
3.1. Проведено в соответствии с графиком обучения	1	
3.2. Проводится, но график обучения не соблюдается	0,5	
3.3. Обучение не проводится, график обучения отсутствует	0	
4. Состояние помещений, в которых хранятся лекарственные препараты, медицинские изделия или проводится их уничтожение (утилизация):		
4.1. Соответствует нормативным требованиям	1	
4.2. Соответствует нормативным требованиям не в полном объеме	0,5	
4.3. Не соответствует нормативным требованиям	0	
5. Соблюдение требований по безопасности использования медицинских изделий, предусмотренных документацией производителя:		
5.1. Соответствует требованиям	1	
5.2. Соответствует требованиям не в полном объеме	0,5	
5.3. Не соответствует требованиям	0	
6. Соблюдение требований к утилизации (уничтожению) медицинских изделий, предусмотренных технической и эксплуатационной документацией производителя:		
6.1. Соответствует требованиям	1	
6.2. Соответствует требованиям не в полном объеме	0,5	
6.3. Не соответствует требованиям	0	
7. Выполнение правил в сфере обращения медицинских изделий:		
7.1. Соответствует требованиям	1	
7.2. Соответствует требованиям не в полном объеме	0,5	
7.3. Не соответствует требованиям	0	
8. Информирование о побочных действиях, не		

представителя.

3. В целях реализации прав граждан на обращение в медицинскую организацию обеспечивается:

- информирование граждан об их праве на обращение;
- регистрация и учет поступивших обращений;
- рассмотрение поступивших обращений;
- принятие необходимых мер по результатам рассмотрения обращений;
- подготовка и направление ответов заявителям;
- проведение анализа поступивших обращений и разработка мероприятий по устранению причин, вызвавших обращения.

4. Информирование граждан об их праве на обращение обеспечивается путем размещения в доступном для граждан месте оформленной в печатном виде информации:

- о фамилии, имени, отчестве, должности, номере кабинета, графике работы, телефоне должностных лиц учреждения, к которым могут обратиться граждане в случае возникновения претензий при оказании медицинской помощи;
- об адресах электронной почты и интернет-сайта организации здравоохранения (при их наличии);
- о графике личного приема граждан руководителем медицинской организации;
- об адресах и телефонах контролирующих органов и организаций.

5. Все поступившие в письменной форме или по электронной почте обращения граждан (заявителей) подлежат обязательной регистрации в день их поступления в медицинскую организацию.

Делопроизводство по обращениям граждан ведется в медицинской организации отдельно от других видов делопроизводства.

Ответственность за ведение делопроизводства по обращениям граждан определяется соответствующим приказом руководителя медицинской организации.

В дело по рассмотрению обращения гражданина входят: обращение гражданина, письменное поручение или приказ руководителя медицинской организации по рассмотрению обращения, материалы по рассмотрению обращения, копия ответа заявителю.

Срок хранения дел по обращениям граждан в медицинской организации составляет 5 лет с даты регистрации обращения.

6. Учет обращений, поступивших в письменной форме или по электронной почте, ведется в

медицинской организации в журнале регистрации обращений граждан. Ответственность за ведение журнала регистрации обращений граждан возлагается приказом руководителя медицинской организации. Учету подлежат все обращения, поступающие в медицинскую организацию в письменной форме или по электронной почте, в том числе обращения, зафиксированные в книгах жалоб и предложений (при их наличии) или направленные из других органов или организаций.

В журнале регистрации обращений граждан в хронологическом порядке фиксируются:

- порядковый номер;
- фамилия, имя, отчество заявителя;
- адрес места жительства заявителя;
- наименование организации, направившей обращения;
- дата поступления обращения;
- дата и номер регистрации обращения;
- краткое содержание (повод) обращения;
- фамилия, имя, отчество, должность работника, осуществляющего рассмотрение обращения;
- результат рассмотрения обращения;
- дата и номер регистрации ответа на обращение.

7. Все поступившие в учреждение обращения граждан подлежат рассмотрению, за исключением анонимных обращений (обращений, не содержащих фамилии и адреса заявителя).

Решение о направлении обращения на рассмотрение к конкретному работнику медицинской организации принимает руководитель в форме письменного поручения или приказа в срок, не превышающий трех дней с даты регистрации обращения.

Жалобы граждан не должны направляться на рассмотрение работнику учреждения, действие (или бездействие) которого в них обжалуется.

8. Работник медицинской организации, получивший поручение руководителя о рассмотрении обращения, обязан обеспечить объективное, всестороннее и своевременное рассмотрение обращения.

9. Работник медицинской организации, получивший поручение о рассмотрении обращения, вправе приглашать заявителя для личной беседы, запрашивать дополнительную информацию у заявителя и письменные объяснения у работников медицинской организации, принимать другие меры, необходимые для объективного рассмотрения обращения.

Работник медицинской организации, получивший поручение руководителя о рассмотрении обращения, несет ответственность за объективное, всестороннее и своевременное рассмотрение обращения в соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации и должностной инструкцией.

10. При рассмотрении обращений граждан должны соблюдаться права третьих лиц, установленные законодательством Российской Федерации.

В случае если при рассмотрении обращения, поданного в интересах третьих лиц (являющихся дееспособными гражданами), выяснилось, что они в письменной форме возражают против его рассмотрения, руководитель медицинской организации принимает решение об оставлении обращения без рассмотрения по существу, уведомив об этом заявителя.

11. Письменные обращения, содержащие вопросы, решение которых не входит в компетенцию медицинской организации, в течение семи дней с даты их регистрации направляются с сопроводительным письмом в соответствующий орган или организацию, в компетенцию которых входит решение поставленных в обращении вопросов, с одновременным уведомлением заявителя о переадресации обращения.

12. В случае если обращение одного и того же заявителя по тем же основаниям было рассмотрено медицинской организацией ранее и во вновь поступившем обращении отсутствуют основания для пересмотра ранее принятых решений, руководитель медицинской организации вправе принять решение об оставлении обращения без рассмотрения по существу, уведомив об этом заявителя.

13. Ответ на обращение, поступившее в письменной форме или по электронной почте, дается в течение 30 дней с даты регистрации обращения, за исключением обращений, поступивших через органы государственной власти или иные организации, по исполнению которых может быть указан другой срок.

Ответы на обращения граждан оформляются на бланке исходящего письма медицинской организации и подписываются руководителем.

В случае подтверждения фактов, изложенных в жалобе, в ответе указываются меры, принятые к виновным работникам.

14. В случае если обращение поступило в медицинскую организацию в письменной форме, ответ направляется на почтовый адрес, указанный в обращении.

В случае если обращение поступило в медицинскую организацию по электронной почте, ответ на обращение направляется на адрес электронной почты, указанный в обращении.

15. По результатам рассмотрения жалоб в случае подтверждения изложенных в них обстоятельств к виновным работникам принимаются меры в соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации и должностными инструкциями.

16. В учреждении не реже одного раза в квартал проводится анализ поступивших обращений.

17. Результаты анализа поступивших обращений ежеквартально и по итогам года предоставляются руководителю медицинской организации.

18. Устные обращения рассматриваются руководителем медицинской организации, к которому обратился гражданин в ходе личного приема.

19. Руководитель медицинской организации проводит личный прием граждан с периодичностью не реже 1 раза в неделю. Место, дни и часы личного приема граждан устанавливаются руководителем медицинской организации. Информация о принятых руководителем медицинской организации заявителях фиксируется в журнале личного приема граждан.

20. В случае если изложенные в устном обращении заявителя обстоятельства не требуют дополнительной проверки, ответ на обращение с согласия может быть дан устно в ходе личного приема, о чем делается запись в журнале личного приема граждан.

21. В случае несогласия заявителя с результатами рассмотрения его обращения он может обратиться в вышестоящие инстанции или в суд.

Приложение 2
к приказу
Министерства здравоохранения
Московской области
от 10 февраля 2014 г. N 134

Отчет
по итогам работы по внутреннему контролю качества
и безопасности медицинской деятельности
медицинской организации

за _____ квартал (год)

	I уровень заведующего отделением (0,5% - от числа законченных в амб.-пол., 100% - дневн. стац. и стац.)	II уровень заместителя главного врача (10% закончен. случ., в том числе I уровня)	Всего
Количество проверенных случаев амб.-пол. (% от обязательных)			
Количество проверенных случаев дневн. стац. (% от обязательных)			
Количество проверенных случаев стац. (% от обязательных)			
Количество случаев с выявленными дефектами			

(% от проверенных случаев амб.-пол.)			
Количество случаев с выявленными дефектами (% от проверенных случаев дневн. стац.)			
Количество случаев с выявленными дефектами (% от проверенных случаев стац.)			
Коэффициент качества внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (амб.-пол.)			
Коэффициент качества внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (стац.)			
Коэффициент качества соблюдения безопасных условий труда, требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий	X	X	

Количество заседаний врачебной комиссии
(подкомиссии) _____

Общее количество случаев контроля качества медицинской помощи, разобранных на заседаниях врачебной комиссии (подкомиссии) _____

Общее количество заполненных анкет при проведении анонимного анкетирования пациентов _____

Характеристика дефектов и их влияние на результат оказания медицинской помощи _____

Принятые управленческие решения _____

Руководитель _____