



Государственное бюджетное учреждение здравоохранения  
Ставропольского края

СТАВРОПОЛЬСКИЙ КРАЕВОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ЦЕНТР  
ПРОФИЛАКТИКИ И БОРЬБЫ  
СО СПИД И ИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

ПРИКАЗ

11.01.2021 г.

г. Ставрополь

№ 01-04/ОД/2

**О совершенствовании организации и проведении внутреннего контроля  
качества и безопасности медицинской деятельности**

В соответствии с требованиями Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федерального закона от 12.04.2010г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств», Постановления Правительства Российской Федерации от 16.04.2012г. N 291 "О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020г. № 785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности», Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.05.2017г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи», Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 05.05.2012г. № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации» и Предложениями (практическими рекомендациями) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (поликлинике), утвержденными ФГБУ «ЦМИКЭЭ» Росздравнадзора в 2017г., Предложениями (практическими рекомендациями) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской лаборатории, утвержденными ФГБУ «ЦМИКЭЭ» Росздравнадзора в 2018г., с целью обеспечения прав граждан на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, правилами проведения лабораторных, инструментальных и иных видов диагностических исследований, положениями об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядками

проведения медицинских экспертиз, диспансерного наблюдения и медицинских освидетельствований, с учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций

## **ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Организовать проведение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД» в соответствии с настоящим Приказом с 11.01.2021 года.

2. Назначить ответственной за организацию внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в учреждении заместителя главного врача по медицинской части Корчагину Е.В.

3. Утвердить:

3.1. комиссию по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности (далее – Комиссия по ВКК и БМД), в следующем составе:

Корчагина Е.В., заместитель главного врача по медицинской части - председатель комиссии,

Савенко В.И., заместитель главного врача по организационно-методической работе - заместитель председателя,

Алексеева О.И., заведующая отделом профилактики - секретарь комиссии.

Члены комиссии:

Савельева Л.И., заведующая ОМО,

Мединцева Е.А., врач-эпидемиолог,

Гривцова Н.В., заведующая клинико-диагностической лабораторией,

Хубулова А.А., главная медицинская сестра,

Локтионов А.А., начальник юридического и кадрового обеспечения,

Захаренко О.А., врач клинический фармаколог.

3.2. Положение о порядке организации и проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД» (далее – Положение), согласно приложению 1.

3.3. План проверок комиссии по ВКК и БМД на 2021 год согласно приложению 2.

3.4. Порядок проведения внутреннего контроля качества оказания медицинской помощи согласно приложению 3.

4. Комиссии по ВКК и БМД осуществлять внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности в соответствии с утвержденным Положением и планом проверок на 2021 год.

5. Возложить ответственность за организацию медицинской деятельности по направлениям:

5.1. «Управление персоналом. Медицинские кадры. Компетентность и компетенции»:

- в ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД» на специалиста по кадрам Громяк А.П.; инспектора по кадрам Дорофееву Г.В.;

- в структурных подразделениях на заведующих отделами, отделениями, клинико-диагностическими лабораториями.

5.2. «Организация оказания медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи на основе клинических рекомендаций»:

- в ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД» на заместителя главного врача по медицинской части Корчагину Е.В.;

- в структурных подразделениях на заведующих амбулаторно-поликлиническими отделениями Каитову О.А., Коджакову Е.Ш.

5.3. «Лекарственная безопасность. Фармаконадзор»:

- в ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД» на заместителя главного врача по медицинской части Корчагину Е.В., главную медицинскую сестру Хубулову А.А., врача клинического фармаколога Захаренко О.А.;

- в структурных подразделениях на заведующих амбулаторно-поликлиническими отделениями Каитову О.А., Коджакову Е.Ш., старших медицинских сестер Чеберяк В.В., Бархачеву Е.В.

5.4. «Контроль качества и безопасности обращения медицинских изделий»:

- в ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД» на главную медицинскую сестру Хубулову А.А., специалиста по охране труда Наумову А.С.;

- в структурных подразделениях на заведующих амбулаторно-поликлиническими отделениями Каитову О.А., Коджакову Е.Ш.; на заведующих клинико-диагностическими лабораториями Гривцову Н.В., Переверзеву М.В., Пиунову Т.А., Дудченко А.Н.; на старших медицинских сестер Чеберяк В.В., Бархачеву Е.В.

5.5. «Эпидемиологическая безопасность (профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи)»:

- в ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД» на заместителя главного врача по медицинской части Корчагину Е.В., главную медицинскую сестру Хубулову А.А.; врача-эпидемиолога Мединцеву Е.А.;

- в структурных подразделениях на заведующую Кисловодским филиалом Воробьеву Е.П.; заведующих амбулаторно-поликлиническими отделениями Каитову О.А., Коджакову Е.Ш.; на заведующих клинико-диагностическими лабораториями Гривцову Н.В., Переверзеву М.В., Пиунову Т.А., Дудченко А.Н.; на старших медицинских сестер Чеберяк В.В., Бархачеву Е.В.

5.6. «Организация экстренной и неотложной помощи»:

- в ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД» на заместителя главного врача по медицинской части Корчагину Е.В., главную медицинскую сестру Хубулову А.А.;

- в структурных подразделениях на заведующих амбулаторно-поликлиническими отделениями Каитову О.А., Коджакову Е.Ш.; старших медицинских сестер Чеберяк В.В., Бархачеву Е.В.

5.7. «Идентификация личности пациента»:

- в ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД» на заместителя главного врача по организационно-методической работе Савенко В.И.;

- в структурных подразделениях на заведующую организационно-методическим отделом Савельеву Л.И., заведующую отделом профилактики Алексееву О.И.; заведующую отделом эпидемиологии Безбородову Ю.И., заведующую Кисловодским филиалом Воробьеву Е.П., на заведующих амбулаторно-поликлиническими отделениями Каитову О.А., Коджакову Е.Ш.; на старших медицинских сестер Чеберяк В.В., Бархачеву Е.В.

5.8. «Организация работы регистратуры»:

- в ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД» на заместителя главного врача по организационно-методической работе Савенко В.И.;

- в структурных подразделениях на заведующую организационно-методическим отделом Савельеву Л.И. заведующую отделом профилактики – Алексееву О.И.; заведующую Кисловодским филиалом Воробьеву Е.П.

5.9. «Безопасность среды. Профилактика падений»:

- в ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД» на главную медицинскую сестру Хубулову А.А.; начальника хозяйственного отдела Шевченко Д.С.;

- в структурных подразделениях на заведующую Кисловодским филиалом Воробьеву Е.П., на старших медицинских сестер Чеберяк В.В., Бархачеву Е.В.

5.10. «Управление информационной безопасностью»:

- в ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД» на заместителя главного врача по организационно-методической работе Савенко В.И., на инженера программиста по технической защите информации – Баева М.Е.;

- в структурных подразделениях на заведующих отделами, отделениями, клинико-диагностическими лабораториями.

5.11. «Преемственность оказания медицинской помощи. Передача ответственности за пациента»:

- в ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД» на заместителя главного врача по медицинской части Корчагину Е.В.;

- в структурных подразделениях на заведующих амбулаторно-поликлиническими отделениями Каитову О.А., Коджакову Е.Ш.

5.12. «Организация профилактики ВИЧ-инфекции. Формирование здорового образа жизни среди населения»:

- в ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД» на заместителя главного врача по организационно-методической работе Савенко В.И.;

- в структурных подразделениях на заведующую отделом профилактики Алексееву О.И.; заведующую Кисловодским филиалом Воробьеву Е.П., заведующую отделом эпидемиологии Безбородову Ю.И.

5.13. «Организация работы клинико-диагностической лаборатории»:

- в ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД» на заместителя главного врача по медицинской части Корчагину Е.В.;

- на заведующих клинико-диагностическими лабораториями Гривцову Н.В., Переверзеву М.В., Пиунову Т.А., Дудченко А.Н.

6. Утвердить:

6.1. форму отчета по результатам плановых и целевых проверок внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности согласно приложению 4;

6.2. форму отчета по итогам мониторинга наличия лекарственных препаратов и медицинских изделий, информации о побочных действиях, нежелательных реакциях, серьезных нежелательных реакциях, непредвиденных нежелательных реакциях при применении лекарственных препаратов согласно приложению 5;

6.3. форму сводного отчета комиссии по качеству и безопасности медицинской деятельности согласно приложению 6;

6.4. журнал учета объемов и результатов контроля качества медицинской деятельности согласно приложению 5;

6.5. контрольный лист экспертной оценки качества и безопасности медицинской помощи согласно приложению 8;

6.6. форму отчета об объемах и результатах контроля качества медицинской деятельности (заведующий отделением) согласно приложению 9;

6.7. форму ежеквартального отчета по результатам экспертизы качества медицинской помощи (заместитель главного врача по медицинской части) 2 и 3 уровня согласно приложению 10.

7. Признать утратившим силу приказ ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД» от 27.09.2019г. № 168 «Об организации и проведении внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности».

8. Контроль за исполнением приказа оставляю за собой.

Главный врач



Д.В.Штанев

к приказу ГБУЗ СК  
«Краевой центр СПИД»  
от 11.01.2021 г. № 01-04/ОД/2

## ПОЛОЖЕНИЕ

### о порядке организации и проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности

#### I. Общие положения

1.1. Положение о порядке организации и проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД» (далее – Положение) регулирует организацию и проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (далее – внутреннего контроля).

1.2. Ответственным за организацию внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности является заместитель главного врача по медицинской части.

1.3. Внутренний контроль качества в ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД» (далее Центр) организуется и проводится комиссией по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности (далее – Комиссией по ВКК).

1.4. Состав комиссии утверждается и освобождается от возложенных функций приказом главного врача.

1.5. В рамках организации и проведения внутреннего контроля Комиссия по ВКК взаимодействует:

1.5.1. с главным врачом по вопросам организации внутреннего контроля и безопасности медицинской деятельности, в соответствии с настоящим Положением.

1.5.2. с врачебной комиссией ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД» по следующим вопросам:

– оценки качества, обоснованности и эффективности лечебно-диагностических мероприятий, в том числе назначения лекарственных препаратов;

– направления сообщений в Росздравнадзор в целях осуществления мониторинга безопасности лекарственных препаратов о выявленных случаях побочных действий, не указанных в инструкции по применению лекарственного препарата, серьезных нежелательных реакций и непредвиденных нежелательных реакций при применении лекарственных препаратов;

– оценки соблюдения в ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД» установленного порядка ведения медицинской документации;

- разработки мероприятий по устранению и предупреждению нарушений в процессе диагностики и лечения пациентов;
- разработки и реализации мероприятий по профилактике инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи;
- взаимодействия в работе по вопросам, относящимся к компетенции врачебной комиссии, с территориальными органами Росздравнадзора и Роспотребнадзора, с иными органами и организациями;
- рассмотрения обращений (жалоб) по вопросам, связанным с оказанием медпомощи пациентам с ВИЧ-инфекцией.

1.5.3.С сотрудниками ответственными за внутренний контроль качества и безопасность медицинской деятельности в подразделениях ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД» (приложение 2), для достижения целей и задач внутреннего контроля, в соответствии с настоящим Положением.

1.6. Внутренний контроль включает следующие мероприятия:

- оценку качества и безопасности медицинской деятельности ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД» путем проведения плановых и целевых (внеплановых) проверок;
- сбор статистических данных, характеризующих качество и безопасность медицинской деятельности ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД», и их анализ;
- учет нежелательных событий при осуществлении медицинской деятельности (фактов и обстоятельств, создающих угрозу причинения или повлекших причинение вреда жизни и здоровью граждан и (или) медицинских работников, а также приведших к удлинению сроков оказания медицинской помощи);
- мониторинг наличия лекарственных препаратов и медицинских изделий в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций;
- анализ информации о побочных действиях, нежелательных реакциях, серьезных нежелательных реакциях, непредвиденных нежелательных реакциях при применении лекарственных препаратов, об индивидуальной непереносимости, отсутствии эффективности лекарственных препаратов, а также об иных фактах и обстоятельствах, представляющих угрозу жизни или здоровью человека при применении лекарственных препаратов, выявленных на всех этапах обращения лекарственных препаратов, сообщаемой в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения;
- анализ информации обо всех случаях выявления побочных действий, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия, о нежелательных реакциях при его применении, об особенностях взаимодействия медицинских изделий между собой, о фактах и об обстоятельствах, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации медицинских изделий, сообщаемой в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения;
- мониторинг наличия у медицинских работников Центра документов об образовании, сертификатов специалистов либо свидетельств об аккредитации.

## II. Цель, задачи и сроки проведения внутреннего контроля

2.1. Внутренний контроль в ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД» осуществляется с целью обеспечения прав граждан на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, правилами проведения лабораторных, инструментальных и иных видов диагностических исследований, положениями об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядками проведения медицинских экспертиз, диспансерного наблюдения и медицинских освидетельствований, с учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций.

2.2. Организация и проведение внутреннего контроля в ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД» направлены на решение следующие задач:

- совершенствование подходов к осуществлению медицинской деятельности для предупреждения, выявления и предотвращения рисков, создающих угрозу жизни и здоровью граждан, и минимизации последствий их наступления;

- обеспечение и оценка соблюдения прав граждан в сфере охраны здоровья при осуществлении медицинской деятельности;

- обеспечение и оценка применения порядков оказания медицинской помощи, правил проведения лабораторных, инструментальных и иных видов диагностических исследований, положений об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, стандартов медицинской помощи;

- обеспечение и оценка соблюдения медицинскими работниками и руководителями медицинских организаций ограничений, налагаемых на указанных лиц при осуществлении ими профессиональной деятельности в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

- обеспечение и оценка соответствия оказываемой медицинскими работниками медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи, а также рассмотрение причин возникновения несоответствия качества оказываемой медицинской помощи указанным критериям.

- предупреждение нарушений при оказании медицинской помощи, являющихся результатом:

- а) несоответствия оказанной медицинской помощи состоянию здоровья пациента с учетом степени поражения органов и (или) систем организма либо нарушений их функций, обусловленной заболеванием или состоянием либо их осложнением;

- б) невыполнения, несвоевременного или ненадлежащего выполнения необходимых пациенту профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций;



в) принятие мер по пресечению и (или) устранению последствий и причин нарушений, выявленных в рамках государственного (ведомственного) контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

г) принятие управленческих решений по совершенствованию подходов к осуществлению медицинской деятельности.

**2.3. Определить сроки проведения внутреннего контроля:**

- срок проведения плановых и целевых (внеплановых) проверок устанавливается главным врачом ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД» в зависимости от предмета проверки, но не может превышать 10 рабочих дней.

- мониторинг наличия лекарственных препаратов и медицинских изделий – 1 раз в квартал.

- анализ информации о побочных действиях, нежелательных реакциях, серьезных нежелательных реакциях, непредвиденных нежелательных реакциях при применении лекарственных препаратов, об индивидуальной непереносимости, отсутствии эффективности лекарственных препаратов, а также об иных фактах и обстоятельствах, представляющих угрозу жизни или здоровью человека при применении лекарственных препаратов и выявленных на всех этапах обращения лекарственных препаратов, сообщаемой в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения - 1 раз в квартал.

- анализ информации обо всех случаях выявления побочных действий, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия, о нежелательных реакциях при его применении, об особенностях взаимодействия медицинских изделий между собой, о фактах и об обстоятельствах, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации медицинских изделий, сообщаемой в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения – 1 раз в квартал.

- мониторинг наличия у медицинских работников документов об образовании, сертификатов специалистов либо свидетельств об аккредитации – 1 раз в квартал.

- мониторинг нежелательных событий при осуществлении медицинской деятельности (фактов и обстоятельств, создающих угрозу причинения или повлекших причинение вреда жизни и здоровью граждан и (или) медицинских работников, а также приведших к удлинению (отклонениям) от сроков оказания медицинской помощи) – 1 раз в полугодие

### **III. Основания для проведения внутреннего контроля.**

3.1. Основанием для проведения плановой проверки – является включение проверки в План проверок внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД», утверждаемый главным врачом ежегодно.

3.2. Основанием для целевой (внеплановой) проверки внутреннего контроля являются:

1) наличие отрицательной динамики статистических данных, характеризующих качество и безопасность медицинской деятельности, в том числе установленной в результате проведения плановой проверки;

2) следующие случаи оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях:

- с особым исходом медицинской помощи (летальный исход, вертикальная передача ВИЧ от матери ребенку, госпитализация пациента по поводу СПИД-ассоциированных заболеваний, обострением или развитием осложнений основного или сопутствующего заболевания);

- сопровождающиеся нежелательными реакциями на применение лекарственных препаратов;

- сопровождающиеся неблагоприятными событиями, связанными с применением, хранением, обработкой, обслуживанием, утилизацией медицинских изделий;

- с неверной установкой диагноза ВИЧ-инфекции;

- сопряженные с первичным выявлением у пациента онкологического заболевания и туберкулеза в поздних стадиях;

- сопровождающиеся жалобами граждан и их законных представителей по вопросам качества и доступности медицинской помощи, а также жалоб по иным вопросам осуществления медицинской деятельности,

- по которым выявлены дефекты оказания медицинской помощи контролирующими органами и организациями.

3.3. Проверки, в зависимости от поставленных задач, включают анализ случаев оказания медицинской помощи, отобранных методом случайной выборки и (или) по тематически однородной совокупности случаев, на основании анализа первичной меддокументации, иной документации с оценкой полноты и обоснованности;

3.4. Проверка по тематически однородной совокупности случаев проводится в отношении определенной совокупности случаев, отобранных по тематическим признакам.

Выбор тематики для проведения проверки осуществляется на основании результатов анализа статистических данных, характеризующих качество и безопасность медицинской деятельности медицинской организации, ее структурных подразделений.

3.5. Анализ случаев оказания медицинской помощи в ходе плановых и целевых (внеплановых) проверок осуществляется для оценки качества и безопасности медицинской деятельности, в том числе для оценки характера, частоты и причин возможных нарушений при оказании медицинской помощи пациенту, приведших к ухудшению состояния здоровья пациента, создавшего риск прогрессирования имеющегося заболевания, создавших риск возникновения нового заболевания, приведших к инвалидизации, к летальному исходу, а также к неэффективному использованию ресурсов ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД», неудовлетворенности пациента медицинской помощью.

#### **IV. Права и обязанности лиц, участвующих в организации и проведении внутреннего контроля**

4.1. При проведении плановых и целевых (внеплановых) проверок члены комиссии по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности имеют право:

- осуществлять получение, сбор и анализ сведений о деятельности структурных подразделений;
- знакомиться с документами, связанными с целями, задачами и предметом внутреннего контроля, в том числе с медицинской документацией, снимать копии с указанных документов, а также производить в необходимых случаях фото- и видеосъемку при осуществлении осмотра и обследования;
- знакомиться с результатами анкетирования и устных опросов пациентов и (или) их законных представителей, работников ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД»;
- знакомиться с результатами анализа жалоб и обращений граждан;
- доступа в структурные подразделения Центра и его филиалов, а также в здания, строения, сооружения, помещения, к используемому оборудованию и транспортным средствам;
- организовывать проведение необходимых исследований, экспертиз, анализов и оценок.

4.2. Члены комиссии несут ответственность за:

- выполнение утвержденного плана проверок по контролю качества и безопасности медицинской деятельности, утвержденному на 2021 год;
- своевременное и качественное исполнение обязанностей;
- нарушение сохранности и конфиденциальности в работе с информацией и документами.

## **V. Показатели оценки медицинской деятельности при проведении плановых и целевых (внеплановых) проверок**

Плановые и целевые (внеплановые) проверки, осуществляемые в рамках внутреннего контроля качества предусматривают оценку следующих показателей:

1) наличие в ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД» нормативных правовых актов (в том числе, изданных федеральными органами государственной власти, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления), регламентирующих вопросы организации медицинской деятельности, включая:

- а) преемственность оказания медицинской помощи на всех этапах;
- б) оказание медицинской помощи, в том числе в условиях чрезвычайных ситуаций;
- в) маршрутизацию пациентов, включая организацию консультаций и дополнительных методов обследования в иных медицинских организациях;

2) обеспечение оказания медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, правилами проведения лабораторных, инструментальных и иных видов диагностических исследований, положени-

ями об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, диспансерного наблюдения, и медицинских освидетельствований, с учетом стандартов медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций;

3) обеспечение преемственности оказания медицинской помощи на всех этапах (при наблюдении пациентов по месту жительства, при оказании медицинской помощи в стационарных условиях) с соблюдением требований к ведению медицинской документации;

4) обеспечение получения информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи;

5) обеспечение возможности вызова медицинских работников к маломобильным пациентам, в том числе к автотранспорту;

6) обеспечение оказания гражданам медицинской помощи в экстренной форме, включая проведение регулярного обучения (тренингов), наличие в медицинской организации лекарственных препаратов и медицинских изделий для оказания медицинской помощи в экстренной форме;

7) организация безопасной деятельности клиничко-диагностической лаборатории, наличие системы идентификации образцов и прослеживаемости результатов;

8) обеспечение соблюдения врачебной тайны, в том числе конфиденциальности персональных данных, используемых в медицинских информационных системах ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД», при осуществлении медицинской деятельности;

9) обеспечение комфортных условий пребывания пациентов в ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД» и его филиалов, включая организацию мест ожидания для пациентов, законных представителей и членов семей пациентов;

10) осуществление мероприятий по организации безопасного применения лекарственных препаратов, в том числе обеспечение контроля сроков годности лекарственных препаратов; обеспечение контроля условий хранения лекарственных препаратов, требующих особых условий хранения; хранение лекарственных препаратов в специально оборудованных помещениях и (или) зонах для хранения; соблюдение требований к назначению лекарственных препаратов, а также учет рисков при применении лекарственных препаратов (в том числе, аллергологического анамнеза, особенностей взаимодействия и совместимости лекарственных препаратов) с внесением соответствующих сведений в медицинскую документацию); осуществление контроля качества письменных назначений лекарственных препаратов, в том числе использование унифицированных листов назначения;

11) организация лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан, в том числе предоставления сведений о таких гражданах в Федеральный регистр лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека;

12) осуществление мероприятий по обеспечению эпидемиологической безопасности, в том числе:

- а) профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи;
- б) организация дезинфекционных мероприятий;
- в) обеспечение эпидемиологической безопасности среды (включая расчет потребности в дезинфицирующих и антисептических средствах, контроль их наличия в ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД»; рациональный выбор дезинфицирующих средств и тактики дезинфекции; обращение с отходами);
- г) соблюдение технологий проведения инвазивных вмешательств;
- д) соблюдение правил гигиены медицинскими работниками, наличие оборудованных мест для мытья и обработки рук;
- е) профилактика инфекций, связанных с осуществлением медицинской деятельности, у медицинских работников (включая использование индивидуальных средств защиты);
- ж) проведение противоэпидемических мероприятий при возникновении случая инфекции;

13) подтверждение соответствия на всех этапах оказания медицинской помощи (включая применение лекарственных препаратов и медицинских изделий) личности пациента его персональным данным, содержащимся в том числе в документах, удостоверяющих личность (фамилия, имя, отчество (при наличии), пол, возраст), и в медицинской документации;

14) осуществление мероприятий по безопасному применению медицинских изделий, в том числе:

- а) применение медицинских изделий в соответствии с технической и (или) эксплуатационной документацией, в соответствии с которой осуществляются производство, изготовление, хранение, транспортировка, монтаж, наладка, применение, эксплуатация, в том числе техническое обслуживание, а также ремонт, утилизация или уничтожение медицинского изделия;
- б) обучение работников медицинской организации применению, эксплуатации медицинских изделий;

15) осуществление мероприятий по организации безопасной среды для пациентов и работников медицинской организации, в том числе:

- а) проведение мероприятий по снижению риска травматизма и профессиональных заболеваний;
- б) обеспечение защиты от травмирования элементами медицинских изделий;
- в) оснащение медицинской организации оборудованием для оказания медицинской помощи с учетом особых потребностей инвалидов и других групп населения с ограниченными возможностями здоровья;
- г) наличие и исправность систем жизнеобеспечения (включая резервное электроснабжение);
- д) соблюдение внутреннего распорядка ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД»;
- е) обеспечение охраны и безопасности в медицинской организации (включая организацию доступа в медицинскую организацию и ее структурные подразделения, предотвращение и принятие мер в случаях нападения на

медицинских работников, угрозах со стороны пациентов или посетителей, в случаях суицида);

ж) соблюдение мероприятий по обеспечению безопасности при угрозе и возникновении чрезвычайных ситуаций;

з) обеспечение беспрепятственного подъезда транспорта для медицинской эвакуации на территорию медицинской организации;

ж) сбор и анализ информации обо всех случаях нарушения безопасности среды (включая падения пациентов);

16) организация профилактических мероприятий по предупреждению передачи ВИЧ-инфекции на территории Ставропольского края

16) организация работы регистратуры, включая:

а) предварительную запись пациентов на прием к врачу;

б) обеспечение навигационной информации для пациентов с учетом характера расположения помещений;

г) взаимодействие регистратуры со структурными подразделениями ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД»

в) коммуникация работников регистратуры с пациентами, порядка действия в случае жалоб пациентов и конфликтных ситуаций;

17) организация управления потоками пациентов, в том числе при первичном обращении:

а) распределение потоков пациентов, требующих оказания медицинской помощи в плановой и неотложной формах;

б) порядок записи и отмены записи пациентов на прием при непосредственном обращении в Центр, по телефону;

в) порядок уведомления пациента об отмене приема по инициативе организации;

18) обеспечение функционирования медицинской информационной системы ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД», включая информационное взаимодействие с государственными информационными системами в сфере здравоохранения на территории Ставропольского края и единой государственной информационной системой в сфере здравоохранения, размещение в них сведений в соответствии с законодательством Российской Федерации;

19) проведение информирования граждан в доступной форме, в том числе с использованием сети «Интернет», об осуществляемой медицинской деятельности и о медицинских работниках ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД», об уровне их образования и об их квалификации;

20) организация проведения диспансерного наблюдения пациентов, инфицированных вирусом иммунодефицита человека;

21) осуществление мероприятий по обеспечению профессиональной подготовки, переподготовки и повышения квалификации медицинских работников в соответствии с трудовым законодательством Российской Федерации, а также по формированию системы оценки деятельности и развитию кадрового потенциала работников ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД»;

22) обеспечение доступа работников Центра к информации, содержащей клинические рекомендации, порядки оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи, а также осуществление мероприятий по их

информированию об опубликовании новых клинических рекомендаций, порядков оказания медицинской помощи и их пересмотре.

## **VI. Функции комиссии по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности**

6.1. Организация и проведение проверок в соответствии с утвержденным главным врачом планом, а также проведение внеплановых проверок с последующим анализом и выработкой предложений для принятия управленческих решений.

6.2. Оценку качества и безопасности медицинской деятельности ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД» путем проведения плановых и целевых (внеплановых) проверок;

6.3. Сбор статистических данных, характеризующих качество и безопасность медицинской деятельности ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД», и их анализ;

6.4. Учет нежелательных событий при осуществлении медицинской деятельности (фактов и обстоятельств, создающих угрозу причинения или повлекших причинение вреда жизни и здоровью граждан и (или) медицинских работников, а также приведших к удлинению сроков оказания медицинской помощи);

6.5. Мониторинг наличия лекарственных препаратов и медицинских изделий в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций.

6.6. Мониторинг наличия у медицинских работников документов об образовании и сертификата специалиста либо свидетельства об аккредитации.

6.7. Анализ информации о побочных действиях, нежелательных реакциях, серьезных нежелательных реакциях, непредвиденных нежелательных реакциях при применении лекарственных препаратов, об индивидуальной непереносимости, отсутствии эффективности лекарственных препаратов, а также об иных фактах и обстоятельствах, представляющих угрозу жизни или здоровью человека при применении лекарственных препаратов, выявленных на всех этапах обращения лекарственных препаратов, сообщаемой в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения;

6.8. Анализ информации обо всех случаях выявления побочных действий, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия, о нежелательных реакциях при его применении, об особенностях взаимодействия медицинских изделий между собой, о фактах и об обстоятельствах, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации медицинских изделий, сообщаемой в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения;

6.9. Анализ случаев оказания медицинской помощи в ходе плановых и целевых (внеплановых) проверок осуществляется для оценки характера, частоты и причин возможных нарушений при оказании медицинской помощи

пациенту, приведших к ухудшению состояния здоровья пациента, создавшего риск прогрессирования имеющегося заболевания, приведших к инвалидизации, к летальному исходу, а также к неэффективному использованию ресурсов ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД», неудовлетворенности пациента медицинской помощью;

6.10. По решению главного врача – разработка локальных актов в рамках внутреннего контроля (стандартные операционные процедуры, алгоритмы действий работников организации) в соответствии с нормативными правовыми актами, регламентирующими вопросы организации медицинской деятельности, в том числе порядками оказания медицинской помощи, а также с учетом стандартов медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, критериев оценки качества медицинской помощи.

## **VII. Порядок регистрации и анализа результатов внутреннего контроля.**

7.1. По результатам плановых и целевых проверок членами комиссии по качеству составляются отчеты, включающие, в том числе, предложения по выработке мероприятий по устранению выявленных нарушений и улучшению деятельности Центра и медицинских (форма отчета - приложение 3).

7.2. Сроки предоставления отчетов главному врачу ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД»:

а) отчет о результатах целевых (внеплановых) проверок - не позднее 5 рабочих дней после завершения проверки;

б) отчет по мониторингу наличия лекарственных препаратов и медицинских изделий (форма отчета - приложение 4) – ежеквартально, не позднее 5 числа месяца, следующего за отчетным периодом.

в) отчет по анализу информации обо всех случаях выявления побочных действий, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия, о нежелательных реакциях при его применении, об особенностях взаимодействия медицинских изделий между собой, о фактах и об обстоятельствах, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации медицинских изделий, сообщенной в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения (форма отчета - приложение 4) - ежеквартально, не позднее 5 числа месяца, следующего за отчетным периодом.

д) отчет по анализу информации о побочных действиях, нежелательных реакциях, серьезных нежелательных реакциях, непредвиденных нежелательных реакциях при применении лекарственных препаратов, об индивидуальной непереносимости, отсутствии эффективности лекарственных препаратов, а также об иных фактах и обстоятельствах, представляющих угрозу жизни или здоровью человека при применении лекарственных препаратов и выявленных на всех этапах обращения лекарственных препаратов, сообщенной в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения (форма отчета - приложение 4) - ежеквартально, не позднее 5 числа месяца, следующего за отчетным периодом.



г) отчет о мониторинге наличия у медицинских работников документов об образовании и сертификата специалиста либо свидетельства об аккредитации (форма отчета - приложение 4) – ежеквартально, не позднее 5 числа месяца, следующего за отчетным периодом.

д) мониторинг нежелательных событий при осуществлении медицинской деятельности (фактов и обстоятельств, создающих угрозу причинения или повлекших причинение вреда жизни и здоровью граждан и (или) медицинских работников, а также приведших к удлинению (отклонениям) от сроков оказания медицинской помощи) – 1 раз в полугодие

7.3. Комиссией по качеству 1 раз в полугодие, накопительным итогом, формируется сводный отчет (форма сводного отчета - приложение 5), содержащий информацию о состоянии качества и безопасности медицинской деятельности ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД», который представляется главному врачу – не позднее 15 числа месяца, следующего за отчетным периодом.

7.4. Отчеты о проведенном внутреннем контроле качества по итогам прошедшего года хранятся в ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД» г. Ставрополя не менее 5 лет.

### **VIII. Порядок использования результатов внутреннего контроля в целях управления качеством и безопасностью медицинской деятельности.**

8.1. По итогам проведенных мероприятий внутреннего контроля осуществляются:

- разработка предложений по устранению и предупреждению нарушений в процессе диагностики и лечения пациентов и их реализация;
- анализ результатов внутреннего контроля в целях их использования для совершенствования подходов к осуществлению медицинской деятельности;
- обеспечение реализации мер, принятых по итогам внутреннего контроля;
- формирование системы оценки деятельности медицинских работников.

8.2. Сводный отчет, содержащий информацию о состоянии качества и безопасности медицинской деятельности, а также иная информация о результатах ВКК доводится до работников ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД» на Медицинском совете не позднее 20 числа месяца, следующего за отчетным периодом.

8.3. Главным врачом ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД» по итогам анализа, а также обсуждения сводного отчета о состоянии качества и безопасности медицинской деятельности на Медицинском совете, не позднее 25 числа месяца, следующего за отчетным периодом, утверждается перечень корректирующих мер.

8.4. При необходимости дополнительного доведения до сотрудников информации о результатах внутреннего контроля качества в ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД», по распоряжению главного врача, могут быть организованы совещания в структурных подразделениях.

Приложение 2

к приказу ГБУЗ СК  
«Краевой центр СПИД»  
от 11.01.2021г. № 01-04/ОД/2

ПЛАН

проверок комиссии по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности  
ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД» на 2021 год

№ п/п	Срок проведения проверки:	Предмет проверки:	Исполнители:
1 квартал 2021года			
1	22-31.03.2021г.	Анализ результатов мониторинга наличия лекарственных препаратов и медицинских изделий. Отчет 05.04.2021г.	Хубулова А.А. Алексеева О.И.
2	22-31.03.2021г.	Анализ результатов мониторинга информации обо всех случаях выявления побочных действий, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия, о нежелательных реакциях при его применении, об особенностях взаимодействия медицинских изделий между собой. Отчет 05.04.2021г.	Хубулова А.А. Алексеева О.И.
3	22-31.03.2021г.	Анализ результатов мониторинга о побочных действиях, нежелательных реакциях, серьезных нежелательных реакциях, непредвиденных нежелательных реакциях при применении лекарственных препаратов, об индивидуальной непереносимости, отсутствии эффективности лекарственных препаратов. Отчет 05.04.2021г.	Захаренко О.А. Алексеева О.И.
4	22-31.03.2021г.	Анализ результатов мониторинга наличия у медицинских работников документов об образовании и сертификации специалиста либо свидетельства об аккредитации. Отчет 05.04.2021г.	Локтионов А.А. Алексеева О.И.

5	22-31.03.21г.	Анализ учета нежелательных событий при осуществлении медицинской деятельности (фактов и обстоятельств, создающих угрозу причинения или повлекших причинение вреда жизни и здоровью граждан и (или) медицинских работников, а также приведших к удлинению (отклонениям) от сроков оказания медицинской помощи). Промежуточный отчет 05.04.2021г. (1 раз в полугодие)	Корчагина Е.В. Хубулова А.А. Алексеева О.И.
6	02-05.02.21г.	Контроль эпидемиологической безопасности при осуществлении медицинской деятельности в ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД» г. Ставрополь, ул. Ленина 434 Отчет 12.02.2021г.	Корчагина Е.В. Савенко В.И. Мединцева Е.А.
7	02-05.03.21г.	Контроль организации деятельности клиничко-диагностической лаборатории ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД» г. Ставрополь Отчет 15.03.2021г.	Корчагина Е.В. Савенко В.И. Мединцева Е.А. Алексеева О.И.
8	23-31.03.21г.	Контроль организации оказания медицинской помощи в медицинской организации в соответствии с порядками оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи на основе клинических рекомендаций. Контроль преемственности организации медицинской помощи. Контроль организации проведения диспансерного наблюдения. Отчет 07.04.21г. (анализ результатов экспертизы 20-ти медицинских карт пациентов, получающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (форма N 025/у))	Корчагина Е.В. Алексеева О.И. Савельева Л.И.
9	25-31.03.21г.	Контроль исполнения корректирующих и предупреждающих мероприятий по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности за 4 квартал 2020 года. Отчет 12.04.2021г.	Алексеева О.И.
<b>2 квартал 2021 года</b>			
11	21-30.06.21г.	Анализ результатов мониторинга наличия лекарственных препаратов и медицинских изделий. Отчет 05.07.2021г.	Хубулова А.А. Алексеева О.И.
12	21-30.06.21г.	Анализ результатов мониторинга информации обо всех случаях выявления побочных действий, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия, о нежелательных реакциях при его применении, об особенностях взаимодействия медицинских изделий между собой. Отчет 05.07.2021г.	Хубулова А.А. Алексеева О.И.
13	21-30.06.21г.	Анализ результатов мониторинга о побочных действиях, нежелательных реакциях, серьезных нежелательных реакциях, непредвиденных нежелательных реакциях при	Захаренко О.А. Алексеева О.И.

		применении лекарственных препаратов, об индивидуальной переносимости, отсутствии эффективности лекарственных препаратов. Отчет 05.07.2021г.	Локтионов А.А. Алексеева О.И.
14	21-30.06.21г.	Анализ результатов мониторинга наличия у медицинских работников документов об образовании и сертификата специалиста либо свидетельства об аккредитации. Отчет 05.07.2021г.	Корчагина Е.В. Хубулова А.А. Алексеева О.И.
15	21-30.06.21г.	Анализ учета нежелательных событий при осуществлении медицинской деятельности (фактов и обстоятельств, создающих угрозу причинения или повлекших причинение вреда жизни и здоровью граждан и (или) медицинских работников, а также приведших к удлинению (отклонениям) от сроков оказания медицинской помощи) Отчет 12.07.2021г.	Корчагина Е.В. Алексеева О.И.
16	13-15.04.21г.	Контроль организации оказания экстренной и неотложной помощи ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД» г. Ставрополь Отчет 22.05.2021г.	Корчагина Е.В. Алексеева О.И.
17	18-19.05.21г.	Контроль организации медицинской деятельности в Кисловодском филиале ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД»: - организация оказания медицинской помощи; - контроль лекарственной безопасности; - контроль безопасности медицинских изделий; - эпидемиологическая безопасность; - организация экстренной и неотложной помощи; - идентификация личности пациентов; - организация работы регистратуры; - контроль организации деятельности КДЛ Отчет 26.05.2021г.	Корчагина Е.В. Савенко В.И. Мединцева Е.А. Алексеева О.И. Гривцова Н.В.
18	21-30.06.21г.	Контроль организации оказания медицинской помощи в медицинской организации в соответствии с порядками оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи на основе клинических рекомендаций. Контроль преемственности организации медицинской помощи. Контроль организации проведения диспансерного наблюдения. Отчет 07.07.21г. (анализ результатов экспертизы 20-ти медицинских карт пациентов, получающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (форма N 025/y)).	Корчагина Е.В. Алексеева О.И. Савельева Л.И.
19	24-30.06.21г.	Контроль исполнения корректирующих и предупреждающих мероприятий по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности за 1 квартал	Алексеева О.И.

2021года.		3 квартал 2021 года	
20	20-30.09.21г.	Анализ результатов мониторинга наличия лекарственных препаратов и медицинских изделий. Отчет 05.10.2021г.	Хубулова А.А. Алексеева О.И.
21	20-30.09.21г.	Анализ результатов мониторинга информации обо всех случаях выявления побочных действий, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия, о нежелательных реакциях при его применении, об особенностях взаимодействия медицинских изделий между собой. Отчет 05.10.2021г.	Хубулова А.А. Алексеева О.И.
22	20-30.09.21г.	Анализ результатов мониторинга о побочных действиях, нежелательных реакциях, серьезных нежелательных реакциях, непредвиденных нежелательных реакциях при применении лекарственных препаратов, об индивидуальной непереносимости, отсутствии эффективности лекарственных препаратов. Отчет 05.10.2021г.	Захаренко О.А. Алексеева О.И.
23	20-30.09.21г.	Анализ результатов мониторинга наличия у медицинских работников документов об образовании и сертификата специалиста либо свидетельства об аккредитации. Отчет 05.10.2021г.	Локтионов А.А. Алексеева О.И.
24	20-30.09.21г.	Анализ учета нежелательных событий при осуществлении медицинской деятельности (фактов и обстоятельств, создающих угрозу причинения или повлекших причинение вреда жизни и здоровью граждан и (или) медицинских работников, а также приведших к удлинению (отклонениям) от сроков оказания медицинской помощи) Промежуточный отчет 05.10.2021г. (1 раз в полугодие)	Корчагина Е.В. Хубулова А.А. Алексеева О.И.
25	21-23.07.21г.	Контроль организации идентификации личности пациентов. Контроль организации работы регистратуры. Отчет 30.07.2021г.	Савенко В.И. Хубулова А.А.
26	07-08.09.21г.	Контроль организации деятельности КДЛ Кировский филиал в г. Новолавловске	Корчагина Е.В. Савенко В.И. Мединцева Е.А. Гривцова Н.В.
27	14-15.09.21г.	Контроль организации деятельности КДЛ Петровский филиал в г. Светлогорде	Корчагина Е.В. Савенко В.И. Мединцева Е.А. Гривцова Н.В.

28	21-30.09.21г.	<p>Контроль организации оказания медицинской помощи в медицинской организации в соответствии с порядками оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи на основе клинических рекомендаций.</p> <p>Контроль преемственности организации медицинской помощи.</p> <p>Контроль организации проведения диспансерного наблюдения.</p> <p>Отчет 07.09.21г. (анализ результатов экспертизы 20-ти медицинских карт пациентов, получающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (форма N 025/у))</p> <p>Контроль исполнения корректирующих и предупреждающих мероприятий по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности за 2 квартал 2021 года.</p>	<p>Корчагина Е.В. Алексеева О.И. Савельева Л.И.</p>
29	23-30.09.21г.	<p>Контроль исполнения корректирующих и предупреждающих мероприятий по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности за 2 квартал 2021 года.</p>	<p>Алексеева О.И.</p>
<b>4 квартал 2021 года</b>			
30	20-30.12.21г.	<p>Анализ результатов мониторинга наличия лекарственных препаратов и медицинских изделий.</p> <p>Отчет 12.01.2022г.</p>	<p>Хубулова А.А. Алексеева О.И.</p>
31	20-30.12.21г.	<p>Анализ результатов мониторинга информации обо всех случаях выявления побочных действий, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия, о нежелательных реакциях при его применении, об особенностях взаимодействия медицинских изделий между собой.</p> <p>Отчет 12.01.2022г.</p>	<p>Хубулова А.А. Алексеева О.И.</p>
32	20-30.12.21г.	<p>Анализ результатов мониторинга о побочных действиях, нежелательных реакциях, серьезных нежелательных реакциях, непредвиденных нежелательных реакциях при применении лекарственных препаратов, об индивидуальной непереносимости, отсутствии эффективности лекарственных препаратов.</p> <p>Отчет 12.01.2022г.</p>	<p>Захаренко О.А. Алексеева О.И.</p>
33	20-30.12.21г.	<p>Анализ результатов мониторинга наличия у медицинских работников документов об образовании и сертификата специалиста либо свидетельства об аккредитации.</p> <p>Отчет 12.01.2022г.</p>	<p>Локтионов А.А. Алексеева О.И.</p>
34	20-30.12.21г.	<p>Анализ учета нежелательных событий при осуществлении медицинской деятельности (фактов и обстоятельств, создающих угрозу причинения или повлекших причинение вреда жизни и здоровью граждан и (или) медицинских работников, а также приведших к удлинению (отклонениям) от сроков оказания медицинской помощи)</p> <p>Отчет 12.01.2022г.</p>	<p>Корчагина Е.В. Хубулова А.А. Алексеева О.И.</p>
35	05-07.10.21г.	<p>Контроль эпидемиологической безопасности при организации медицинской деятельности в ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД» г. Ставрополь, ул. Ленина 434</p>	<p>Корчагина Е.В. Савенко В.И.</p>

36	15-19.11.21г.	Отчет 14.10.2021г. Оценка соответствия системы управления персоналом. Оценка безопасности среды. Оценка информационной безопасности. Отчет 26.11.2021г.	Мезенцева Е.А. Савенко В.И. Савельева Л.И. Локтионов А.А. Алексеева О.И. Савенко В.И. Савельева Л.И.
37	06-10.12.21	Контроль организации профилактической работы по предупреждению распространения ВИЧ – инфекции. Отчет 17.12.2021г.	
38	20-29.12.21г.	Контроль организации оказания медицинской помощи в медицинской организации в соответствии с порядками оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи на основе клинических рекомендаций. Контроль преемственности организации медицинской помощи. Контроль организации проведения диспансерного наблюдения. Отчет 12.01.22г. (анализ результатов экспертизы 20-ти медицинских карт пациентов, получающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (форма N 025/y)).	Корчагина Е.В. Алексеева О.И. Савельева Л.И.
39	22-30.12.21г.	Контроль исполнения корректирующих и предупреждающих мероприятий по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности за 3 квартал 2021 года.	Алексеева О.И.

к приказу ГБУЗ СК  
«Краевой центр СПИД»  
от 11.01.2021 г. № 01-04/ОД/2

**Порядок  
проведения внутреннего контроля качества медицинской помощи  
в ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД»**

Контроль качества оказания медицинской помощи осуществляется по законченным и незаконченным случаям оказания медицинской помощи

**1. Уровни внутреннего контроля качества:**

- самоконтроль – лечащий врач;
- уровень 1 – заведующие амбулаторно - поликлинических отделений центра СПИД в г. Ставрополе и Кисловодском филиале;
- уровень 2 - заместитель главного врача по медицинской части в г. Ставрополе;
- уровень 3 - врачебная комиссия центра СПИД.

**2. Самоконтроль** - контроль качества медицинской помощи осуществляется лечащим врачом в форме самоконтроля при анализе медицинской амбулаторной карты больного и личном осмотре пациента.

**2.1 Лечащий врач:**

- исключает дефекты, наличие которых способствует снижению качества медицинской помощи;
- оценивает состояние больного при первичном обращении в ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД»;
- выявляет дефекты в оказании медицинской помощи на предшествующем этапе (при их наличии информирует заместителя главного врача по медицинской части), дефекты ведения медицинской документации, организации работы, обследования, диагностики, лечения;
- составляет план обследования и лечения больного (с учетом устранения дефектов предыдущего этапа);
- оформляет медицинскую документацию в соответствии с требованиями;

**2.2.** При оказании медицинской помощи лечащим врачом необходимо строгое соблюдение требований действующего законодательства и стандартов медицинской помощи.

**3. Первый уровень контроля** – заведующий структурным подразделением.

**3.1.** Заведующие амбулаторно - поликлиническими отделениями центра СПИД в г. Ставрополе и Кисловодском филиале:

- оценивают конкретные случаи оказания медицинской помощи;



- определяют уровень качества лечения по соответствию набора стандартных показателей для каждой нозологической формы, заложенных в стандартах медицинской помощи, фактическому исполнению;

- осуществляют контроль за оформлением медицинской документации и интерпретацией результатов;

- фиксируют результаты экспертизы внутреннего контроля качества медицинской деятельности конкретному пациенту в Журнале учета объемов и результатов контроля качества медицинской деятельности (заведующего отделением) (приложение 7).

- регистрируют результаты экспертизы случаев, подлежащих обязательному контролю и случаев с выявленными дефектами медицинской деятельности (которые могут оказать или оказали негативное влияние на лечебно-диагностический процесс или здоровье пациента), дополнительно в Контрольном листе (карте) экспертной оценки качества и безопасности медицинской помощи установленной формы (приложение 8). Заполненные карты хранят вместе с Журналом учета объемов и результатов контроля качества медицинской деятельности;

- по результатам статистической обработки записей в Журнале учета объемов и результатов контроля качества медицинской помощи рассчитывают показатели, характеризующие качество и эффективность оказания медицинской помощи конкретным врачом, которые отражаются в ежемесячном отчете об объемах и результатах контроля качества медицинской помощи (приложение 9);

ежемесячно до 10 числа месяца, следующего за отчетным предоставляют отчет об объемах и результатах контроля качества медицинской помощи заместителю главного врача по медицинской части;

- принимают участие в разработке и реализации мероприятий, направленных на исключение причин выявленных дефектов;

- проводят разбор выявленных дефектов с медицинскими работниками структурных подразделений;

- представляют Журнал учета объемов и результатов контроля качества и безопасности медицинской деятельности, а также Карты экспертной оценки случаев с выявленными дефектами медицинской деятельности или подлежащие обязательному контролю в предыдущем месяце, заместителю главного врача по медицинской части ежемесячно до 10 числа месяца, следующего за отчетным.

- обеспечивают представление на заседание врачебной комиссии случаев оказания медицинской помощи, подлежащих обязательному внутреннему контролю качества медицинской деятельности.

3.2. Для оценки негативных последствий и системного анализа результатов экспертного контроля качества медицинской помощи дефекты ранжируются. Оценка результатов внутреннего контроля качества осуществляется в баллах.

Дефекты I ранга – имеются ошибки, негативно повлиявшие на состояние пациента, следствием чего явились смерть, инвалидизация,

снижение трудовой активности его самого или его окружающих из-за необходимости ухода (негативное влияние на социальные ресурсы), за исключением случаев отказа лица от лечения или обследования, оформленного в установленном порядке. Количественная оценка в экспертных картах соответствует 0 баллам.

Дефекты II ранга - дефекты с негативным влиянием на состояние пациента, при котором возможно развитие нового патологического состояния, осложнений, прогрессирование заболевания, необоснованное увеличение риска негативных последствий для состояния пациента. Количественная оценка в экспертных картах соответствует 0,5-0,74 балла.

Дефекты III ранга - имеются дефекты, затруднившие процесс оказания помощи в целом или на определенном этапе, которые привели к нерациональному использованию ресурсов здравоохранения, но не имели негативных следствий для состояния пациента и социальных ресурсов. Количественная оценка в экспертных картах соответствует 0,75-0,9 балла.

Дефекты IV ранга - имеются дефекты, затруднившие оценку процесса оказания помощи и не имеющие негативных следствий для ресурсов здравоохранения, процесса оказания помощи, состояния пациента и социальных ресурсов. Количественная оценка в экспертных картах соответствует 1 баллу.

3.3. Объем экспертизы на I уровне заведующим отделением составляет 100% случаев диспансерного наблюдения за пациентом в течение 12 месяцев, в том числе 100% случаев оказания медицинской помощи, подлежащих внутреннему контролю качества медицинской деятельности в обязательном порядке. Экспертиза проводится по медицинской документации и на основании личного осмотра.

4. **Второй уровень контроля** - заместитель главного врача по медицинской части.

4.1. Заместитель главного врача по медицинской части для контроля качества медицинской помощи:

- осуществляет выборочный контроль качества медицинской деятельности по медицинской документации, а также при личном осмотре пациентов;

- лично проводит не менее 20% экспертиз качества медицинской помощи от объема 1 уровня (в том числе 50% случаев с выявленными дефектами оказания медицинской помощи);

- учитывает и анализирует выявленные на 1 этапе ошибки и дефекты, расхождения экспертных решений;

- осуществляет оперативное управление действиями персонала и пациентов;

- выявляет нарушения и дефекты медицинских и организационных технологий;

- координирует взаимодействие (взаимоотношения) персонала и пациента;

4.2. По результатам анализа информации (ежемесячной), представленной заведующими отделениями, а также на основании личной контрольной и экспертной оценки КМП, осуществляет подготовку аналитических отчетов (квартального, полугодового, годового), а также рекомендаций, проектов управленческих решений, направленных на улучшение качества медицинской помощи.

#### **5. Третий уровень контроля - врачебная комиссия (ВК).**

5.1 Учет случаев контроля качества 2 и 3 уровня ведется в журнале формы № 035/у-02.

#### **5.2 Врачебная комиссия центра СПИД:**

- на основании информации журнала формы № 035/у-02 секретарь Врачебной комиссии составляет, ежеквартальную, полугодовую и годовую сводку об объемах и результатах качества и безопасности медицинской помощи;

- выявляет и анализирует имеющиеся нарушения и дефекты медицинских и организационных технологий, их причины;

- проводит Целевые экспертизы качества медицинской помощи при: поступлении письменных жалоб пациента, его законного представителя, поступлении запросов правоохранительных органов, выявлении случаев оказания медицинской помощи, подлежащих обязательной экспертизе качества;

- анализирует результаты государственного, ведомственного, контроля качества медицинской деятельности с отработкой мероприятий по оптимизации организации лечебно-диагностического процесса и улучшению системы внутреннего контроля качества медицинской деятельности;

#### **6. Критерии качества при оказании амбулаторно-поликлинической медицинской помощи**

а) ведение медицинской документации - медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

- заполнение всех разделов, предусмотренных амбулаторной 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, записью в амбулаторной карте;

- установление предварительного диагноза лечащим врачом в ходе первичного приема пациента;

- формирование плана обследования пациента при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза;

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

в) 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, соответствия установленным порядкам:

- оформление протокола решения врачебной комиссии (подкомиссии) медицинской организации;

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

г) 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) по вопросам оказания медицинской помощи (далее - клинические рекомендации):

- оформление обоснования клинического диагноза соответствующей записью в амбулаторной карте;

- установление клинического диагноза в течение 10 дней с момента обращения;

- проведение при затруднении установления клинического диагноза консилиума врачей с внесением соответствующей записи в амбулаторную карту с подписью заведующего амбулаторно-поликлиническим отделением медицинской организации;

д) внесение соответствующей записи в амбулаторную карту при наличии заболевания (состояния), требующего оказания медицинской помощи в стационарных условиях, с указанием перечня рекомендуемых лабораторных и инструментальных методов исследований, а также оформление направления с указанием клинического диагноза при необходимости оказания медицинской помощи в стационарных условиях в плановой форме;

е) 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;

ж) осуществление диспансерного наблюдения в установленном порядке с соблюдением периодичности обследования и длительности диспансерного наблюдения.

к приказу ГБУЗ СК  
«Краевой центр СПИД»  
от 11.01.2021 г. № 01-04/ОД/2

**ОТЧЕТ**  
о результатах проведения проверки внутреннего контроля качества и  
безопасности медицинской деятельности

1. Вид проверки: плановая (целевая) проверка

2. Предмет проверки: \_\_\_\_\_

3. Сроки проведения проверки: с \_\_\_\_\_ 202\_\_ г. по \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.  
( \_\_\_\_\_ рабочих дней)

4. Описание мероприятия по контролю: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Перечень вопросов, отражающих содержание обязательных требований, составляющих предмет проверки	да	нет

4. Заключение (оценка заявленных требований): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Мероприятия по устранению выявленных нарушений и улучшению деятельности медицинской организации и медицинских работников:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Комиссия по качеству и безопасности  
медицинской деятельности:

\_\_\_\_\_ (Фамилия И.О.)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (Фамилия И.О.)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (Фамилия И.О.)

\_\_\_\_\_ (подпись)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ года

к приказу ГБУЗ СК  
«Краевой центр СПИД»  
от 11.01.2021г. № 01-04/ОД/2

**ОТЧЕТ**

**о проведении мероприятий внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности по итогам мониторинга наличия лекарственных препаратов и медицинских изделий, а также анализа информации о побочных действиях, нежелательных реакциях, серьезных нежелательных реакциях, непредвиденных нежелательных реакциях при применении лекарственных препаратов и медицинских изделий  
в \_\_ квартале 202\_\_ года:**

1. По итогам мониторинга наличия лекарственных препаратов установлено:

\_\_\_\_\_

Корректирующие мероприятия:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. По итогам мониторинга наличия медицинских изделий установлено:

\_\_\_\_\_

Корректирующие мероприятия:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. При анализе информации обо всех случаях выявления побочных действий, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия, о нежелательных реакциях при его применении, об особенностях взаимодействия медицинских изделий между собой, о фактах и об обстоятельствах, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации медицинских изделий, сообщаемой медицинской организацией в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения:

всего передано сообщений \_\_\_\_\_;

в том, числе:

\_\_\_\_\_

Корректирующие мероприятия:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. При анализе информации о побочных действиях, нежелательных реакциях, серьезных нежелательных реакциях, непредвиденных нежелательных реакциях при применении лекарственных препаратов, об индивидуальной непереносимости, отсутствии эффективности лекарственных препаратов, а также об иных фактах и обстоятельствах,

представляющих угрозу жизни или здоровью человека при применении лекарственных препаратов и выявленных на всех этапах обращения лекарственных препаратов, сообщаемой медицинской организацией в уполномоченный федеральный орган исполнительной власти

всего передано сообщений \_\_\_\_\_;  
в том, числе:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Корректирующие мероприятия:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Заключение:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Приложения:

- 1) Копии сообщений о выявлении побочных действиях, нежелательных реакциях, серьезных нежелательных реакциях, непредвиденных нежелательных реакциях при применении лекарственных препаратов, об индивидуальной непереносимости, отсутствии эффективности лекарственных препаратов, а также об иных фактах и обстоятельствах, представляющих угрозу жизни или здоровью человека при применении лекарственных препаратов и выявленных на всех этапах обращения лекарственных препаратов на \_\_\_\_\_ л.
- 2) Копии сообщений о выявлении побочных действий, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия, о нежелательных реакциях при его применении, об особенностях взаимодействия медицинских изделий между собой, о фактах и об обстоятельствах, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации медицинских изделий

Комиссия по качеству и безопасности  
медицинской деятельности:

\_\_\_\_\_

(Фамилия И.О.)

\_\_\_\_\_

(подпись)

\_\_\_\_\_

(Фамилия И.О.)

\_\_\_\_\_

(подпись)

\_\_\_\_\_

(Фамилия И.О.)

\_\_\_\_\_

(подпись)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ года

к приказу ГБУЗ СК  
«Краевой центр СПИД»  
от 11.01.2021г. № 01-04/ОД/2

**СВОДНЫЙ ОТЧЕТ**  
**о состоянии внутреннего контроля качества и безопасности**  
**медицинской деятельности в ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД»**  
за \_\_\_\_ полугодие 202\_\_ года.

В \_\_\_\_ полугодии 202\_\_ года в ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД» проведены:

1. Плановые проверки – XX, в т.ч.:

№ п/п	Фактический срок проведения	Предмет проверки	Заключение по результату проверки	Мероприятия по устранению выявленных нарушений и улучшению	Сведения о ходе реализации мероприятий
1.					
2.					

2. Внеплановые проверки – XX, в т.ч.:

№ п/п	Фактический срок проведения	Основания для проведения проверки	Предмет проверки	Заключение по результату проверки	Мероприятия по устранению выявленных нарушений и улучшению	Сведения о ходе реализации мероприятий
1.						
2.						

3. Мониторинг наличия лекарственных препаратов

---



---



---

Мероприятия по устранению выявленных нарушений:

---



---



---

4. Мониторинг наличия медицинских изделий:

---



---



---

Мероприятия по устранению выявленных нарушений:



\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Анализ информации обо всех случаях выявления побочных действий, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия, о нежелательных реакциях при его применении, об особенностях взаимодействия медицинских изделий между собой, о фактах и об обстоятельствах, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации медицинских изделий, сообщаемой медицинской организацией в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения.

Направлено сообщений \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Корректирующие мероприятия:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. Анализ информации о побочных действиях, нежелательных реакциях, серьезных нежелательных реакциях, непредвиденных нежелательных реакциях при применении лекарственных препаратов, об индивидуальной непереносимости, отсутствии эффективности лекарственных препаратов, а также об иных фактах и обстоятельствах, представляющих угрозу жизни или здоровью человека при применении лекарственных препаратов и выявленных на всех этапах обращения лекарственных препаратов, сообщаемой медицинской организацией в уполномоченный федеральный орган исполнительной власти.

Направлено сообщений \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Корректирующие мероприятия:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. Проведено совещаний \_\_\_\_\_ конференций \_\_\_\_\_ (в том числе клинко-анатомических \_\_\_\_\_), клинических разборов \_\_\_\_\_ иных организационные мероприятия \_\_\_\_\_ по вопросам внутреннего контроля.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Рекомендован перечень корректирующих мер:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Комиссия по качеству и безопасности  
медицинской деятельности:

\_\_\_\_\_

(Фамилия И.О.)

\_\_\_\_\_

(подпись)

\_\_\_\_\_

(Фамилия И.О.)

\_\_\_\_\_

(подпись)

\_\_\_\_\_

(Фамилия И.О.)

(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Фамилия И.О.)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Фамилия И.О.)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Фамилия И.О.)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

« \_ » \_\_\_\_\_ 202\_ года

к приказу ГБУЗ СК  
«Краевой центр СПИД»  
от 11.01.2021 г. № 01-04/ОД/2

Журнал учета объемов и результатов контроля качества медицинской деятельности  
(заведующего отделением)

№ п/п	Дата проведения проверки	Ф.И.О. врача	Ф.И.О. больного, шифр
1	2	3	4

Оценка соответствия стандартам качества							ОКМП	УКЛ	
Медицинская документация	Оформление результатов первичного осмотра	Диагностические мероприятия	Клинический диагноз	Диспансерное наблюдение	Лечебно-профилактические мероприятия	Назначение лекарственных препаратов	Эффективность АРВТ		
5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

к приказу ГБУЗ СК  
«Краевой центр СПИД»  
от 11.01.2021 г. № 01-04/ОД/2

**Контрольный лист экспертной оценки  
качества и безопасности медпомощи**

1 Ф. И. О. лечащего врача \_\_\_\_\_

2 Ф. И. О. пациента \_\_\_\_\_ № карты \_\_\_\_\_

3 Дата рождения пациента \_\_\_\_\_

4 Шифр МКБ \_\_\_\_\_

5 Клинический диагноз \_\_\_\_\_

6 Сопутствующий (клинически значимый) диагноз \_\_\_\_\_

Показатель (полнота, своевременность, обоснованность)	Оценка зав.отделением	Оценка зам.гл.врача по мед.части	Примечание
Описание жалоб и анамнеза			
Объективный осмотр			
Диагностические мероприятия по основному и сопутствующему (клинически значимого) заболеваниям			
Оформление диагноза основного и сопутствующего (клинически значимого) заболевания			
Лечебно-профилактические мероприятия, медицинская реабилитация, критерии диспансерного наблюдения			
Сроки оказания медицинской помощи			
Оформление медицинской документации			
Оценка эффективности АРВТ			
ОКМП			

В полном объеме 1,0

Незначительные отклонения/дефекты, не влияющие на исход и тяжесть заболевания 0,5

Отклонения/дефекты, негативно влияющие на исход и тяжесть заболевания 0

Оценку проводили:

Зав. отделением:

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (дата)

\_\_\_\_\_ (Ф. И. О.)

Зам. главного врача по мед. части:

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (дата)

\_\_\_\_\_ (Ф. И. О.)



Приложение 10

к приказу ГБУЗ СК  
«Краевой центр СПИД»  
от 11.01.2021 г. № 01-04/ОД/2

Отчет по результатам анализа случаев экспертизы качества медицинской помощи 2 и 3 уровня.  
(заместитель главного врача по медицинской части, председатель врачебной комиссии)

Период	Кол-во экспертиз	Кол-во дефектов	Средняя ОКМП	Структура дефекта (%)			
				Анамнеза и диагностических процедур	Диагноза, соответствия МКБ-10	Лечебных мероприятий	Достигнутого результата
I квартал							
II квартал							
III квартал							
IV квартал							
По итогам года							

\_\_\_\_\_  
Зам. главного врача по медицинской части