

Положение
о системе внутреннего контроля качества ведения и оформления первичной
медицинской документации в стоматологической поликлинике ФГБОУ ВО ВГМУ
им Н.Н. Бурденко Минздрава России

1. Общие положения

1.1. Настоящее положение о системе внутреннего контроля качества ведения и оформления первичной медицинской документации (далее – Положение) устанавливает организационные и методические принципы внутреннего контроля качества ведения и оформления первичной медицинской документации в стоматологической поликлинике ФГБОУ ВО ВГМУ им Н.Н. Бурденко Минздрава России (далее – стоматологическая поликлиника ВГМУ им Н.Н. Бурденко).

1.2. Настоящее Положение разработано в соответствии со следующими нормативно-правовыми актами и методическими рекомендациями:

- Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

- приказом Минздрава России от 07.06.2019 № 381н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности»;

- приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 05.05.2012 № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации»;

- приказом Минздрава России от 10.05.2017 N203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»;

- методическими рекомендациями «Учет, оценка и анализ клинико-экспертной деятельности лечебно-профилактических учреждений», утвержденными Минздравом России от 20.12.2002 № 2510/224-03-34;

- «Методическими рекомендациями по ведению медицинской документации в медицинских организациях Воронежской области», утвержденными 11.11.2013 департаментом здравоохранения Воронежской области совместно с ТФОМС по Воронежской области.

1.3. **Медицинская документация** – документы на бумажном носителе, в форме электронного документа или на ином носителе, предназначенные для регистрации медицинскими работниками данных профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных, санитарно-гигиенических и иных мероприятий, осуществляемых в отношении пациента при оказании медицинской помощи, проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз, включая результаты медицинских исследований, а также для обобщения и анализа результатов указанных мероприятий.

Внутренний контроль качества ведения первичной медицинской документации осуществляется в целях:

- оценки своевременности оказания медицинской помощи, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата,

- оценки полноты отражения в первичной медицинской документации всех этапов оказания медицинской помощи,

- предотвращения дефектов оказания медицинской помощи и повышения качества оказываемой медицинской помощи.

1.4. В процессе достижения цели при осуществлении внутреннего контроля качества ведения и оформления первичной медицинской документации решаются следующие задачи:

1. изучение соответствия оказываемой медицинской помощи состоянию здоровья пациента, установленным порядкам оказания медицинской помощи, стандартам медицинской помощи, клиническим рекомендациям, разрешенным медицинским технологиям;
2. оценка качества оказанной пациенту медицинской помощи в соответствии с утвержденными критериями оценки качества медицинской помощи;
3. выявление случаев отсутствия в первичной медицинской документации результатов обследований, осмотров, консультаций специалистов, дневниковых записей, позволяющих оценить динамику состояния здоровья пациента, объём, характер, условия предоставления медицинской помощи и провести оценку качества оказанной медицинской помощи;
4. выявление случаев отсутствия в первичной документации информированного добровольного согласия гражданина на медицинское вмешательство или отказа от медицинского вмешательства и (или) письменного согласия на лечение, в установленных законодательством Российской Федерации случаях;
5. выявление признаков искажения сведений, представленных в медицинской документации (дописки, исправления, "вклейки", искажение сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания);
6. выявление и анализ причин дефектов, нарушений и других факторов, оказавших негативное воздействие и повлекших за собой снижение качества и эффективности медицинской помощи;
7. подготовка рекомендаций, способствующих повышению качества ведения и оформления первичной медицинской документации, направленных на предупреждение дефектов и нарушений в работе;
8. принятие управленческих решений;
9. контроль реализации управленческих решений.

2. Субъекты и объекты внутреннего контроля качества ведения и оформления первичной медицинской документации

2.1. Субъектами внутреннего контроля качества ведения и оформления первичной медицинской документации являются заведующие отделениями и заместитель главного врача по медицинской части в стоматологической поликлинике ВГМУ им Н.Н. Бурденко, врачебная комиссия, действующие в соответствии с нормативными правовыми актами, регламентирующими данный вид работы.

2.2. Объектами внутреннего контроля качества ведения и оформления первичной медицинской документации являются соблюдение порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи, клинических рекомендаций.

3. Организация внутреннего контроля качества ведения и оформления первичной медицинской документации

3.1. Внутренний контроль качества ведения и оформления первичной медицинской документации в стоматологической поликлинике ВГМУ им Н.Н. Бурденко организуется на трех уровнях.

3.2. Заведующие отделением (структурным подразделением) осуществляет внутренний контроль на первой ступени в соответствии с настоящим Положением и должностной инструкцией. Каждый случай экспертной оценки в стоматологической

поликлинике заносится в «Журнал экспертной оценки качества медицинской помощи амбулаторного больного», данный журнал заполняется в электронном виде, при этом заполненные листы журнала распечатываются, страницы нумеруются, прошиваются, подписываются заведующим отделением и скрепляются печатью учреждения ежемесячно.

Заведующий подразделением проводит экспертизу не менее 60 законченных случаев в месяц.

Ежемесячно заведующими отделениями выявленные недостатки в оказании медицинской помощи анализируются, докладывают заместителю главного врача для принятия управленческого решения, обсуждаются на производственных совещаниях в подразделениях.

3.3. Заместитель главного врача по медицинской части осуществляют внутренний контроль качества ведения и оформления первичной медицинской документации на второй ступени контроля в соответствии с настоящим Положением и должностной инструкцией, проводит экспертизу не менее 30 законченных случаев в месяц с заполнением «Журнала оценки качества медицинской помощи амбулаторного больного» и «Журнала учета актов контроля качества медицинской помощи». Журналы могут вестись в электронном виде. При заполнении журнала в электронном виде, форма журнала не меняется, при этом заполненные листы журнала распечатываются, страницы нумеруются, прошиваются, подписываются заместителем главного врача по медицинской части и скрепляются печатью учреждения ежемесячно.

3.4. Комиссия по внутреннему контролю и врачебная комиссия поликлиники (подкомиссия) в процессе взаимодействия осуществляет внутренний контроль качества ведения и оформления первичной медицинской документации на третьей ступени.

3.5. Врачи специалисты, отвечающие за экспертизу временной нетрудоспособности и контроля качества, выполняют внутренний контроль качества ведения и оформления первичной медицинской документации в пределах своей компетенции в соответствии с локальными нормативными актами, регламентирующими деятельность указанных отделов, и должностными обязанностями.

4. Методика проведения внутреннего контроля качества ведения и оформления первичной медицинской документации в стоматологической поликлинике ВГМУ им. Н.Н. Бурденко.

4.1. Методом является внутренний контроль случаев оказания медицинской помощи с количественной оценкой выявленных случаев нарушений по отдельным врачам, группам заболеваний, отделениям, больнице в целом с указанием выявленных дефектов при:

- постановке диагноза;
- проведении диагностических мероприятий;
- назначении лечебных мероприятий;
- оценке конечного результата при оказании медицинской помощи;
- оформлении первичной медицинской документации;
- проведении медицинских экспертиз и медицинских освидетельствований.

4.2. При оценке постановки диагноза учитывается:

- своевременность постановки клинического диагноза;
- соответствие установленного диагноза общепринятой клинической классификации с указанием стадии заболевания, характера течения, имеющихся функциональных нарушений;
- соответствие установленного диагноза клинико-диагностическим данным.

4.3. При оценке проведения диагностических мероприятий учитывается:

- соответствие назначенных и проведенных диагностических мероприятий состоянию

здоровья пациента, порядкам оказания медицинской помощи, стандартам медицинской помощи, клиническим рекомендациям и критериям оценки качества медицинской помощи;

- обоснованность назначения и проведения диагностических мероприятий, не входящих в стандарты, клинические рекомендации;
- своевременность проведения диагностических исследований.

4.4. При оценке назначения лечебных мероприятий (лекарственной терапии, физиотерапевтического и т.д.) учитывается:

- назначение лечебных мероприятий в соответствии с состоянием здоровья пациента, стандартами, клиническими рекомендациями при лечении основного заболевания, его осложнений, а также сопутствующего заболевания в случае, если оно является неблагоприятным фоном для течения основного заболевания или влияет на развитие осложнений;
- своевременность назначения лечебных мероприятий, при необходимости – своевременная их коррекция;
- наличие в записях лечащего врача оценки эффективности проводимых мероприятий;
- наличие в записях врача наименования лекарственного препарата в соответствии с МНН, с указанием дозы, способа и кратности введения, даты отмены.

4.5. При оценке конечного результата оказания медицинской помощи учитывается:

- динамика клинической симптоматики;
- достоверность и адекватность оценки лечащим врачом клинического и трудового прогноза;
- влияние несвоевременно установленного диагноза и не проведенных необходимых лечебно-диагностических мероприятий на исход заболевания.

4.6. При оценке соответствия оказанной медицинской помощи порядкам оказания медицинской помощи учитывается:

- наличие материально-технической базы, кадрового потенциала, позволяющего оказать медицинскую помощь в соответствии с соответствующим порядком;
- соответствие (несоответствие) оказанной медицинской помощи установленному Порядку с указанием конкретных дефектов (несвоевременность, отсутствие регламентированных консультаций специалистов, обследований, несоблюдение этапности и т.д.).

4.7. Проводится оценка адекватности, примененной разрешенной медицинской технологии, правильности выбранной методики при проведении оперативного вмешательства, анестезиологического пособия.

4.8. Проводится оценка соблюдения прав пациента, регламентированных действующими нормативными документами (информированное добровольное согласие, конфиденциальность информации и т.д.).

4.9. Главным врачом по результатам служебных аналитических отчетов принимаются управленческие решения.

4.10. Контроль реализации управленческого решения возлагается на заместителя главного врача по медицинской части или остается за главным врачом.

4.11. На всех уровнях контроля в первую очередь осуществляется обязательный внутренний контроль следующих случаев:

- случаи летальных исходов;
- случаи развития внутрибольничных инфекций;
- случаи с расхождением диагнозов;
- случаи с длительной или стойкой утратой трудоспособности;
- запущенные случаи онкологических заболеваний и туберкулеза;
- случаи ятрогений;
- случаи, сопровождающиеся обращениями (жалобами) пациентов или их законных

представителей по вопросам оказания медицинской помощи;

- иные нормативно определенные случаи.

4.12. Прочие случаи оказания медицинской помощи должны иметь одинаковую возможность быть подвергнутыми оценке, что обеспечивается использованием статистического метода случайной выборки.

4.13. При наличии по данным внутреннего контроля на первой ступени негативных тенденций на втором и третьем уровне контроля возможно проведение целевых проверок (по отдельным нозологическим единицам, врачам, отделениям и т.д.).

Принято решением ученого совета ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России (Протокол № 5 от 28.11.2019).