



**ПРАВИТЕЛЬСТВО СЕВАСТОПОЛЯ**  
**ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА СЕВАСТОПОЛЯ**  
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Севастополя  
«Стоматологическая поликлиника № 1»  
299011, г. Севастополь, ул. Бутакова, д. 40, телефон/факс: 8 (8692) 55-00-23  
e-mail: [kz.ssp1@gmail.com](mailto:kz.ssp1@gmail.com)

---

УТВЕРЖДАЮ  
приказом по ГБУЗС  
«Стомполиклиника №1»  
от 10 марта 2016 г. № 45-О

Главный врач  
профессор, д.м.н.

\_\_\_\_\_ В.Ю. Никольский

**ПОЛОЖЕНИЕ**  
**о внутреннем контроле качества и безопасности**  
**медицинской деятельности**  
**ГБУЗС «Стомполиклиника №1»**

Положение о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности ГБУЗС «Стомполиклиника №1» (далее по тексту – Положение) разработано в соответствии с:

- Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Федеральным законом от 07 февраля 1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителей»;
- постановлением Правительства РФ от 16 апреля 2012 г. № 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»)»;
- постановлением Правительства РФ от 04 ноября 2012 г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»;
- приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 05 мая 2008 г. № 502н «Об утверждении Порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации»;
- приказом Министерства здравоохранения РФ от 22 января 2001 г. № 12 «О введении в действие отраслевого стандарта «Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении».

**1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

- 1.1. Положение устанавливает порядок организации и проведения внутреннего контроля за соответствием качества выполняемых медицинских работ (услуг) установленным тре-

бованиям (стандартам) и безопасностью медицинской помощи, оказываемой гражданам, а также управления качеством медицинской помощи в ГБУЗС «Стомполиклиника №1» (далее – Учреждение).

- 1.2. Целью внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (далее – контроля качества медицинской помощи) является обеспечение в Учреждении прав граждан на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества, в соответствии с утверждёнными стандартами медицинской помощи, установленными требованиями к оказанию медицинской помощи, а так же требованиями, обычно предъявляемыми к медицинской помощи в медицинской практике, с учетом современного уровня развития медицинской науки и медицинских технологий.
- 1.3. Задачами контроля качества медицинской помощи в Учреждении являются:
  - 1.3.1. проведение контроля качества медицинской помощи, оказанной конкретным пациентам;
  - 1.3.2. выявление дефектов медицинской помощи, установление причин их возникновения и степени их влияния на здоровье конкретных пациентов;
  - 1.3.3. регистрация результатов проведенного контроля качества медицинской помощи;
  - 1.3.4. оценка выводов о качестве медицинской помощи, сделанных на нижестоящих уровнях контроля;
  - 1.3.5. оценка оптимальности использования кадровых и материально-технических ресурсов;
  - 1.3.6. оценка организационных технологий оказания медицинской помощи;
  - 1.3.7. изучение удовлетворенности граждан оказанной медицинской помощью;
  - 1.3.8. анализ данных, полученных при проведении мониторинга показателей качества медицинской помощи;
  - 1.3.9. подготовка предложений для главного врача, направленных на устранение причин возникновения дефектов медицинской помощи, повышение качества и эффективности оказываемой медицинской помощи.
- 1.4. По итогам проведенного контроля качества медицинской помощи разрабатываются и реализуются мероприятия по управлению качеством медицинской помощи:
  - 1.4.1. принятие управленческих решений, направленных на устранение причин возникновения дефектов медицинской помощи, повышение качества и эффективности оказываемой медицинской помощи, совершенствование организационных технологий оказания медицинской помощи;
  - 1.4.2. планирование мероприятий, направленных на устранение причин возникновения дефектов медицинской помощи, повышение качества и эффективности оказываемой медицинской помощи, совершенствование организационных технологий оказания медицинской помощи;
  - 1.4.3. осуществление контроля за реализацией принятых управленческих решений или выполнением плана мероприятий.

## **2. ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЯ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

- 2.1. Контроль качества медицинской помощи осуществляется работниками, назначенными приказом главного врача, ответственными за проведение контроля качества медицинской помощи (далее - ответственными за проведение контроля).
- 2.2. Контроль качества медицинской помощи осуществляется на **трех** уровнях контроля:
  - 2.2.1. **первый уровень контроля** – заведующая лечебным отделением;
  - 2.2.2. **второй уровень контроля** – главный врач Учреждения;
  - 2.2.3. **третий уровень контроля** – врачебная комиссия Учреждения.
- 2.3. Контроль качества медицинской помощи не может проводиться ответственными за проведение контроля в случаях, когда медицинская помощь оказывалась самими ответственными за проведение контроля.
- 2.4. Ответственные за проведение контроля несут ответственность за объективность оценки качества оказанной медицинской помощи при проведении контроля качества медицинской помощи.

- 2.5. В необходимых случаях, по согласованию с главным врачом, для проведения контроля качества медицинской помощи могут привлекаться в качестве экспертов не состоящие в штате Учреждения медицинские работники соответствующей квалификации.
- 2.6. Контроль качества медицинской помощи проводится по случаям медицинской помощи (законченным или незаконченным), оказанной в Учреждении.
- 2.7. Контроль качества медицинской помощи проводится по медицинской документации (медицинской карте стоматологического больного и иной медицинской документации, содержащей информацию о медицинской помощи, оказанной в конкретном проверяемом случае).
- 2.8. В обязательном порядке контролю качества медицинской помощи подлежат следующие случаи:
- случаи, сопровождающиеся ятрогенными осложнениями, в том числе внутрибольничного инфицирования и нежелательных реакций на применение лекарственных препаратов;
  - случаи заболеваний со значительно (более 50 % от средних) удлиненными сроками лечения;
  - случаи затруднения постановки диагнозов;
  - случаи первичного выявления запущенных онкологических заболеваний;
  - случаи, сопровождавшиеся жалобами пациентов или их законных представителей на качество оказания медицинской помощи;
  - случаи, при проверках которых контролирующими органами и организациями (Департамент здравоохранения города Севастополя, Территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Республике Крым и городу Севастополю и др.) были выявлены дефекты медицинской помощи.
- 2.9. Случаи, подлежащие контролю качества медицинской помощи в обязательном порядке, отбираются для проверки и проверяются в первую очередь.
- Все прочие случаи оказания медицинской помощи должны иметь одинаковую возможность быть подвергнутыми проверке.
- В случае необходимости может быть проведена проверка совокупности случаев, отобранных по тематическому признаку.
- 2.10. Из случаев, подлежащих контролю качества медицинской помощи в обязательном порядке, врачебной комиссией рассматриваются:
- случаи, сопровождавшиеся жалобами пациентов или их законных представителей на качество оказания медицинской помощи;
  - случаи, сопровождающиеся ятрогенными осложнениями;
  - иные случаи, в соответствии с положением о деятельности врачебной комиссии.
- 2.11. Минимальный объем проведения контроля качества медицинской помощи, сверх случаев, подлежащих контролю в обязательном порядке, **не менее 30 случаев в месяц**.
- 2.12. Объемы работы Врачебной комиссии по проведению контроля качества медицинской помощи определяются функциями, возложенными на ВК действующими нормативными правовыми документами РФ, Департамента здравоохранения города Севастополя и распорядительными документами Учреждения.
- 2.13. В целях своевременного устранения причин дефектов медицинской помощи и обеспечения эффективной обратной связи с исполнителями медицинских услуг, проведение контроля качества медицинской помощи осуществляется **не реже, чем 1 раз в неделю**.
- 2.14. Проведение контроля качества медицинской помощи конкретному пациенту предусматривает оценку ее соответствия стандартам медицинской помощи, порядку оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям (протоколам лечения), зарегистрированным медицинским технологиям, установленным или обычно предъявляемым в медицинской практике требованиям к проведению диагностических, лечебных, реабилитационных, профилактических мероприятий, проведению медицинской экспертизы, оформлению медицинской документации, с учетом современного уровня

развития медицинской науки, медицинских технологий и клинических особенностей каждого конкретного случая оказания медицинской помощи.

- 2.15. При проведении контроля качества медицинской помощи ответственные за проведение контроля руководствуются: стандартами медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения), другими нормативными правовыми документами, формулярными статьями и другими источниками доказательной медицинской практики.
- 2.16. Контроль качества медицинской помощи проводится по методике экспертной оценки конкретного случая оказания медицинской помощи, заключающейся в проведении последовательной оценки каждой составляющей конкретного случая оказания медицинской помощи, с учетом его клинических особенностей:
- сбор жалоб и анамнеза;
  - проведение диагностических мероприятий;
  - оформление диагноза;
  - проведение лечебных мероприятий;
  - проведение профилактических мероприятий;
  - проведение медицинской экспертизы;
  - оформление медицинской документации.
- 2.17. При проведении контроля качества медицинской помощи используются следующие критерии качества медицинской помощи:
- 2.17.1. Критерий своевременности оказания медицинской помощи – отражает своевременность оказанной медицинской помощи объективным потребностям конкретного пациента.
- 2.17.2. Критерий объемов оказания медицинской помощи – отражает соответствие объемов оказанной медицинской помощи объективным потребностям конкретного пациента.
- 2.17.3. Критерий преемственности оказания медицинской помощи – отражает соблюдение преемственности при оказании медицинской помощи структурными подразделениями, отделениями, медицинскими работниками Учреждения.
- 2.17.4. Критерий соблюдения медицинских технологий – отражает соблюдение врачами Учреждения зарегистрированных медицинских технологий при их назначении и непосредственно в процессе оказания медицинской помощи.
- 2.17.5. Критерий безопасности оказания медицинской помощи – отражает оптимальность выбора медицинских технологий при оказании медицинской помощи, с учетом минимизации риска их применения для конкретного пациента, принятие, в случае необходимости, адекватных мер профилактики ятрогенных осложнений, а также соблюдение в отделениях правил хранения и применения лекарственных препаратов и расходных материалов.
- 2.17.6. Критерий эффективности оказания медицинской помощи – отражает достижение целевых результатов оказания медицинской помощи конкретному пациенту.
- 2.18. Критерии качества медицинской помощи используются ответственными за проведение контроля при оценке каждой составляющей конкретного случая оказания медицинской помощи:

Составляющие случая оказания медицинской помощи	Критерии оценки	Варианты оценки
Сбор жалоб и анамнеза	Критерий объемов	- в полном объеме; - не в полном объеме; - отсутствуют
Диагностические мероприятия	Критерий своевременности	- своевременно; - несвоевременно
	Критерий объемов	- в полном объеме; - не в полном объеме;

		- отсутствуют
	Критерий соблюдения медицинских технологий	- назначены оптимально; - назначены не оптимально; - соблюдались; - не соблюдались
	Критерий безопасности	- риск минимизирован; - риск не минимизирован
	Критерий эффективности	- целевой результат достигнут; - целевой результат не достигнут
	Критерий преемственности	- соблюдалась; - не соблюдалась
Оформление диагноза	Критерий своевременности	- своевременно; - несвоевременно
	Критерий объемов	- в полном объеме; - не в полном объеме; - отсутствуют
Лечебные мероприятия	Критерий своевременности	- своевременно; - несвоевременно
	Критерий объемов	- в полном объеме; - не в полном объеме; - отсутствуют
	Критерий соблюдения медицинских технологий	- назначены оптимально; - назначены не оптимально; - соблюдались; - не соблюдались
	Критерий безопасности	- риск минимизирован; - риск не минимизирован
	Критерий эффективности	- целевой результат достигнут; - целевой результат не достигнут
	Критерий преемственности	- соблюдалась; - не соблюдалась
Профилактические мероприятия	Критерий своевременности	- своевременно; - несвоевременно
	Критерий объемов	- в полном объеме; - не в полном объеме; - отсутствуют
	Критерий соблюдения медицинских технологий	- назначены оптимально; - назначены не оптимально; - соблюдались; - не соблюдались
	Критерий безопасности	- риск минимизирован; - риск не минимизирован
	Критерий эффективности	- целевой результат достигнут; - целевой результат не достигнут
Медицинская экспертиза; медицинское освидетельствование	Критерий своевременности	- своевременно; - несвоевременно
	Критерий объемов	- в полном объеме; - не в полном объеме; - отсутствуют
	Критерий эффективности	- целевой результат достигнут; - целевой результат не достигнут
Оформление медицинской документации	Критерий объемов	- в полном объеме; - не в полном объеме; - отсутствует

2.19. Результаты проверки каждого случая оказания медицинской помощи регистрируются в Журнале контроля качества медицинской помощи (приложение №1 данного Положения). Журнал контроля качества медицинской помощи ведется каждым ответственным за проведение контроля на 1 и 2 уровнях контроля, отдельно по каждому структурному подразделению Учреждения.

Учет результатов контроля качества медицинской помощи, проведенного ВК, осуществляется в соответствии с действующими нормативными правовыми документами Российской Федерации, Департамента здравоохранения города Севастополя и распорядительными документами Учреждения.

2.20. По результатам проверки каждого случая оказания медицинской помощи ответственные за проведение контроля кратко формулируют в Журналах контроля качества медицинской помощи дефекты медицинской помощи, выявленные по каждой составляющей случая оказания медицинской помощи, а также итоговое заключение о качестве медицинской помощи в каждом конкретном проверенном случае оказания медицинской помощи:

- качественно оказанная медицинская помощь;
- качественно оказанная медицинская помощь, сопровождавшаяся единичными дефектами медицинской помощи, которые не привели и не могли привести к ухудшению состояния здоровья пациента или его смерти;
- некачественно оказанная медицинская помощь.

Перечень дефектов медицинской помощи приводится в классификаторе дефектов медицинской помощи изложен в приложении №3 данного Положения ).

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

2.22. Ответственными за проведение контроля по результатам контроля качества медицинской помощи немедленно принимаются меры по недопущению повторения выявленных дефектов медицинской помощи в случаях, если принятие вышеназванных мер находится в пределах их полномочий. В иных случаях предложения доводятся до главного врача.

2.23. Журналы контроля качества медицинской помощи хранятся в Учреждении (в структурном подразделении Учреждения) 3 года с момента окончания его заполнения.

2.24. В случаях, требующих проведения детальной экспертной оценки (например, в случаях ятрогенных осложнений, жалоб пациентов и других), результаты проведенного контроля качества медицинской помощи оформляются на отдельном листе, с регистрацией в Журнале контроля качества медицинской помощи.

### **3. ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ОТЧЁТОВ ПРОВЕДЁННОГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

3.1. Отчет результатов проведенного контроля качества медицинской помощи осуществляется ежемесячно, по итогам прошедшего года на каждом уровне контроля качества медицинской помощи по каждому структурному подразделению Учреждения и по Учреждению в целом.

3.2. Отчеты о проведенном контроле качества медицинской помощи содержат следующие сведения (Форма отчета приложение №1):

3.2.1. Отчетный период.

3.2.2. Объемы проведенного контроля качества медицинской помощи:

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

- 3.2.3. Результаты проведенного контроля качества медицинской помощи:
- количество случаев качественно оказанной медицинской помощи;
  - количество случаев качественно оказанной медицинской помощи, сопровождавшихся единичными дефектами медицинской помощи;
  - количество случаев некачественно оказанной медицинской помощи (в абсолютных цифрах и в % от количества проверенных случаев) - общее и в разрезе проверенных отделений (подразделений, должностей и Ф.И.О. медицинских работников);
  - количество выявленных дефектов медицинской помощи по их видам (структура дефектов): дефекты сбора жалоб или анамнеза; дефекты диагностических мероприятий; дефекты оформления диагноза; дефекты лечебных мероприятий; дефекты профилактических мероприятий; дефекты медицинской экспертизы или медицинского освидетельствования; дефекты оформления медицинской документации;
- 3.2.4. Краткие сведения о мерах, принятых ответственным за проведение контроля по итогам проведенного контроля качества медицинской помощи.
- 3.2.5. Предложения по итогам проведенного контроля качества медицинской помощи для руководителя организации здравоохранения.
- 3.2.6. Ф.И.О., должность, подпись ответственного за проведение контроля.
- 3.3. Отчеты о проведенном контроле качества медицинской помощи по структурным подразделениям (поликлиникам) Учреждения доводятся заведующими поликлиниками до заместителем главного врача по медицинской части до главного врача ежемесячно, не позднее 05 числа следующего за отчетным. Отчеты о проведенном контроле качества медицинской помощи по Учреждению в целом доводятся заместителем главного врача по медицинской части до главного врача ежемесячно, не позднее 10 числа следующего за отчетным; до сведения медицинских работников Учреждения – не реже, чем 1 раз в квартал.
- 3.4. Отчеты о проведенном контроле качества медицинской помощи хранятся в Учреждении у заместителя главного врача по медицинской части 3 года.
- 3.5. Сведения о результатах проведенного контроля качества медицинской помощи предоставляются заместителем главного врача по медицинской части в контролирующие органы в установленном порядке.

#### **4. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

- 4.1. По результатам проведенного контроля качества медицинской помощи в Учреждении планируются и реализуются мероприятия, направленные на устранение причин, вызвавших возникновение дефектов медицинской помощи, на повышение качества и эффективности оказываемой медицинской помощи:
- 4.1.1. организационные мероприятия – проведение совещаний, конференций, инструктажей, издание приказов, инструкций, регламентов, совершенствование организационных технологий оказания медицинской помощи и другие;
- 4.1.2. образовательные мероприятия – проведение клинических разборов, направление медицинских работников на повышение квалификации (в том числе внеплановое), научно-практические конференции, обеспечение медицинских работников современной медицинской литературой и другие;
- 4.1.3. дисциплинарные мероприятия - принятие дисциплинарных взысканий в соответствии с Трудовым кодексом РФ и должностными инструкциями работников;
- 4.1.4. экономические мероприятия - применение материальных взысканий;
- 4.1.5. мероприятия по совершенствованию материально-технической базы, информатизации Учреждения;
- 4.1.6. мероприятия по совершенствованию укомплектованности Учреждения медицинскими работниками.
- 4.2. Контроль реализации принятых управленческих решений по вопросам управления качеством медицинской помощи обеспечивается главным врачом.
- 4.3. В целях обеспечения динамического контроля результатов деятельности Учреждения рассчитываются и анализируются показатели для проведения мониторинга качества

медицинской помощи, отражающие объемы, доступность, качество и эффективность оказываемой медицинской помощи (далее по тексту – Мониторинг).

- 4.4. Мониторинг проводится ежеквартально заместителем главного врача по медицинской части. При проведении мониторинга учитываются утверждённые в Учреждении показатели качества медицинской помощи. Результаты анализа мониторинга показателей качества медицинской помощи доводятся до главного врача заместителем главного врача по медицинской части ежеквартально.
  - 4.5. По результатам анализа мониторинга показателей качества медицинской помощи, при отклонении показателей от целевых значений или при выявлении отрицательной динамики показателей в Учреждении разрабатываются и проводятся мероприятия, направленные на устранение причин, вызвавших снижение качества, доступности или эффективности оказываемой медицинской помощи.
  - 4.6. Контроль обеспечения Учреждением внутреннего контроля качества медицинской помощи осуществляется в пределах имеющихся полномочий Департаментом здравоохранения города Севастополя и Территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по Республике Крым и городу Севастополю.
-



## ОТЧЕТ

**о результатах проведенного контроля качества медицинской помощи  
в ГБУЗС «Стомполиклиника №1» за \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.**

Наименование подразделения \_\_\_\_\_

Наименование отделения \_\_\_\_\_

Ф.И.О., должность ответственного за проведение контроля качества \_\_\_\_\_

### 1. Объемы проведенного контроля качества:

Наименование показателя	Количество	В %
Количество законченных случаев		
Количество проверенных случаев		
Количество проверенных случаев, из числа подлежащих контролю в обязательном порядке		(% от числа случаев, подлежащих контролю в обязательном порядке)
Объем проведенного контроля качества медицинской помощи		(% от установленных минимальных объемов)

### 2. Результаты проведенного контроля качества медицинской помощи:

Наименование показателя	Количество	В %
Количество проверенных случаев		
Количество случаев качественно оказанной медицинской помощи		
Количество случаев качественно оказанной медицинской помощи, сопровождавшихся единичными дефектами медицинской помощи		
Количество случаев некачественно оказанной медицинской помощи		(%от количества проверенных случаев)
Количество выявленных дефектов по видам (структура дефектов):		
Дефекты сбора жалоб или анамнеза		
Дефекты диагностических мероприятий		
Дефекты оформления диагноза		
Дефекты лечебных мероприятий		
Дефекты профилактических мероприятий		
Дефекты медицинской экспертизы или медицинского освидетельствования		
Дефекты оформления медицинской документации		



## ПОКАЗАТЕЛИ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ МОНИТОРИНГА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ГБУЗС «СТОМПОЛИКЛИНИКА №1»

№ п/п	Наименование показателя
1.	<b>Результаты контроля качества медицинской помощи</b>
1.1.	Количество законченных случаев медицинской помощи
1.2.	Количество случаев медицинской помощи, проверенных при проведении контроля качества медицинской помощи
1.3.	Количество выявленных случаев медицинской помощи, не соответствующих требованиям (стандартам)
1.4.	Причины несоответствия случаев оказания медицинской помощи стандартам:
1.4.1.	Действия (или бездействие) медицинского работника, непосредственно оказывавшего медицинскую помощь
1.4.2.	Действия (или бездействие) пациента
1.4.3.	Причины не связаны с действиями (или бездействием) медицинского работника, непосредственно оказывавшего медицинскую помощь или с действиями (или бездействием) пациента
2.	<b>Показатели качества стоматологической помощи:</b>
2.1.	Число УЕТ, в расчете на 1 врача в рабочую смену
2.2.	Охват санацией полости рта первичных больных, в %
2.3.	Коэффициент отношения количества вылеченных зубов к количеству удаленных зубов
2.4.	Удельный вес случаев с применением рентгенодиагностики при лечении осложненного кариеса, в % от общего количества случаев осложненного кариеса
2.5.	Удельный вес ятрогенных осложнений, возникших при оказании медицинской помощи:
2.5.1.	Число случаев внутрибольничных инфекций, в расчете на 1000 пациентов
2.5.2.	Удельный вес случаев с осложнениями, возникшими во время или после оперативного вмешательства, в % от общего числа случаев, сопровождающихся оперативными вмешательствами

## **ПЕРЕЧЕНЬ ДЕФЕКТОВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

1. Дефекты, ограничивающие доступность медицинской помощи
  - 1.1. Необоснованный отказ пациенту в оказании медицинской помощи, предусмотренной территориальной программой ОМС, не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания
  - 1.2. Необоснованный отказ пациенту в оказании медицинской помощи, предусмотренной территориальной программой ОМС, повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания
  - 1.3. Необоснованный отказ пациенту в замене лечащего врача (в т.ч. выбор медицинской организации) по заявлению застрахованного
  - 1.4. Взимание платы с застрахованного (в рамках ДМС или в виде оказания платных услуг) за предоставленную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой ОМС, как представленную, так и не представленную к оплате страховщику по "счету-фактуре"
  - 1.5. Приобретение пациентом лекарственных средств и изделий медицинского назначения, необходимых для лечения в период пребывания в стационаре по назначению врача, включенных в "Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств" или в "Формуляр лечения стационарного больного", согласованного и утвержденного в установленном порядке
  - 1.6. Нарушение права застрахованного в медицинском учреждении на:
    - добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство (в том числе информирование о диагнозе, возможном риске, последствиях и результатах лечения);
    - отказ от медицинского вмешательства;
    - получение копий медицинской документации;
    - допуск адвоката и священнослужителя
2. Дефекты процесса оказания медицинской помощи
  - 2.1. Нарушение этики и деонтологии медицинскими работниками
  - 2.2. Ненадлежащее и несвоевременное выполнение или невыполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств, повлекшее ухудшение состояния здоровья пациента, инвалидизацию, летальный исход, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания
  - 2.3. Невыполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств, приведшее к ухудшению состояния здоровья пациента, инвалидизации, летальному исходу, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания
  - 2.4. Ненадлежащее, несвоевременное выполнение или невыполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, опе-

ративных вмешательств, в том числе приведшее к удлинению сроков лечения в амбулаторно-поликлинических условиях или в стационаре

2.5. Ненадлежащее, несвоевременное выполнение или невыполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в стационаре, амбулаторно-поликлинических условиях (в том числе в условиях дневного стационара)

2.6. Выполнение сверх стандартов медицинской помощи и неоправданных с клинической точки зрения исследований и вмешательств, приведшее к удлинению сроков лечения, удорожанию стоимости лечения

2.7. Выполнение неоправданных с клинической точки зрения исследований и вмешательств, приведшее к ухудшению состояния пациента, осложнениям течения заболевания, удорожанию стоимости лечения, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания.

2.8. Преждевременное с клинической точки зрения прекращение лечения при недостижении клинического эффекта и/или утяжелении течения заболевания (кроме документально оформленных случаев прекращения лечения по инициативе пациента)

2.9. Возникшие в период лечения больного в медицинском учреждении травмы, ожоги, внутрибольничные инфекции и другие состояния, расцениваемые как ятрогения

2.10. Повторное обоснованное обращение пациента за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение 10 дней со дня завершения амбулаторного лечения и 30 дней со дня завершения лечения в стационаре вследствие недостижения результата предыдущего лечения, подтвержденное проведенной целевой или плановой экспертизой

2.11. Повторное посещение врача одной и той же специальности в один день

2.12. Нарушение преемственности в лечении, приведшее к удлинению сроков лечения и (или) ухудшению состояния здоровья пациента

2.13. Госпитализация без медицинских показаний (необоснованная госпитализация) пациента, медицинская помощь которому могла быть оказана в полном объеме в амбулаторно-поликлинических условиях или в дневном стационаре; должна или могла быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация)

2.14. Необоснованное удлинение сроков лечения (увеличение количества услуг, посещений, койко-дней, пациенто-дней), не связанное с проведением диагностических, лечебных мероприятий, оперативных вмешательств, в том числе и по организационным причинам

3. Дефекты оформления документации в медицинской организации

3.1. Отсутствие первичной медицинской документации без уважительных причин

3.2. Дефекты оформления первичной медицинской документации, приведшие к невозможности оценить динамику состояния пациента, объем и характер медицинской помощи

3.3. Несоответствие данных реестра застрахованных и данных первичной медицинской документации, выявленные при проведении целевой (плановой) экспертизы

4. Дефекты оформления учетных статистических форм отчетности

4.1. Включение в счет-фактуру и реестр застрахованных фактически невыполненных: посещений, койко-дней, пациенто-дней (не подтвержденных первичной медицинской документацией)

4.2. Включение в счет-фактуру и реестр застрахованных одного страхового случая, услуги два и более раз (дублирование), а также включение медицинской помощи, оказанной пациенту: - в поликлинике, в период его пребывания в круглосуточном или в дневном стационаре; - в дневном стационаре, в период его пребывания в круглосуточном стационаре

4.3. Включение в счет-фактуру и реестр застрахованных видов медицинской помощи, не входящих в территориальную программу ОМС

4.4. Включение в счет-фактуру и реестр застрахованных медицинской помощи при отсутствии или окончании срока действия лицензии на данный(ые) вид(ы)

4.5. Включение в счет-фактуру и реестр застрахованных видов медицинской деятельности, не согласованных в установленном порядке

4.6. Включение в счет-фактуру и реестр застрахованных категорий граждан, не подлежащих страхованию по ОМС на территории Российской Федерации

4.7. Включение в счет-фактуру и реестр застрахованных оказанной медицинской помощи по тарифам, не соответствующим утвержденным

5. Прочие дефекты организации ККМП

5.1. Неполное или неверное заполнение полей идентификации пациента

5.2. Неправильно указана СМО

5.3. Диагноз не соответствует полу, возрасту пациента. Возраст пациента не соответствует профилю оказанной медицинской помощи

5.4. Диагноз не соответствует профилю оказанной медицинской помощи.