

**Приказ Министерства здравоохранения Оренбургской области  
от 5 февраля 2008 г. N 128  
"Об организации работы по контролю качества оказания медицинской помощи"**

В соответствии с Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22.07.1993 г. N 5487-1; Федеральным Законом от 02.05.2006 г. N 59-ФЗ "О порядке рассмотрения обращений граждан РФ"; Постановлением Правительства РФ от 13.01.1996 г. N 27 "Об утверждении правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями"; приказами Минздравсоцразвития РФ от 14.03.2007 г. N 170 "Об организации деятельности врачебной комиссии медицинской организации", от 31.12.2006 г. N 905 "Об утверждении административного регламента федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по исполнению государственной функции по осуществлению контроля за соблюдением стандартов качества медицинской помощи", от 31.12.2006 г. N 900 "Об утверждении административного регламента федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по осуществлению контроля за порядком производства медицинской экспертизы"; приказами Минздрава области от 19.02.2007 г. N 191; от 16.10.2007 г. N 1236; от 12.03.2007 г. N 288; от 26.04.2007 г. N 563; от 17.07.2007 г. N 908; от 22.03.2007 г. N 389; от 03.04.2007 г. N 460; от 10.09.2007 г. N 1049; от 28.09.2007 г. N 1144, от 30.07.2007 г. N 950, в целях упорядочения системы контроля качества медицинской помощи в учреждениях здравоохранения Оренбургской области приказываю:

1. Утвердить основные направления работы по контролю качества оказания медицинской помощи в учреждениях области ([приложение N 1](#)).
2. Утвердить акт проверки лечебно-профилактических учреждений по организации контроля качества оказания медицинской помощи ([приложение N 2](#)).
3. Начальникам управлений здравоохранения городов, главным врачам областных, городских, центральных городских и центральных районных больниц при организации работы по контролю качества оказания медицинской помощи руководствоваться настоящим приказом.
4. Начальникам: отдела контроля качества оказания медицинской помощи, отдела стандартизации медицинской деятельности, отдела лечебно-профилактической помощи взрослому населению, отдела лечебно-профилактической помощи женщинам и детям при осуществлении контрольных проверок по контролю качества оказания медицинской помощи руководствоваться настоящим приказом.
5. Начальнику отдела контроля качества оказания медицинской помощи:
  - 5.1. привлекать для проведения проверок специалистов ([приложение N 3](#)) в соответствии с профилем проверяемого учреждения;
  - 5.2. представлять на заседание комиссии по контролю качества министерства здравоохранения области, созданной в соответствии с приказом Минздрава области от 30.07.2007 г. N 950, результаты проверок лечебно-профилактических учреждений по организации контроля качества оказания медицинской помощи.
6. Приказ ГУЗО от 27.07.1999 г. N 408 "О совершенствовании ведомственного контроля качества медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях Оренбургской области", приказ МЗ ОО от 16.10.2007 г. N 1236 "О внесении дополнения в приказ МЗ ОО от 19.02.2007 г." считать утратившим силу.
7. Контроль над исполнением приказа возложить на первого заместителя министра - Аверьянова В.Н.

Министр

Н.Н.Комаров

**Приложение N 1  
к [приказу](#) Министерства здравоохранения  
Оренбургской области  
от 2 февраля 2008 г. N 128**

**Основные направления работы по контролю качества оказания  
медицинской помощи в учреждениях области**

**Введение**

Управление качеством - руководство деятельностью юридических и физических лиц по обеспечению качества медицинской помощи.

Управление качеством медицинского обслуживания, в том числе оценка деятельности органов и учреждений здравоохранения осуществляется с целью обеспечения максимальной эффективности использования ресурсов здравоохранения в интересах охраны и укрепления здоровья населения.

Управление качеством медицинской помощи, включая оценку деятельности лечебно-профилактических учреждений осуществляется администрацией лечебно-профилактических учреждений, министерством здравоохранения области, Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития.

Объектом управления является деятельность лечебно-профилактических учреждений (организаций), оказывающих медицинскую помощь населению.

В рамках системы организации контроля над качеством оказания медицинской помощи определены следующие направления деятельности:

1. Меры, направленные на повышение качества оказания медицинской помощи:

- определение дефектов в оказании медицинской помощи и механизмов реализации моральной, административной, экономической и юридической ответственности медицинских работников;
- соблюдение требований к допуску на осуществление медицинской и фармацевтической деятельности (государственная система лицензирования, добровольная система сертификации);
- стандартизация медицинской деятельности, установление индикаторов качества деятельности медицинских работников и учреждения в целом, обеспечение исполнения программы государственных гарантий в сфере здравоохранения;

- осуществление взаимодействия с государственными институтами защиты прав пациентов.

2. Меры, направленные на устранение выявленных дефектов в оказании медицинской помощи:

- мониторинг дефектов оказания медицинской помощи;
- установление мер ответственности за некачественное оказание медицинской помощи;
- страхование профессиональной ответственности;
- усиление контроля над работой с обращениями граждан;
- установление регламента взаимодействия пациента и врача, повышение профессиональной ответственности как основного пути для досудебного разрешения спора о качестве медицинской помощи.

В настоящее время организация контроля качества выполняется на недостаточном профессиональном уровне, из-за чего, нередко, теряется явная и понятная цель деятельности учреждения по этому направлению.

В данном документе указаны основные направления работы по организации контроля качества оказания медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях:

1. требования к подготовке кадров;

2. организация многоуровневой экспертизы качества медицинской помощи; организация работы Совета по качеству, как главного органа управления по качеству оказания медицинской помощи в учреждении (организации);

3. организация работы по стандартам медицинской помощи;

4. оценка деятельности медицинского персонала по индикаторам качества;

5. организация и контроль качества оказания платных медицинских услуг в учреждении;

6. организация работы лечебно-контрольной комиссии (ЛКК);

7. работа с обращениями граждан;

8. организация работы врачебной комиссии.

### **Схема организации работы по качеству оказания медицинской помощи**

Совет по качеству							
Экспертиза II уровня (с учетом стандартов и протоколов) Экспертиза I уровня	Анализ индикаторов качества	Подготовка кадров	Анализ внедрения утвержденных стандартов медицинской помощи	Качество оказания платных услуг	ЛКК	Работа с обращениями граждан	Врачебная комиссия

По каждому направлению работы в учреждении должны быть приказом определены ответственные лица, положения, планы, отчеты и анализ работы по итогам года.

## **Раздел 1. Требования к подготовке кадров**

Подготовка кадров в учреждениях (организациях) должна вестись планомерно под постоянным контролем руководителя и других лиц, уполномоченных по данному разделу работы. По подготовке врачебного и сестринского персонала необходимо иметь: ежегодный план по обучению, утвержденный руководителем учреждения; сводную таблицу по кадрам с указанием даты последнего обучения и даты планируемой учебы по специальности.

При подготовке специалистов необходимо руководствоваться приказами Минздравсоцразвития РФ: по врачебному персоналу - от 27.08.1999 г. N 337 (в редакции от 20.08.2007 г. N 553) "О номенклатуре специальностей в учреждениях здравоохранения Российской Федерации"; по среднему медицинскому персоналу - от 19.08.1997 г. N 249 (в ред. Приказов Минздрава РФ от 19.01.1999 N 18, от 06.02.2001 N 33, от 14.05.2003 N 197) "О номенклатуре специальностей среднего медицинского и фармацевтического персонала"; от 05.06.1998 г. N 186 (в ред. Приказом Минздрава РФ от 04.04.2003 N 143, от 26.05.2003 N 222, от 05.08.2003 N 332) "О повышении квалификации специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием".

Уполномоченный приказом главного врача по качеству лечения (заместитель главного врача), а также должностные лица, осуществляющие экспертизу второго уровня должны иметь первичную подготовку "Организации здравоохранения и общественное здоровье" или по клинической специальности и усовершенствование по экспертизе (контроль) качества медицинской помощи в объеме 72 часа.

Кроме того, каждое государственное и муниципальное учреждение должно иметь лицензию и сертификат соответствия по контролю качества медицинской помощи (приказ Минздравсоцразвития от 10.05.2007 г. N 323; приказ Минздрава ОО от 19.07.2007 г. N 918).

**Отчет:** количество врачей и среднего медицинского персонала, прошедших специализацию и усовершенствование в течении года, коэффициент специализации, сертификации, усовершенствования. Анализ по сотрудникам, не имеющим подготовки (причины).

## **Раздел 2. Организация многоуровневой экспертизы качества медицинской помощи. Организация работы Совета по качеству**

Экспертная работа по контролю качества оказания медицинской помощи организуется в каждом ЛПУ на 3 уровнях: зав. отделением, заместители руководителя учреждения, Совет по качеству.

Допускается возложение обязанностей по проведению экспертиз первичной медицинской документации законченных случаев на специалистов, имеющих первую или высшую квалификационную категорию и подготовку по экспертизе (контроль) качества медицинской помощи.

### **1) I уровень (клинико-консультативный)**

Заведующий отделением осуществляет:

- контроль за деятельностью лечащих врачей;
- контроль за своевременным повышением квалификации врачей;
- экспертную оценку качества медицинской помощи, лечебно-диагностического процесса на различных сроках лечения и ведения первичной медицинской документации;
- ежемесячный анализ результатов лечения пациентов, причин и сроков временной нетрудоспособности, первичного выхода на инвалидность, а также дефектов в оказании медицинской помощи.

Ежемесячному анализу подлежат следующие случаи:

- случаи острых заболеваний с удлинёнными или укороченными сроками лечения (отклонение от стандартов более 20%);
- случаи повторной обращаемости с острым заболеванием в течении # 1 - 3-х месяцев;
- случаи направления из стационара дневного пребывания в круглосуточный стационар;
- случаи первичного выхода на инвалидность;
- случаи диагностических ошибок;
- случаи внутрибольничного инфицирования и осложнений;
- случаи расхождения поликлинических и клинических, клинических и патологоанатомических диагнозов;

- случаи смерти лиц трудоспособного возраста;
- все острые нарушения мозгового кровообращения, острые инфаркты миокарда, онкозапущенность и тубзапущенность;
- все случаи отсутствия консультаций в условиях стационарного лечения заведующих отделениями на 10 и 20 день лечения;
- случаи сопровождающиеся жалобами пациентов и их родственников.

В течение месяца заведующий подразделением проводит экспертизу не менее 50% законченных случаев.

## **2) II уровень (организационный)**

Заместители главного врача по: медицинской части, ЭВН, амбулаторно-поликлинической работе, хирургической работе) осуществляют:

- экспертную оценку качества медицинской помощи и лечебно-диагностического процесса по законченным случаям не менее 30 амбулаторных карт, историй болезни (листов вызовов - по СМП) в квартал с учетом утвержденных стандартов медицинской помощи;
- контроль за своевременным повышением квалификации зав. отделениями, врачебного и среднего медицинского персонала (ответственные - заместители главного врача по: медицинской части, хирургической работе, амбулаторно-поликлинической работе);
- организацию врачебных конференций (ответственный - заместитель главного врача по медицинской части);
- ежемесячный анализ результатов лечения пациентов по профилям;
- анализ жалоб и обращений граждан (ответственные - заместитель главного врача по ЭВН и юрист);
- ежеквартальный анализ результатов проводимых анкетных опросов пациентов (ответственные - заместитель главного врача по организационно-методической работе);
- анализ отчетных данных деятельности структурных подразделений для предоставления в Совет по качеству;
- подготовка заключительного акта контроля качества ежеквартально и по итогам года (ответственные - заместитель главного врача по ЭВН).

В соответствии с приказом Минздрава области от 19.02.2007 г. N 191 "О внедрении программы по контролю над выполнением стандартов медицинской помощи в ЛПУ области" в учреждениях должна быть внедрена программа для внутренней экспертной оценки выполнения стандартов медицинской помощи (АРМ врача-эксперта).

## **3) III уровень (управленческий)**

Совет по качеству (далее - Совет).

# **Положение о Совете по качеству**

## **1. Общие положения**

1.1. Совет создается в соответствии с приказом главного врача.

1.2. Совет организуется для коллегиального обсуждения и принятия решения по вопросам качества лечебно-диагностического процесса, внедрения и выполнения стандартов медицинской помощи, оценки индикаторов качества и выполнения объемов работы подразделений и ЛПУ в целом, разбора случаев обращения граждан.

1.3. Совет создается на функциональной основе, проводит свои заседания ежеквартально по итогам работы за прошедший квартал в соответствии с представленной информацией.

1.4. Совет возглавляется руководителем учреждения (организации), заместитель главного врача по экспертизе временной нетрудоспособности является заместителем председателя Совета. Членами Совета - заместители главного врача, главная медицинская сестра, юрист, секретарем - один из членов комиссии. В состав Совета по качеству могут входить заведующие отделениями и диагностических служб.

1.5. Решение Совета принимается большинством голосов при наличии кворума (более 50% членов) Совета и оформляется протоколом, который подписывается председателем и секретарем Совета.

1.6. На время отсутствия членов Совета, право участия в его заседаниях предоставляется лицам, на которых возложено исполнение обязанностей отсутствующего работника.

## **2. Функции Совета по качеству**

Совет по качеству оценивает и анализирует по подразделениям и учреждению в целом:

2.1. Уровень качества медицинской помощи и лечебно-диагностического процесса.

2.2. Выполнение стандартов медицинской помощи.

*Нумерация пунктов приводится в соответствии с источником*

2.2. Индикаторы качества работы.

2.3. Выполнение объемов работы.

2.4. Уровень санитарного состояния подразделений.

2.5. Исполнение трудовой дисциплины сотрудниками.

2.6. Внедрение новых технологий и методик диагностики и лечения.

2.7. Наличие осложнений, в том числе возникающие по вине медработника.

2.8. Своевременность повышения квалификации, коэффициенты квалификации и сертификации.

2.9. Причины невыполнения внедренных стандартов.

2.10. Разрабатывает управленческие решения.

2.11. Осуществляет контроль за реализацией управленческих решений.

**Отчет:** заключительного акта контроля, анализ управленческих решений.

#### **4) IV уровень - Министерство здравоохранения Оренбургской области**

Функции:

- осуществление контроля за соответствием качества оказываемой медицинской помощи установленным федеральным стандартам в сфере здравоохранения (за исключением контроля качества высокотехнологичной медицинской помощи, а также медицинской помощи, оказываемой в федеральных организациях здравоохранения);

- установление медико-экономических стандартов в соответствии с федеральными стандартами медицинской помощи;

- установления региональных стандартов медицинской помощи на уровне не ниже федеральных стандартов медицинской помощи, установленных федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, и осуществление контроля за их соблюдением.

#### **5) V уровень - Управление Росздравнадзора по Оренбургской области**

Контроль за соблюдением стандартов медицинской помощи осуществляется Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития. В осуществлении контроля за соблюдением стандартов медицинской помощи на конкретной территории также участвуют соответствующие органы государственной власти субъектов Российской Федерации и органы местного самоуправления.

При осуществлении контроля за соблюдением стандартов медицинской помощи в организациях, оказывающих медицинскую помощь, проверяется следующее:

1) организация медицинской помощи в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 13.10.2005 N 633 "Об организации медицинской помощи" (в соответствии с письмом Минюста России от 27.10.2005 N 01/8234-ВЯ не нуждается в регистрации);

2) порядок организации оказания первичной медико-санитарной помощи в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 29.07.2005 N 487 "Об утверждении порядка организации оказания первичной медико-санитарной помощи" (зарегистрирован в Минюсте России 30.08.2005, N 6954);

3) порядок оказания скорой медицинской помощи в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 01.11.2004 N 179 "Об утверждении порядка оказания скорой медицинской помощи" (зарегистрирован в Минюсте России 23.11.2004, N 6136);

4) организация специализированной медицинской помощи в соответствии с видами и стандартами, устанавливаемыми Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации;

5) организация медико-социальной помощи гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, в соответствии с видами и объемом, устанавливаемыми Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации;

6) организация медико-социальной помощи гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, в соответствии с Программой государственных гарантий

оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, утверждаемой Правительством Российской Федерации;

7) порядок организации медицинской помощи лицам, отбывающим наказание в местах лишения свободы и заключенным под стражу в соответствии с совместным Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17.10.2005 N 640 и Министерства юстиции Российской Федерации от 17.10.2005 N 190 "О порядке организации медицинской помощи лицам, отбывающим наказание в местах лишения свободы и заключенным под стражу" (зарегистрирован в Минюсте России 01.11.2005, N 7133);

8) порядок оказания медицинской помощи отдельным категориям граждан в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 01.04.2005 N 249 "Об организации внеочередного оказания медицинской помощи отдельным категориям граждан" (зарегистрирован в Минюсте России 26.04.2005, N 6555);

9) соблюдение порядка оказания высокотехнологичных видов медицинской помощи за счет средств федерального бюджета в федеральных специализированных медицинских учреждениях;

10) соблюдение порядка оказания санаторно-курортной помощи.

### Раздел 3. Организация работы по стандартам медицинской помощи

#### *О стандартах медицинской помощи больным см. справку*

Согласно ст. 5 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22.07.1993 г. N 5487-1 (в редакции от 29.12.2006 N 258-ФЗ) стандарты медицинской помощи разрабатываются и утверждаются Министерством здравоохранения и социального развития РФ. На территории области устанавливаются региональные стандарты медицинской помощи на уровне не ниже стандартов медицинской помощи, установленных федеральным органом исполнительной власти (статья 6 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан).

Стандарты медицинской помощи, рекомендуемые для работы Минздравом области, каждым учреждением (организацией) рассматриваются на рабочей группе по стандартизации (см. ниже) и утверждаются приказом главного врача, при этом они должны быть дополнены указанными ниже разделами.

Код услуги	наименование	Частота предоставл-я	Среднее коли-во	Сроки выполнения	Особые указания
А 09.05.023	Исследование уровня глюкозы в крови	1	2	При первом обращении (утро, вечер)	
А 09.05.020	Исследование уровня креатинина в крови	1	1	При первом обращении	На базе лаборатории ЦРБ
В 04.025.02	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-нефролога	0,05	1	При наличии показаний	Направить в ОКБ
А 25.22.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях внутренней секреции	1	12	Оценка и при необходимости коррекция при каждом посещении эндокринолога	На базе ЦРБ, при необходимости направить в ОКБ

Допускается разработка временных стандартов организаций по тем заболеваниям, на которые отсутствуют федеральные или региональные стандарты. Единые стандарты позволяют использовать их всеми пользователями стандартов (медицинскими организациями, органами управления здравоохранения, системой обязательного и добровольного страхования, научными и учебными кафедрами, юристами, общественными организациями). Стандарты ориентируют врача в перечне необходимых услуг и лекарств при определенной патологии, если он их не назначает, он должен

обосновать свой отказ. Наоборот, назначая лекарственное средство сверх обозначенного в стандарте, необходимо обосновать и коллегиально подтвердить правильность своего выбора. Очевидно, что стандарты медицинской помощи не могут регламентировать помощь конкретному пациенту: в них отсутствуют показания и противопоказания, побочные действия, ограничения применения медицинских технологий. Эту задачу решают протоколы ведения больных.

Протокол ведения больного - это нормативный документ системы стандартизации, определяющий требования медицинской помощи больному при определенном заболевании, с определенным синдромом или при определенной клинической ситуации.

Протоколы разрабатываются в соответствии с Национальным стандартом Российской Федерации "Протоколы ведения больных. Общие положения." ГОСТ Р 52600-2006, утвержденном Федеральным агентством по техническому регулированию и метрологии от 05.12.2006 г. N 288-ст.

Раздел "Требования протокола", включает в себя следующие подразделы:

- модель пациента;
- критерии и признаки, определяющие модель пациента;
- перечень медицинских услуг основного и дополнительного ассортимента в зависимости от условий оказания и функционального назначения медицинской помощи;
- характеристику алгоритмов и особенностей применения медицинских услуг при данной модели пациента;
- перечень групп лекарственных средств основного и дополнительного ассортимента;
- характеристику алгоритмов и особенностей лекарственных средств при данной модели пациента;
- требования к режиму труда, отдыха, лечения или реабилитации при данной модели пациента;
- требования к диетическим назначениям и ограничениям;
- особенности информированного добровольного согласия пациента при выполнении протокола ведения больных и дополнительную информацию для пациента и членов его семьи;
- возможные исходы для данной модели пациента.

Модель пациента регламентирует совокупность клинических или ситуационных характеристик на основе оптимизации выбора переменных (осложнение, фаза, стадия заболевания) с учетом наибольшего их влияния на выбор медицинских технологий. Используют одну из трех моделей пациента:

- нозологическую;
- синдромальную;
- ситуационную.

Нозологическая модель пациента представляет собой совокупность клинических, лабораторных и инструментальных диагностических признаков, позволяющих идентифицировать заболевание (отравление, травму, физиологическое состояние) и отнести его к группе состояний с общей этиологией и патогенезом, клиническими проявлениями, общими подходами к лечению и коррекции состояния; включает в себя стадию, фазу заболевания и возможность определенных осложнений. В нозологической модели указывают также шифр нозологии в соответствии с Международной классификацией болезней, травм и состояний, влияющих на здоровье 10-го пересмотра (МКБ-10) [1].

Обязательная составляющая модели	Описание составляющей
	Нозологическая форма Стадия заболевания Фаза заболевания Осложнения Код по МКБ-10 [1]

Обязательная составляющая модели	Описание составляющей
	Синдром Стадия синдрома Фаза синдрома Осложнения

Для одного заболевания может быть несколько стадий (фаз) и осложнений. Каждую комбинацию стадий (фаз) и осложнений выделяют в отдельную модель пациента, если медицинская помощь в рамках конкретной модели пациента отличается по набору медицинских технологий от других моделей пациентов.

Синдромальная модель пациента представляет собой совокупность клинических, лабораторных и инструментальных диагностических признаков, позволяющих идентифицировать синдром и отнести его к группе состояний, являющихся следствием заболевания, и определяется совокупностью клинических, лабораторных, инструментальных диагностических признаков, позволяющих идентифицировать данный синдром и отнести его к группе состояний с различной этиологией, но общим патогенезом, клиническими проявлениями, общими подходами к лечению. В основе синдромальной модели пациента лежит конкретный синдром, его стадия, фаза и осложнения.

Для одного синдрома может быть несколько стадий (фаз) и осложнений. Каждую комбинацию стадий (фаз) и осложнений выделяют в отдельную модель пациента, если медицинская помощь в рамках данной модели пациента отличается по набору медицинских технологий от других моделей.

Обязательная составляющая модели	Наименование
Клиническая ситуация Группа заболеваний согласно МКБ-10 [1] Профиль подразделения, медицинской организации Функциональное назначение подразделения, медицинской организации	

Ситуационная модель пациента подразумевает регламентацию медицинской помощи в случаях, которые нельзя отнести к конкретной нозологии или синдрому (например, профилактика отдельных состояний, функциональные нарушения, состояния после инвазивных вмешательств и др.), определяется группой заболеваний, профилем и функциональным назначением подразделения или медицинской организации в целом.

Стадии заболеваний (синдромов) формулируют в ходе разработки протоколов с обязательным описанием признаков (критериев) стадий.

Фаза заболевания (синдрома) определяет активность лечебной тактики. При формировании нозологической и синдромальной моделей пациентов выделяют фазы хронических заболеваний (обострение, ремиссия, рецидив, прогрессирующее и стабильное течение) и фазы заболеваний (острое состояние, стабилизация процесса, разрешение, остаточные явления). Перечень фаз заболеваний (синдромов) может быть дополнен разработчиками в ходе работы над протоколом.

К осложнениям заболевания относятся:

- присоединение к заболеванию синдрома или нарушения физиологического процесса;
- нарушение целостности органа или его стенки;
- кровотечение;
- развившаяся острая или хроническая недостаточность функции органа или системы органов.

Переход от одного заболевания к другому не является осложнением и должен обозначаться как исход в соответствующем разделе протокола. Присоединение нового заболевания, спровоцированного имеющейся болезнью, в отдельных случаях рассматривается как осложнение.

Разрабатываемые модели пациента формируются с учетом значительных различий в наборе диагностических и лечебных технологий, необходимых для ведения пациентов в рамках различных моделей пациента, и не должны повторять существующие классификации болезней.

Перечни медицинских услуг составляют отдельно для этапов профилактики, диагностики заболевания, лечения и реабилитации. В этом же подразделе приводят перечень медицинских услуг, связанных с уходом за пациентом на всех этапах оказания медицинской помощи, вспомогательных процедур. В диагностический пункт протокола вносятся те услуги, которые используются собственно для диагностики, а в лечебный, реабилитационный и профилактический пункты - диагностические услуги для контроля за ходом лечения (реабилитации, профилактики) и собственно лечебные технологии. При составлении перечней медицинских услуг для каждой модели пациента указывают условия оказания медицинских услуг, и их функциональное назначение. Для одной модели пациента может быть



несколько сочетаний условий и функциональных назначений медицинских услуг. Основной перечень условий оказания медицинских услуг при необходимости уточняется разработчиками (например, амбулаторно-поликлинические условия оказания медицинских услуг, стационар одного дня).

В рамках конкретной модели пациента для каждого этапа медицинской помощи (профилактика, диагностика, лечение, реабилитация) указывают минимально необходимые условия оказания медицинской помощи. Например, если разработчик для проведения диагностики определил условия оказания как стационарные, проводить диагностику в амбулаторных условиях не следует. И наоборот, если объем диагностики в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях одинаков, в модели пациента указывают только амбулаторно-поликлинические условия оказания медицинской помощи.

Код	Наименование медицинской услуги	Частота предоставления	Кратность выполнения

При формировании перечней медицинских услуг указывают:

- в графах "Код" и "Наименование медицинской услуги" - медицинские услуги и их коды согласно "Номенклатуре работ и услуг в здравоохранении";

- в графе "Частота предоставления" - частота предоставления медицинской услуги в группе пациентов, подлежащих ведению по данной модели пациента, что отражает вероятность выполнения медицинской услуги и принимает значение от 0 до 1. Частота предоставления медицинской услуги 1 означает, что всем пациентам необходимо оказать данную медицинскую услугу, менее 1 - означает, что медицинскую услугу оказывают не всем пациентам, а лишь при наличии показаний;

- в графе "Кратность выполнения" - среднее (в группе из 100 пациентов) число медицинских услуг в случае их назначения.

Каждой модели пациента соответствуют следующие перечни медицинских услуг двух уровней:

- основной перечень - минимальный набор медицинских услуг, оказываемых пациенту независимо от особенностей течения заболевания (указывают частоту предоставления 1);

- дополнительный (рекомендуемый) перечень - перечень медицинских услуг, выполнение которых обусловлено особенностями течения заболевания (указывают частоту предоставления менее 1).

Перечни групп лекарственных средств составляют отдельно для этапов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации в зависимости от условий оказания медицинской помощи. Лекарственные средства, используемые на разных этапах оказания медицинской помощи, указываются отдельно в соответствующих разделах.

Фармакотерапевтическая группа	АТХ подгруппа	Непатентованное наименование	Частота назначения	Ориентировочная дневная доза (ОДД)	Эквивалентная курсовая доза (ЭКД)
Наименование фармакотерапевтической группы					
	Наименование АТХ подгруппы				
		Наименование лекарства			

При формировании перечней лекарственных средств указывают:

- наименование фармакотерапевтической группы в соответствии с фармакотерапевтической классификацией лекарственных средств;

- наименование анатомо-терапевтической химической (АТХ) подгруппы в соответствии с анатомо-терапевтической химической классификацией. В составе одной фармакотерапевтической группы может быть представлено несколько АТХ подгрупп;

- в графе "Непатентованное наименование" - международное непатентованное наименование или заменяющее его наименование лекарственного средства, утвержденное в установленном порядке.

В составе одной АТХ подгруппы может быть представлено несколько наименований лекарственных средств;

- в графе "Частота назначения": против графы "Наименование фармакотерапевтической группы" - частота назначения фармакотерапевтической группы; против графы "Наименование АТХ подгруппы" - частота назначения АТХ подгруппы внутри фармакотерапевтической группы; против графы "Непатентованное наименование" - частота назначения непатентованного наименования лекарственного средства внутри АТХ подгруппы.

Частота назначения отражает вероятность использования фармакотерапевтической группы, АТХ подгруппы или непатентованного наименования лекарственного средства и может быть от 0 до 1. Частота назначения 1 для фармакотерапевтической группы означает, что всем пациентам необходимо использовать данную фармакотерапевтическую группу. Частота назначения 1 для АТХ подгруппы означает, что АТХ подгруппа в составе фармакотерапевтической группы назначается всем больным с данной патологией. Частота назначения 1 для непатентованного наименования лекарственного средства означает, что в составе АТХ подгруппы данное лекарственное средство будет использоваться у всех больных. Частота назначения менее 1 для фармакотерапевтической группы, АТХ подгруппы, непатентованного наименования лекарственного средства означает, что их необходимо использовать не у всех пациентов, а только при наличии соответствующих показаний;

- в графе "Ориентировочная дневная доза" (ОДД) - против графы "Непатентованное наименование" - средняя суточная доза лекарственного средства;

- в графе "Эквивалентная курсовая доза" (ЭКД) - против графы "Непатентованное наименование" - доза лекарственного средства, равная числу дней назначения лекарственного средства, умноженному на ориентировочную дневную дозу.

Каждой модели пациента соответствуют следующие перечни групп лекарственных средств двух уровней:

- основной перечень - содержит минимальный набор групп лекарственных средств, назначаемых пациенту независимо от особенностей течения заболевания (указывают частоту предоставления 1);

- дополнительный (рекомендуемый) перечень - указывают группы лекарственных средств, назначение которых обусловлено особенностями течения заболевания (частота предоставления менее 1).

Нужно отметить, что в стандарты и протоколы входят только те лекарственные средства, которые имеют доказательства эффективности и безопасности (согласно шкале оценке доказательств):

**А** - доказательства убедительны: есть веские доказательства эффективности и безопасности вмешательств.

**В** - относительная убедительность доказательств: есть достаточно доказательств в пользу того, чтобы рекомендовать данное вмешательство к включению в стандарт.

**С** - достаточных доказательств нет: имеющихся доказательств недостаточно для внесения рекомендаций, но рекомендации о включении вмешательства в стандарт могут быть даны с учетом иных обстоятельств.

**Д** - достаточно отрицательных доказательств: имеется достаточно доказательств неэффективности или опасности, чтобы рекомендовать отказаться от внесения данного вмешательства в стандарт;

**Е** - веские отрицательные доказательства: имеются достаточно убедительные доказательства того, чтобы не вносить или исключить данное вмешательство из стандарта.

Допускается назначение лекарственных средств с учетом рекомендуемых стандартами (протоколами) фармакотерапевтических и АТХ групп, вошедших в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, изделий медицинского назначения, указанных в территориальной программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации в Оренбургской области бесплатной медицинской помощи.

В подразделе "Характеристика алгоритмов и особенностей лекарственных средств при данной модели пациента" указывают краткие сведения о применяемых алгоритмах, основные синонимы, схемы и продолжительность терапии, особенности применения лекарственных средств в различных группах пациентов (дети, пожилые, беременные, кормящие и др.), правила дозирования, критерии эффективности, отмены или изменения дозы, преимущественные пути введения лекарственных средств, также приводят альтернативные схемы применения лекарственных средств.

В подразделе "Требования к режиму труда, отдыха, лечения или реабилитации при данной модели пациента" указывают рекомендации по ограничению физических нагрузок или характеристику дополнительных нагрузок, изменения в образе жизни пациента, которые могут существенным образом отразиться на течении заболевания и должны быть рекомендованы пациенту.

В подразделе "Требования к диетическим назначениям и ограничениям" приводят требования к диетическим назначениям и ограничениям в виде ссылок на утвержденные в установленном порядке

диеты или описания соответствующих диетических назначений.

Необходимо создать в каждом лечебно-профилактическом учреждении рабочую группу по стандартизации. Рабочая группа по стандартизации организуется для коллективного обсуждения и решения вопросов по обеспечению высокого уровня медицинского обслуживания населения в соответствии с утвержденными федеральными и региональными стандартами медицинской помощи, а также для разработки стандартов медицинской помощи организации. Председателем рабочей группы назначается заместитель главного врача по медицинской части. Членами рабочей группы - заместители главного врача по медицинскому обслуживанию населения, по амбулаторно-поликлинической службе, экспертизе временной нетрудоспособности, заведующие отделениями и параклиническими службами и др., секретарем - один из членов комиссии. Председатель рабочей группы осуществляет общее руководство, утверждает план заседаний, руководит проведением заседаний, выносит предложения с учетом результатов заседаний на обсуждение Совета по качеству. Члены рабочей группы участвуют в обсуждении, вносят свои предложения по улучшению и совершенствованию работы отделений и служб медицинской организации с учетом требований стандартов, участвуют в разработке стандартов организации по профилю своей работы.

Основными задачами рабочей группы по стандартизации являются:

- обсуждение вопросов по качеству оказания медицинской помощи с учетом утвержденных стандартов медицинской помощи;
- адаптация рекомендуемых стандартов к условиям работы учреждения (организации);
- разработка и обсуждение стандартов организации;
- разработка мероприятий по повышению качества оказания медицинской помощи с учетом утвержденных стандартов.

Заседания рабочей группы должны проводиться ежеквартально с обсуждением результатов экспертиз выполнения стандартов медицинской помощи (уровень качества лечения - УКЛ) по каждому подразделению и по учреждению в целом за отчетный период, а также по мере необходимости при: поступлении федеральных или региональных стандартов, разработке стандартов организации. Заседания протоколируются в журнале Совета по качеству, листы которого нумеруются и прошиваются. Протоколы подписываются секретарем и председателем рабочей группы.

Экспертиза амбулаторных карт, историй болезни и карт вызовов (по СМП) проводится ежеквартально при втором уровне экспертизы (в объеме не менее 30 экспертиз) с использованием компьютерной программы, обслуживание которой проводится отделами автоматизации и информационных технологий, стандартизации Минздрава области.

Экспертиза процесса оказания медицинской помощи проводится по отдельным законченным в данном подразделении лечебно-диагностическим случаям. Все случаи оказания медицинской помощи должны иметь одинаковую возможность быть подвергнутыми экспертной оценке, что обеспечивается статистическим методом "случайной" выборки.

По обсуждаемым вопросам на заседаниях рабочей группы должны приниматься решения, с указанием (при необходимости) конкретных мероприятий и ответственных лиц.

При невозможности выполнения отдельных требований стандартов (протоколов) из-за отсутствия необходимых ресурсов, в учреждении должен быть разработан поэтапный план перехода к соблюдению требований стандарта.

**Отчет:** количество заседаний, количество внедренных стандартов, протоколов (стационар, поликлиника, отделение реабилитации), анализ причин невыполнения стандартов медицинской помощи.

#### **Раздел 4. Оценка деятельности медицинского персонала по индикаторам качества**

Индикаторы качества разработаны Минздравом ОО и утверждены приказом от 12.03.2007 г. N 288 "О введении в действие индикаторов качества работы начальников управлений здравоохранения городов, главных врачей городских больниц, ЦГБ, ЦРБ, медицинских работников первичного звена", в который внесены изменения и дополнения приказами МЗ ОО от 26.04.2007 г. N 563; от 17.07.2007 г. N 908; приказом от 22.03.2007 г. N 389 "О введении в действие индикаторов качества работы врачей-специалистов поликлиник городских, центральных городских, центральных районных больниц"; приказом от 03.04.2007 г. N 460 "О введении в действие индикаторов качества работы специализированных учреждений здравоохранения (диспансеров) фтизиатрической, психиатрической, наркологической, дерматовенерологической и онкологической служб области"; приказом от 10.09.2007 г. N 1049 "О введении в действие индикаторов качества работы главных врачей областных многопрофильных больниц". В учреждениях области должна работать программа по оценке деятельности специалистов, разработанная Минздрава области.

Результаты выполнения индикаторов качества по медицинскому персоналу и учреждению в целом выносятся на обсуждение Совета по качеству. Оценка деятельности специалиста проводится согласно приложениям вышеуказанных приказов с анализом работы в сравнении с аналогичным периодом. В случае отсутствия сотрудника на работе (отпуск, больничный лист) в течение отчетного месяца оценка показателей не проводится.

Необходимо приказом утвердить лиц, ответственных за работу по индикаторам качества, подачу информации на заседания Совета по качеству (ежеквартально) и в статистический отдел Минздрав области.

**Отчет:** анализ работы с учетом индикаторов качества по итогам полугодия и за год.

## **Раздел 5. Оказание платных медицинских услуг в учреждении**

*Об утверждении Типового положения по организации и порядку оказания платных медицинских и иных услуг населению в лечебно-профилактических учреждениях области см. приказ Министерства здравоохранения Оренбургской области от 5 июля 2007 г. N 868*

Платные медицинские услуги населению государственные и муниципальные медицинские учреждения оказывают по специальному разрешению Минздрава области. Оказание платных медицинских услуг не может осуществляться в ущерб гарантированному объему бесплатной медицинской помощи. В устав учреждения должно быть включено право на оказание платных медицинских услуг.

Платные медицинские услуги населению предоставляются медицинскими учреждениями в виде профилактической, лечебно-диагностической, реабилитационной, протезно-ортопедической и зубопротезной помощи. Платные медицинские услуги населению осуществляются медицинскими учреждениями в рамках договоров с гражданами или организациями на оказание медицинских услуг работникам и членам их семей.

Предоставление платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями осуществляется при наличии у них сертификата и лицензии на предоставляемый вид деятельности. Кроме того, учреждение должно иметь утвержденный перечень платных медицинских услуг с тарифами (составленный в соответствии с номенклатурой работ и услуг в здравоохранении), положение о порядке предоставления платных услуг, форму договора на оказание платных услуг.

Медицинские учреждения обязаны обеспечить соответствие предоставляемых платных медицинских услуг населению требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.

Потребители, пользующиеся платными медицинскими услугами, вправе требовать предоставления услуг надлежащего качества, сведений о наличии лицензии и сертификата соответствия, о расчете стоимости оказанной услуги.

В соответствии с законодательством Российской Федерации медицинские учреждения несут ответственность перед потребителем за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни потребителя.

Потребители, пользующиеся платными медицинскими услугами, вправе предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни, а также о компенсации за причинение морального вреда в соответствии с законодательством Российской Федерации и настоящими Правилами.

При несоблюдении медицинским учреждением обязательств по срокам исполнения услуг потребитель вправе по своему выбору:

- назначить новый срок оказания услуги;
- потребовать уменьшения стоимости предоставленной услуги;
- потребовать исполнения услуги другим специалистом;
- расторгнуть договор и потребовать возмещения убытков.

Нарушение установленных договором сроков исполнения услуг должно сопровождаться выплатой потребителю неустойки в порядке и размере, определяемых Законом Российской Федерации "О защите прав потребителей" или договором.

По соглашению (договору) сторон указанная неустойка может быть выплачена за счет уменьшения стоимости предоставленной медицинской услуги, предоставления потребителю дополнительных услуг без оплаты, возврата части ранее внесенного аванса.

Претензии и споры, возникшие между потребителем и медицинским учреждением, разрешаются по соглашению сторон или в судебном порядке в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Медицинское учреждение освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение платной медицинской услуги, если докажет, что неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

За нарушения законодательных актов по оказанию платных медицинских услуг медицинское учреждение в установленном порядке может быть лишено лицензии, сертификата соответствия, права предоставления населению платных медицинских услуг.

Государственные и муниципальные медицинские учреждения, предоставляющие населению платные медицинские услуги, обязаны вести статистический и бухгалтерский учет и отчетность раздельно по основной деятельности и платным медицинским услугам.

Все вопросы некачественного оказания платных медицинских услуг выносятся на обсуждение Совета по качеству.

Контроль за организацией и качеством выполнения платных медицинских услуг населению, а также правильностью взимания платы с населения осуществляют в пределах своей компетенции министерством здравоохранения области и другие государственные органы и организации, на которые в соответствии с законами и иными правовыми актами Российской Федерации возложена проверка деятельности медицинских учреждений.

**Отчет:** общий объем финансирования по платным услугам, количество и анализ жалоб пациентов на некачественное оказание медицинской помощи по платным медицинским услугам.

## **Раздел 6. Лечебно-контрольная комиссия. Положение о лечебно-контрольной комиссии**

Лечебно-контрольная комиссия (ЛКК) организуется в каждой больнице для осуществления систематического контроля за качеством лечебно-диагностического процесса и утверждается приказом главного врача учреждения. В зависимости от мощности учреждения и его профиля создается одна или несколько комиссий (для стационара и поликлиники). Председателем комиссии назначается главный врач, заместителем председателя - заместитель главного врача по профилю, секретарем комиссии - один из врачей больницы. Членами комиссии назначаются заведующие отделениями, сотрудники кафедр и клиник, наиболее опытные врачи, врачи-патологоанатомы.

Грубые нарушения по результатам работы ЛКК выносятся на Совет по качеству для принятия управленческих решений.

### **Цели работы комиссии**

Оптимизация лечебно-диагностического процесса в изменяющихся условиях работы медицинских учреждений.

### **Задачи лечебно-контрольной комиссии в стационаре**

1. Разбор всех случаев летальных исходов в стационаре после патологоанатомических, судебно-медицинских исследований, а также летальных исходов, когда по распоряжению администрации патологоанатомическое исследование не проводилось.

2. Контроль правильности оформления свидетельств о смерти (соответствие правилам и инструкциям по кодированию смертности и заболеваемости МКБ-Х, том 2, стр. 33).

3. Представление для рассмотрения на больничных или отделенческих конференциях клинических и клинико-анатомических случаев, представляющих научно-практический интерес.

4. Изучение своевременности и правильности диагностики, адекватности проводившегося лечения, соблюдения медицинских технологий, а также ведение медицинской документации на всех этапах разбираемых случаев.

5. Установление причин допущенных дефектов на всех этапах диагностики и лечения.

6. Разбор случаев выявления заболеваний в запущенной стадии.

7. Разбор случаев расхождения диагнозов между приемным покоем и стационаром, между стационаром при выписке и поликлиникой.

8. Разбор нарушений (расстройств) после медицинских процедур, возникших по вине медицинских работников.
9. Разбор случаев расхождения клинических и патологоанатомических диагнозов.

### **Задачи лечебно-контрольной комиссии в поликлинике**

1. Разбор случаев смерти взрослых и детей на дому с охватом каждого случая, как после патологоанатомических, так и судебно-медицинских исследований, а также летальных исходов, когда по распоряжению администрации патологоанатомическое исследование не проводилось.
2. Разбор всех запущенных случаев выявления туберкулеза и онкологических заболеваний у взрослых и детей.
3. Контроль правильности оформления свидетельств о смерти.
4. Разбор случаев расхождения диагнозов между поликлиникой и стационаром своего ЛПУ при острой патологии.
5. Разбор случаев расхождения клинических и патологоанатомических диагнозов.

### **Порядок работы лечебно-контрольной комиссии**

1. Работа ЛКК строится согласно годовым планам, план работы включается в комплексный план работы больницы. Заседания комиссии проводятся по мере необходимости, но не реже 1 раза в месяц.
2. Заместитель председателя комиссии готовит заседание, назначает рецензентов, передает им истории болезни, амбулаторные карты и другую медицинскую документацию для проведения углубленной экспертизы; определяет состав работников диагностических служб, участие которых на данном заседании является обязательным. На заседания, при необходимости, приглашаются врачи-консультанты из других учреждений и сотрудники кафедр медицинской академии.
3. В обязанности заместителя председателя входит своевременное и полное оповещение о времени очередного заседания, ведение специального журнала регистрации заседаний. В журнале регистрируются даты заседаний, персональный состав их участников, паспортные данные больных, номера историй болезни и амбулаторных карт, протоколов вскрытия, заключения по каждому случаю, обсуждающемуся на данном заседании.
4. Медицинские документы разбираемых случаев передаются заведующему отделением, где имел место данный случай не позднее, чем за 10 дней до заседания ЛКК.
5. В течение трех дней заведующий отделением обязан провести разбор в отделении и представить историю болезни и (или) амбулаторную карту с протоколом разбора внешнему рецензенту не позднее, чем за 7 дней до заседания ЛКК.
6. Рецензент проводит анализ правильности диагностики, обследования и лечения больного и оформления истории болезни и амбулаторной карты, сопоставляет свои выводы с протоколом разбора отделения. Замечания и рекомендации заносятся в "Карту рецензента стационарной летальности" ([приложение N#](#)).
7. В случае совпадения мнений рецензента, отделения и, при летальных случаях, патологоанатомического отделения, обсуждение на ЛКК завершается оформлением принятого решения в журнале заседаний в виде заключения ЛКК.
8. При отсутствии согласия сторон рассмотрение спорных случаев переносится на обсуждение клинических и клинико-анатомических конференций, о чем в заключении ЛКК делается соответствующая запись.
9. Летальные исходы, обусловленные грубыми диагностическими ошибками и редкие наблюдения, представляющие интерес, также предлагаются ЛКК для широкого обсуждения на клинических и клинико-анатомических конференциях с участием всех врачей ЛПУ, с подробным сообщением случая лечащим врачом, литературным обзором.
10. При выявлении упущений, приведших к необратимым последствиям на догоспитальном этапе или в других ЛПУ, копия протокола заседания ЛКК направляются в органы управления здравоохранения.
11. Обобщенные данные результатов заседаний ЛКК передаются в Экспертный совет или используются главным врачом для принятия управленческих решений.
12. Журнал ЛКК и карты рецензентов находятся у заместителя главного врача по медицинской части, с последующей сдачей в архив в соответствии с требованиями хранения медицинских документов.

**Карта рецензента  
для анализа случая стационарной летальности**

Лечебное учреждение \_\_\_\_\_  
 N протокола разбора \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_  
 Ф.И.О. \_\_\_\_\_  
 N истории болезни \_\_\_\_\_ N протокола вскрытия# \_\_\_\_\_  
 Отделение \_\_\_\_\_ Лечащий врач \_\_\_\_\_  
 Поликлиника \_\_\_\_\_  
 Дата и час поступления \_\_\_\_\_ Дата и час операции \_\_\_\_\_  
 Дата и час смерти \_\_\_\_\_ Проведено койко-дней \_\_\_\_\_  
 Дата установления клинического диагноза в стационаре \_\_\_\_\_  
 Клинический диагноз: \_\_\_\_\_

Патологоанатомический диагноз: \_\_\_\_\_

Сопоставление причин ошибок клинического  
и патологоанатомического диагнозов

	Код ошибки диагностики * (поставить номер)	Категория расхождения (+, -) **		
		I	II	III
По диагнозу основного заболевания				
По смертельному осложнению				
По важнейшему сопутствующему заболеванию		Категория ошибки не устанавливается		

\* Коды ошибок диагностики: 1. неполноценно собранный анамнез; 2. недостаточное обследование; 3. неправильная оценка клинических данных; 4. ошибка аппаратного исследования: 4.1. ошибка ЭКГ, 4.2. ошибка УЗИ, 4.3. ошибка эндоскопии, 4.4. ошибка рентгенолога, 4.5. ошибка радиоизотопного анализа, 4.6. ошибка другого вида аппаратного анализа, 4.7. ошибка клинической лаборатории; 5. неправильная оценка параклинических исследований; 6. тяжесть состояния больного; 7. кратковременность пребывания в стационаре; 8. объективная возможность диагностики другой причины; 9. отсутствие необходимых условий диагностики (отсутствие аппаратуры, методик и т.д.); 10. неправильное построение диагноза; 11. другие причины и сочетанные причины ошибки.

\*\* Категории расхождения клинического и анатомического диагнозов:

- 1 - категория - заболевание не было распознано на предыдущих этапах, а в данном лечебном учреждении диагноз невозможен из-за объективных трудностей;
- 2 - категория - заболевание не распознано в данном лечебном учреждении в связи с недостатками в обследовании больного, объективными трудностями диагностики, однако ошибка не повлияла на судьбу больного;
- 3 - категория - неправильная диагностика повлекла за собой ошибочную тактику, что сыграло решающую роль в смертельном исходе.

#### **Основные дефекты ведения больного**

1. Неполноценный сбор анамнеза \_\_\_\_\_
2. Несвоевременность обследования \_\_\_\_\_
3. Недостаточность обследования \_\_\_\_\_
4. Осложнения диагностических процедур (конкретно) \_\_\_\_\_
5. Несвоевременность лечения \_\_\_\_\_
6. Неадекватность выбора лечения \_\_\_\_\_
7. Осложнения лечебных пособий (конкретно) \_\_\_\_\_
8. Дефекты техники лечебных пособий \_\_\_\_\_
9. Дефекты диагностики и лечения осложнений диагностических и лечебных мероприятий (конкретно) \_\_\_\_\_
10. Дефекты медицинской документации (подчеркнуть):  
а) оформление титульного листа, б) не информативность дневниковых записей, в) отсутствие плана обследования или лечения, г) отсутствие или не информативность записей зав. отд., д) отсутствие этапных эпикризов, е) отсутствие предоперационной концепции, ж) отсутствие или не информативность концепции анестезиолога, з) дефекты описания оперативного вмешательства, и) дефекты записей консультантов, к) дефекты документации инструментального исследования.

Краткое заключение рецензента \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ Подпись рецензента \_\_\_\_\_

Заключение и рекомендации ЛКК \_\_\_\_\_

Дата ЛКК \_\_\_\_\_

Подпись председателя ЛКК \_\_\_\_\_

Подпись секретаря ЛКК \_\_\_\_\_

#### **Карта рецензента для анализа случая смертности на дому**

Лечебное учреждение \_\_\_\_\_



N протокола разбора \_\_\_\_\_ Дата разбора \_\_\_\_\_

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

N протокола вскрытия \_\_\_\_\_ Дата смерти \_\_\_\_\_

Участковый врач \_\_\_\_\_

Проживает на данном участке с \_\_\_\_\_

Состоит на диспансерном учете с \_\_\_\_\_ года по поводу \_\_\_\_\_

Причина смерти во врачебном свидетельстве:

I Болезнь или состояние, непосредственно приведшие к смерти (не включаются симптомы и явления, сопровождавшие наступление смерти (механизм смерти), такие как сердечная недостаточность, нарушение дыхания и т.д. Включаются болезни и осложнения, приведшие к смерти).

а) \_\_\_\_\_

б) \_\_\_\_\_

с) \_\_\_\_\_

д) \_\_\_\_\_

II Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 1. Основные дефекты ведения больного на амбулаторном этапе

1.1. Неполюценный сбор анамнеза \_\_\_\_\_

1.2. Несвоевременное обследование \_\_\_\_\_

1.3. Неполюценное обследование \_\_\_\_\_

1.4. Позднее обращение больного \_\_\_\_\_

1.5. Неполюценное лечение \_\_\_\_\_

1.6. Недооценка показаний к госпитализации \_\_\_\_\_

1.7. Отказ больного от госпитализации \_\_\_\_\_

1.8. Дефекты медицинской документации (отсутствие ее в поликлинике или отсутствие в документации данных о заболевании, которое послужило, или могло послужить причиной смерти; отсутствие справки из правоохранительных органов) \_\_\_\_\_

1.9. Необоснованный отказ родственников или медицинских работников от патологоанатомического исследования \* \_\_\_\_\_

1.10. Дефекты оформления врачебного свидетельства о смерти \*\* \_\_\_\_\_

1.11. Расхождение диагноза после проведенного патологоанатомического исследования \_\_\_\_\_

Краткое заключение рецензента \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Подпись рецензента \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

Заключение и рекомендации ЛКК \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Подпись председателя ЛКК \_\_\_\_\_  
Подпись секретаря ЛКК \_\_\_\_\_

**Примечание :**

\* Критерии для направления больного, умершего на дому на патологоанатомическое исследование :

- Отсутствие посещений или вызовов участкового врача или справки о вызовах скорой медицинской помощи в течение недели накануне смерти.
- Инфекционное заболевание или подозрение на него.
- Подозрение на криминальную смерть.

Все случаи неясного прижизненного диагноза.

\*\* Формулировка диагноза должна соответствовать правилам и инструкции по кодированию смертности и заболеваемости МКБ-Х, том 2, стр. 33.

**Отчет:** число случаев смерти взрослых и детей в стационаре и на дому, число расхождений клинических и патологоанатомических диагнозов, число запущенных случаев выявления туберкулеза и онкологических заболеваний у взрослых и детей, число неправильно оформленных свидетельств о смерти, число случаев расхождения диагнозов между поликлиникой и стационаром.

## **Раздел 7. Работа с обращениями граждан**

Обращения граждан по различным вопросам оказания медицинской помощи являются важным средством осуществления прав граждан на охрану здоровья. Являясь одной из форм участия трудящихся в управлении, обращения граждан способствуют усилению контроля за деятельностью медицинских учреждений области. Ответственность за качество и своевременность рассмотрения жалоб и обращений возлагается на руководителей лечебно-профилактических учреждений.

Обращения граждан выражаются как в письменной, так и в устной форме. В обращениях могут быть поставлены вопросы, касающиеся прав и законных интересов, как автора обращения, так и других граждан или интересов всего общества.

Обращения делятся на предложения, заявления, ходатайства и жалобы:

- обращение - предложение, заявление, ходатайство, жалоба гражданина, изложенные в письменной или устной форме;

- предложение - вид обращения гражданина, направленного на улучшение организации деятельности органов здравоохранения, их должностных лиц и на решение вопросов других сфер жизни;

- заявление - вид обращения гражданина по поводу реализации прав, свобод, закрепленных Конституцией Российской Федерации и нормативными правовыми актами Российской Федерации;

- ходатайство - вид обращения гражданина, общественной организации, депутата или должностного лица в поддержку просьбы иного лица о признании за ним определенного статуса, прав и свобод;

- жалоба - вид обращения гражданина по поводу восстановления его либо другого лица (лиц) прав, свобод и законных интересов, нарушенных действиями (бездействием) юридических или физических лиц;

- коллективное обращение - обращение двух и более граждан, а также обращение, принятое на митинге или собрании путем голосования (подписанное инициаторами коллективного обращения) или путем сбора подписей.

Принимая во внимание необходимость совершенствования деятельности учреждений здравоохранения по своевременному и правильному рассмотрению обращений граждан, выявлению и устранению причин, вызывающих жалобы, в каждом ЛПУ заведена Книга жалоб и предложений (приказ МЗ ОО от 28.09.2007 г. N 1144). Особо в Книге жалоб и предложений выделена графа о принятии

решения, содержание и ответ заявителю. Работа с обращениями граждан по вопросам лечебно-диагностических мероприятий, улучшению качества и доступности медицинской помощи строится в соответствии с Федеральным Законом от 02.05.2006 г. N 59 "О порядке рассмотрения обращений граждан РФ", приказа МЗ СР от 14.03.2007 г. N 170 "Об организации деятельности врачебной комиссии медицинской организации" (обоснованные жалобы и обращения граждан выносятся на Совет по качеству для принятия управленческих решений). Регистрация обращений граждан осуществляется централизованно в журнале, в день их поступления. Письма граждан передаются в день их регистрации на рассмотрение руководителю учреждения. Исполнители обращений в равной степени с руководителем учреждения несут ответственность за своевременную и качественную подготовку данного ответа.

Руководители лечебно-профилактических учреждений при рассмотрении обращений обязаны внимательно разбираться в их существе, в случае необходимости истребовать нужные документы в структурных подразделениях; направлять сотрудников на места для проверки изложенных в обращении фактов и принимать надлежащие меры для объективного разрешения вопроса; принимать обоснованные решения по факту обращения граждан и осуществлять контроль за своевременным и надлежащим их исполнением. Сообщать гражданам в письменной или устной форме о принятых по их обращениям решениях, а в случае невозможности удовлетворения их просьб, давать четкий аргументированный отказ с разъяснением порядка обжалования. Письма граждан исполняются в срок, не превышающий одного месяца с даты их регистрации, а не требующие дополнительной проверки - незамедлительно. Запрещается направление жалоб граждан для разрешения должностным лицам и в службы, действия которых обжалуются. Обращения граждан считаются исполненными, если рассмотрены все вопросы, находящиеся в компетенции ЛПУ, приняты все возможные меры и даны аргументированные, исчерпывающие ответы. По итогам года в ЛПУ проводится анализ жалоб и обращений граждан.

**Отчет:** количество жалоб и обращений граждан, из них обоснованных; анализ жалоб, принятые меры.

## **Раздел 8. Организация работы врачебной комиссии**

1. Настоящий порядок организации врачебной комиссии (далее Комиссия) предназначен для организации деятельности врачебной комиссии, создаваемой в медицинской организации, независимо от ее организационно-правовой формы, формы собственности и ведомственной принадлежности.

2. Комиссия создается в медицинских организациях с целью принятия решений по вопросам диагностики, лечения, реабилитации, определения трудоспособности граждан и профессиональной пригодности некоторых категорий работников, иным медико-социальным вопросам, а также осуществления контроля качества и эффективности лечебно-диагностических мероприятий, в том числе оценки обоснованности и эффективности назначения лекарственных средств.

3. Комиссия состоит из председателя, одного или двух заместителей, секретаря и членов комиссии.

4. Председателем Комиссии является заместитель руководителя медицинской организации по экспертизе временной нетрудоспособности.

5. Заместителем председателя Комиссии является заместитель главного врача по медицинской части, по амбулаторно-поликлинической работе.

6. Секретарем Комиссии является медицинский работник, имеющий среднее медицинское образование, обеспечивающий деятельность Комиссии.

7. Членами Комиссии являются врачи-специалисты (в том числе врач - клинический фармаколог) как из числа штатных сотрудников, так и других медицинских организаций.

8. Персональный состав Комиссии утверждается руководителем медицинской организации.

9. В своей деятельности Комиссия руководствуется Конституцией Российской Федерации, федеральными законами, указами и распоряжениями Президента Российской Федерации, постановлениями и распоряжениями Правительства Российской Федерации, нормативными правовыми актами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, нормативными актами органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации и органа местного самоуправления и настоящим Порядком.

10. Комиссия осуществляет следующие функции:

выдачу листов нетрудоспособности сроком более чем на 30 дней;

экспертизу временной нетрудоспособности с целью определения необходимости и сроков временного или постоянного перевода работника по состоянию здоровья на другую работу;

принятие решения о направлении гражданина в установленном порядке на медико-социальную

экспертную комиссию, в том числе при наличии у этого гражданина признаков инвалидности;

выдачу заключения о наличии у граждан медицинских показаний для получения ими лечения в медицинских учреждениях за счет средств федерального бюджета;

выдачу медицинского заключения о характере и степени тяжести повреждения здоровья лиц, получивших повреждение здоровья вследствие несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний;

определение объема лечения лиц, получивших повреждение здоровья вследствие несчастного случая на производстве и профессионального заболевания;

выдачу медицинского заключения о наличии у лица, получившего повреждение здоровья вследствие несчастного случая на производстве и профессионального заболевания, медицинских показаний к определенному курсу медицинской реабилитации;

принимает решение о внеочередном оказании медицинской помощи отдельным категориям граждан;

принимает решение о применении лекарственных средств, не входящих в стандарт медицинской помощи, в случае недостаточности фармакотерапии при лечении отдельных заболеваний по жизненно важным показаниям и при угрозе жизни и здоровью пациента;

принимает решение о выписке лекарственных средств гражданам, имеющим право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, применяемых по решению врачебной комиссии;

принимает решение об одномоментном назначении льготным категориям граждан:

- пяти и более лекарственных препаратов одному больному;
- наркотических средств, психотропных, сильнодействующих и ядовитых веществ, анаболических гормонов;

принимает решение о выписке наркотических и ненаркотических анальгетиков больным, страдающим онкологическими заболеваниями, по представлению лечащего врача без осмотра пациента;

осуществляет проверку обоснованности назначения и выписки лекарственных средств гражданам, имеющим право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, и проводит плановые еженедельные или внеплановые проверки медицинской документации;

осуществление совместно с лечащим врачом медицинского отбора и направления на санаторно-курортное лечение граждан, в том числе детей, имеющих право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг;

выдачу заключений о показанности или противопоказанности санаторно-курортного лечения гражданам, имеющим право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, другим категориям гражданам - в сложных и конфликтных ситуациях;

осуществление медицинского отбора больных после острого инфаркта миокарда, операций на сердце и магистральных сосудах, острого нарушения мозгового кровообращения, операций по поводу язвенной болезни желудка, двенадцатиперстной кишки, панкреатита (панкреонекроза), после удаления желчного пузыря, беременных женщин групп риска, а также больных, пролеченных по поводу нестабильной стенокардии, по поводу сахарного диабета, направляемых на долечивание (реабилитацию) непосредственно после стационарного лечения в специализированные санатории (отделения);

выдачу заключений о нуждаемости ребенка в обучении на дому по медицинским показаниям;

выдачу заключений о возможности предоставления студентам академического отпуска по медицинским показаниям;

выдачу заключений о проведении государственной (итоговой) аттестации выпускников IX, XI (XII) классов, обучавшихся по состоянию здоровья на дому, в оздоровительных образовательных учреждениях санаторного типа для детей, нуждающихся в длительном лечении, находившихся в лечебно-профилактических учреждениях более 4 месяцев, и детей-инвалидов, в обстановке, исключающей влияние негативных факторов на состояние их здоровья, и в условиях, отвечающих физиологическим особенностям и состоянию здоровья выпускника;

рассматривает обращения граждан по вопросам качества лечебно-диагностических мероприятий.

11. Комиссия осуществляет иные функции, если такие функции предусмотрены федеральными законами, нормативными правовыми актами Президента Российской Федерации, Правительства Российской Федерации и актами федеральных органов исполнительной власти.

12. Комиссия проводит заседания на основании плана-графика заседаний врачебной комиссии, утвержденного руководителем медицинской организации. Внеплановые заседания проводятся по решению председателя Комиссии, согласованному с руководителем медицинской организации.

13. Решение Комиссии считается принятым, если его поддержало большинство членов Комиссии из числа присутствующих на заседании. Решение Комиссии вносится в первичные медицинские документы.

14. По требованию лица, в отношении которого принято решение Комиссии, выдается справка о решении Комиссии, которая подписывается председателем (в случае его отсутствия - заместителем председателя) Комиссии и удостоверяется печатью медицинской организации.

**Отчет:** количество заседаний, в том числе количество рассмотренных вопросов по каждому разделу работы Комиссии.

**Приложение N 2**  
**к приказу Министерства здравоохранения**  
**Оренбургской области**  
**от 5 февраля 2008 г. N 128**

**Акт**  
**проверки лечебно-профилактических учреждений по организации**  
**контроля качества оказания медицинской помощи**

от \_\_\_\_\_ 200\_\_ г.

территория \_\_\_\_\_

наименование учреждения \_\_\_\_\_

Комиссией министерства здравоохранения Оренбургской области в составе:

\_\_\_\_\_ действующей на основании:

В присутствии представителей учреждения:

**Управление учреждением**

1. Лицензия на осуществление медицинской помощи и приложение к ней \_\_\_\_\_
2. Приостановка лицензии на отдельные виды деятельности \_\_\_\_\_
3. Сертификат соответствия на оказываемые виды помощи, в том числе по экспертизе (контролю) качества медицинской помощи \_\_\_\_\_
4. Подготовка специалистов (выборочный контроль 10 - 12 личных дел сотрудников учреждения) \_\_\_\_\_
5. Соответствие действующей лицензии штатному расписанию \_\_\_\_\_
6. План специализации и усовершенствования на сотрудников учреждения \_\_\_\_\_
7. Наличие годового отчета по подготовке кадров \_\_\_\_\_
8. Подготовка по специальности организация здравоохранения и общественное здоровье, контролю качества медицинской помощи \_\_\_\_\_

	Ф.И.О.	Стаж по специальности	Первичная подготовка, количество часов	Последнее усовершенствование	Подготовка по контролю качества, количество часов
1. Главный врач					
2. Первый заместитель					
3. Заместители					

9. Должностные инструкции специалистов, ответственных за контроль \_\_\_\_\_

качества (функциональные обязанности) \_\_\_\_\_

10. Наличие журнала учета мероприятий по госконтролю (приказ МЗ ОО от 30.07.2007 г. N 954) \_\_\_\_\_
11. План исправлений замечаний предыдущих проверок надзорных и контролирующих органов \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
12. Оснащение рабочего места персональным компьютером \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### **Соблюдения правил предоставления платных медицинских услуг**

1. Лицензия на медицинские услуги и сертификаты соответствия при предоставлении платных медицинских услуг \_\_\_\_\_
2. Разрешение на право оказания платных услуг (согласовано в МЗ ОО, УЗ, в администрации муниципального образования) \_\_\_\_\_
3. Соответствие перечня платных услуг и лицензии \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. Наличие положения о платных услугах, утвержденной формы договора, прейскуранта цен с тарифами, уголка потребителя, информации об обращении в вышестоящие организации \_\_\_\_\_
- 4.#Доля платных услуг в общем доходе учреждения \_\_\_\_\_

#### **Контроль качества**

1. Уполномоченный по качеству оказания медицинской помощи в учреждении (приказ); положение о контроле качества \_\_\_\_\_
2. Планы текущей работы и отчеты за прошедший период \_\_\_\_\_
3. Количество совещаний, конференций, семинаров по качеству оказания медицинской помощи (темы, даты, решения) \_\_\_\_\_
4. Первая ступень контроля - заведующий отделением (количество и качество экспертиз в месяц, дефектурные карты, своевременность рассмотрения) \_\_\_\_\_
5. Вторая ступень контроля - заместители главного врача (количество и качество экспертиз в квартал, журнал дефектов, своевременность рассмотрения) \_\_\_\_\_
6. Третья ступень контроля - Совет по качеству (приказ, состав совета, периодичность заседаний, протоколы Совета, наличие заключительных актов по качеству лечения) \_\_\_\_\_
7. Принятые решения по результатам контроля по ступеням (экономические рычаги и дисциплинарные взыскания) \_\_\_\_\_
8. Результативность проводимого контроля качества оказания медицинской помощи (улучшение, ухудшение основных показателей работы отделения, учреждения; изменение демографических показателей в районе) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
9. Уровень качества лечения по результатам экспертиз (выборочно 15 амб. карт и 15 историй болезни, с обязательным анализом случаев летальных исходов, онко. и туб. запущенности) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### **Обеспечение контроля за выполнением**

### **стандартов медицинской помощи**

1. Внедрение программы по контролю над выполнением стандартов медицинской помощи в ЛПУ (приказ, ответственный, отчеты в МЗ ОО, анализ)  
\_\_\_\_\_
2. Сведения о выполнении стандартов медицинской помощи по программе (месяц, квартал, год) \_\_\_\_\_
3. Обновление программы \_\_\_\_\_
4. Рабочая группа по стандартизации в учреждении (приказ, Положение, заседания, протоколы) \_\_\_\_\_
5. Принятые решения Рабочей группы с указанием конкретных мероприятий и ответственных лиц \_\_\_\_\_
6. Количество стандартов медицинской помощи, утвержденных приказом в учреждении \_\_\_\_\_
7. Поэтапный план перехода к соблюдению стандартов (при невозможности выполнения стандартов из-за отсутствия необходимых ресурсов) \_\_\_\_\_
8. Обеспечение лечебно-диагностического процесса лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения \_\_\_\_\_

### **Индикаторы качества работы**

1. Приказ, определяющий ответственных лиц по оценке результативности деятельности медицинских работников  
\_\_\_\_\_
2. Ответственный по учреждению за подачу информации в МЗ ОО  
\_\_\_\_\_
3. Работа Совета по качеству по анализу индикаторов качества работы  
\_\_\_\_\_
4. Принятые по результатам оценки деятельности медицинских работников меры поощрительного характера, дисциплинарного воздействия \_\_\_\_\_

### **Работа комиссий**

1. Положение о заместителях по медицинской части и экспертизе временной нетрудоспособности \_\_\_\_\_
2. Положение о врачебной комиссии (приказ, состав, график работы, протоколы) \_\_\_\_\_
3. Работа лечебно-контрольной комиссии (ЛКК) учреждения (приказ, Положение, состав, график работы, протоколы заседаний) \_\_\_\_\_
4. Анализ работы ЛКК (количество расхождений диагнозов, разбор нарушений после медицинских вмешательств, случаев заболеваний в запущенной форме, летальные исходы и др.)  
\_\_\_\_\_
5. Порядок работы комиссии (работа рецензентов, журнал ЛКК, заполнение карты рецензента)  
\_\_\_\_\_
6. Разбор случаев смерти на дому (мониторинг по изучению смертельных исходов на дому, приказ МЗ ОО от 28.06.2007 г. N 839)  
\_\_\_\_\_

6. #Представление на клинико-анатомическую конференцию за истекший период

7. Управленческие решения по результатам работы ЛКК

#### **Работа с обращениями граждан**

1. Наличие книги жалоб и предложений (приказ МЗ ОО от 28.09.2007 г. N 1144; наличие возможности и доступности обращения)

2. Наличие в учреждении анализа причин обращений граждан за истекший период

3. Выполнение ФЗ от 02.05.2006 г. N 59 "О порядке рассмотрения обращений граждан РФ"

4. Принятые административные меры по результатам обращений граждан

#### **Изучение удовлетворенности населения качеством оказания медицинской помощи**

1. Проведение выборочного анкетирования (темы анкетирования, количество опрошенного населения)

2. Проведение анализа удовлетворенности оказанной медицинской помощи (результаты анализа, принятые решения для улучшения работы)

3. Проведение дней информации в учреждении, согласно приказа МЗ ОО от 14.06.2006 г. N 583 (выявленные проблемы, вопросы, принятые меры)

4. Ответственный за проведение дней информации в учреждении

Замечания:

Предложения:

Члены комиссии:

С актом ознакомлен:

Главный врач района

(печать, подпись)

**Приложение N 3**  
**к приказу Министерства здравоохранения**  
**Оренбургской области**  
**от 5 февраля 2008 г. N 128**

#### **Список** **специалистов привлекаемых для проведения проверок** **лечебно-профилактических учреждений по организации контроля качества** **оказания медицинской помощи**

№ п/п	Ф. И. О.	должность	Место работы
1	Карамышева Любовь Александровна	Зам. главного врача по ЭВН	ГУЗ "Оренбургская областная клиническая больница"



2	Якупов Шамиль Ахмадуллович	Врач-травматолог	ГУЗ "Оренбургская областная клиническая больница"
3	Трофименко Виктор Петрович	Врач-анестезиолог-реаниматолог	ГУЗ "Оренбургская областная клиническая больница"
4	Вишневская Галина Викторовна	Врач-ревматолог	ГУЗ "Оренбургская областная клиническая больница"
5	Глазко Ирина Владимировна	Врач-ревматолог	ГУЗ "Оренбургская областная клиническая больница"
6	Столповских Татьяна Ивановна	Врач-кардиолог	ГУЗ "Оренбургская областная клиническая больница"
7	Виноградова Оксана Владимировна	Врач-кардиолог	ГУЗ "Оренбургская областная клиническая больница"
8	Хаустова Валентина Куприяновна	Врач - невролог, ИРТ.	ГУЗ "Оренбургская областная клиническая больница"
9	Жердева Тамара Васильевна	Зам. главного врача по ЭВН	ГУЗ "Оренбургская областная клиническая больница N 2"
10	Головина Лариса Васильевна	Зам. главного врача по ЭВН	ГУЗ "Оренбургская областная клиническая больница N 3"
11	Долженкова Юлия Михайловна	Зам. главного врача по медицинской части	ГУЗ "Оренбургская областная клиническая больница N 3"
12	Алешина Ирина Александровна	Зам. главного врача по ЭВН	ГУЗ "Оренбургский областной клинический психоневрологический госпиталь для ветеранов войн"
13	Китаева Галина Сергеевна	Зам. главного врача по ЭВН	МУЗ "Муниципальная городская клиническая больница N 5" г. Оренбург.
14	Султанова Роза Габдулхаевна	Зам. главного врача по ЭВН	МУЗ "Муниципальная городская клиническая больница N 6" г. Оренбург.
15	Шевцова Елена Анатольевна	Зав. поликлиники N 2	МУЗ "Городская клиническая больница скорой медицинской помощи N 1"

			г. Оренбурга"
16	Юрова Светлана Леонидовна	Зам. главного врача по ЭВН	МУЗ "Городская больница N 4 г. Орска"
17	Шумилин Юрий Иванович	Зам. главного врача по ЭВН	МУЗ "Городская больница N 1 г. Орска"
18	Шиповских Наталья Александровна	Зам. главного врача по ЭВН	МУЗ "Городская больница N 6 г. Орска"
19	Аминова Татьяна Николаевна	Зам. главного врача по ЭВН	МУЗ "Центральная городская больница г. Бузулука"
20	Халтер Валентина Николаевна	Зам. главного врача по ЭВН	МУЗ "Городская больница N 1 г. Бугуруслана"
21	Мойченков Владимир Анатольевич	Зам. главного врача по ЭВН	МУЗ "Сорочинская центральная районная больница"
22	Малаева Валентина Васильевна	Зам. главного врача по ЭВН	МУЗ "Муниципальный перинатальный центр" г. Оренбург
23	Бекчурина Антонина Андреевна	Зам. главного врача по ЭВН	МУЗ "Городская клиническая больница N 2" г. Оренбурга
24	Чуйкова Елена Станиславовна	Зам. главного врача по ЭВН	ГУЗ "Оренбургская областная детская клиническая больница"
25	Ибрагимова Рамиля Равильевна	Зам. главного врача по ЭВН	МУЗ "Муниципальная детская городская клиническая больница"
26	Лявина Галина Григорьевна	Зам. глав. врача по детству	МУЗ "Городская клиническая больница им. Н.И. Пирогова"
27	Шаульская Клавдия Николаевна	Зам. главного врача по ЭВН	МУЗ "Новотроицкая городская детская больница"
28	Запорожец Елена Евгеньевна	Зам. главного врача по ЭВН	МУЗ "Городская больница N 5 г. Орска"
29	Баутина Любовь Алексеевна	Зам. главного врача по медицинской части	ГУЗ "Оренбургская областная стоматологическая поликлиника"
30	Белова Надежда Александровна	Зам. главного врача	МУЗ "Городская стоматологическая

		по медицинской части	поликлиника N 2" г. Оренбург
31	Моргунова Светлана Федоровна	Зам. главного врача по ЭВН	ГУЗ "Оренбургский областной клинический противотуберкулезный диспансер"
32	Никитенко Любовь Ивановна	Зам. главного врача по ЭВН	ГУЗ "Оренбургский областной клинический кожно-венерологический диспансер"
33	Портнов Лев Михайлович	Зам. главного врача по ЭВН	ГУЗ "Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница N 2"
34	Петров Владимир Николаевич	Зам. главного врача по ЭВН	ГУЗ "Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница N 1"
35	Бызова Ольга Петровна	Зам. главного врача по ЭВН	ГУЗ "Оренбургский областной клинический онкологический диспансер"
36	Гуров Андрей Викторович	Зам. главного врача по ЭВН	ГУЗ "Оренбургский областной клинический наркологический диспансер"
37	Трофимова Татьяна Васильевна	Зам. главного врача по медицинской части	МУЗ "Станция скорой медицинской помощи г. Оренбурга"