

Территориальный фонд  
обязательного  
медицинского страхования  
Вологодской области

Департамент  
здравоохранения  
Вологодской области

## ПРИКАЗ

18 мая 2010 г.

№ 260 / 497

Об утверждении Положения о  
контроле объемов и качества  
медицинской помощи на территории  
Вологодской области

В целях создания единой системы управления качеством медицинской помощи на территории Вологодской области

### ПРИКАЗЫВАЕМ

1. Утвердить Положение о контроле объемов и качества медицинской помощи на территории Вологодской области.
2. Совместный приказ Территориального фонда ОМС и департамента здравоохранения Вологодской области от 28.08.2006 года № 659/492 считать утратившим силу.
3. Контроль за исполнением приказа оставляем за собой.

Исполнительный директор  
ТФОМС  
Вологодской области

Начальник департамента  
здравоохранения  
Вологодской области

\_\_\_\_\_ И.Б.Симкина

\_\_\_\_\_ А.А.Колинько

УТВЕРЖДАЮ:  
Начальник  
департамента здравоохранения  
Вологодской области

\_\_\_\_\_ А.А.Колинько

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2010г.

УТВЕРЖДАЮ:  
Исполнительный директор  
ТФ ОМС  
Вологодской области

\_\_\_\_\_ И.Б.Симкина

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2010г.

УТВЕРЖДАЮ:  
Управляющий ГУ - Вологодское  
региональное отделение  
фонда социального страхования РФ

\_\_\_\_\_ И.Г.Белякова

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2010г.

СОГЛАСОВАНО:  
Президент  
Ассоциации страховщиков  
Вологодской области

\_\_\_\_\_ В.Е.Кондаков

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2010 г.

СОГЛАСОВАНО:  
Руководитель  
Управления Росздравнадзора  
по Вологодской области

\_\_\_\_\_ Т.В.Мохамед

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2010г.

СОГЛАСОВАНО:  
Президент областной  
Ассоциации врачей  
Вологодской области

\_\_\_\_\_ Т.И.Лета

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2010г.

## **ПОЛОЖЕНИЕ**

### **о контроле объемов и качества медицинской помощи на территории Вологодской области.**

#### **Общие положения.**

Настоящее «Положение о контроле объемов и качества медицинской помощи на территории Вологодской области» (далее – Положение) разработано в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации, Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, Законом Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», Федеральным Законом №178-ФЗ от 17.07.1999г. «О государственной социальной помощи», приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 26.05.2008г. №111 «Об организации контроля объемов и качества медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования», Федеральным законом от 29.12.2006 №255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством», приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 19.08.2009 г. № 597н «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака», Порядком выдачи медицинскими организациями листов нетрудоспособности, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 01.08.2007 №514 и другими нормативными актами, регламентирующими права граждан в области охраны здоровья, порядок контроля качества и объемов медицинской и лекарственной помощи, порядок контроля за организацией экспертизы временной нетрудоспособности.

Настоящее Положение разработано для использования в гражданско-правовых отношениях, возникающими между гражданами, юридическими и физическими лицами, оказывающими гражданам медицинские услуги, а также юридическими лицами, призванными законодательно или принявшими на себя обязательства обеспечить гражданам медицинскую помощь надлежащего качества, устанавливает права, обязанности и ответственность участников данных гражданско-правовых отношений.

Настоящее Положение устанавливает единые организационно-правовые формы и методические принципы взаимодействия участников данных гражданско-правовых отношений, а также основные механизмы государственного и общественного

регулирования деятельностью участников для достижения основной цели реформы здравоохранения – улучшения качества медицинской помощи гражданам Российской Федерации.

В рамках настоящего Положения используются следующие понятия и их определения:

**Под медицинской помощью** следует понимать любое обследование, лечение и иное действие, имеющее профилактическую, диагностическую, лечебную или реабилитационную направленность, выполняемое врачом либо другим медицинским работником.

**Медицинская помощь надлежащего качества** – медицинская помощь, оказываемая медицинским работником, исключая негативные последствия:

- затрудняющие стабилизацию или увеличивающие риск прогрессирования имеющегося у пациента заболевания, повышающие риск возникновения нового патологического процесса;
- приводящие к неоптимальному использованию ресурсов медицинского учреждения;
- вызывающие неудовлетворенность пациента от его взаимодействия с медицинским учреждением.

**Стандарт медицинской помощи** – нормативный документ, устанавливающий требования к процессу оказания медицинской помощи при данном виде патологии (нозологической форме) с учетом современных представлений о необходимых методах диагностики, профилактики, лечения, реабилитации и возможностей конкретной системы медицинской помощи, обеспечивающий медицинскую помощь надлежащего качества.

**Пациент** – лицо, обратившееся в лечебное учреждение любой организационно-правовой формы и формы собственности, к врачу частной практики за получением диагностической, лечебной, профилактической помощи.

**Права пациента** – специфические права, производные от общих гражданских, политических, экономических, социальных прав человека и реализуемые при получении медицинской помощи и связанных с ней услуг или в связи с любым медицинским воздействием, осуществляемым в отношении граждан.

**Гарантия прав пациента** – предусмотренное законом, иным правовым актом или договором обязательство по выполнению содержащихся в них норм и положений, обеспечивающих реализацию прав пациента при предоставлении медицинских и сервисных услуг.

**Гарантия качества медицинской помощи** – это перечень взаимных обязательств участников гражданско-правовых отношений по обеспечению и/или контролю за обеспечением надлежащего качества медицинской помощи в соответствии с его критериями.

**Экспертиза качества медицинской помощи** – это профессиональное исследование случая оказания медицинской помощи, выполняемое экспертом качества медицинской помощи. Основными задачами экспертизы являются:

- выявление врачебных ошибок;
- описание их реальных и возможных последствий;
- выяснение причин их возникновения;
- обоснование заключения и составление рекомендаций по их предотвращению.

**Экспертиза временной нетрудоспособности** – вид медицинской экспертизы, основной целью которой является оценка состояния здоровья пациента, качества и эффективности проводимого обследования и лечения, возможности осуществлять профессиональную деятельность, а также определение степени и сроков временной утраты трудоспособности.

**АТЭКМП** – автоматизированная технология экспертизы качества медицинской помощи.

**Раздел 1. Ведомственная экспертиза объемов и качества медицинской помощи.**

## **1.1. Общие положения.**

- 1.1.1. Настоящее положение устанавливает единые организационные и методические принципы ведомственного контроля качества и объемов медицинской и лекарственной помощи в лечебно-профилактических учреждениях области, независимо от ведомственной принадлежности и формы собственности на территории Вологодской области.
- 1.1.2. Под системой ведомственного контроля понимается контроль объемов и качества медицинской помощи, осуществляемой должностными лицами и специалистами органов управления здравоохранением, руководителями лечебно-профилактических учреждений и их структурных подразделений, клинико-экспертными комиссиями.
- 1.1.3. Целью осуществления ведомственного контроля является обеспечение прав пациентов на получение медицинской и лекарственной помощи надлежащего качества в объеме и на условиях, соответствующих Программе государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи (далее – Программа госгарантий), организация эффективной управляемой фармацевтической системы, которая позволила бы обеспечить гарантированную и качественную лекарственную помощь, а также обеспечение рационального использования средств обязательного медицинского и государственного социального страхования, а также средств бюджетов всех уровней.
- 1.1.4. Объектом контроля является медицинская помощь, представляющая собой комплекс профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, осуществляемых по определенной технологии с целью достижения конкретных результатов для пациента и его удовлетворенности оказанной медицинской помощью.
- 1.1.5. Настоящее положение устанавливает единые методические и организационные принципы ведомственного контроля качества и объемов медицинской помощи, контроля за целевым и рациональным использованием средств, предназначенных для лекарственного обеспечения граждан в рамках Программы государственных гарантий.
- 1.1.6. Система ведомственного контроля включает следующие элементы:
  - оценка состояния и использования кадровых и материально-технических ресурсов лечебно-профилактического учреждения (далее – ЛПУ);
  - экспертиза технологического процесса оказания медицинской помощи конкретным пациентам;
  - контроль за организацией лекарственного обеспечения декретированных категорий граждан;
  - изучение удовлетворенности пациентов медицинской помощью;
  - расчет и анализ показателей, характеризующих качество и эффективность медицинской помощи;
  - соблюдение инструкции о порядке выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан;
  - соблюдение порядка выдачи медицинскими организациями листов нетрудоспособности;
  - контроль правильности оформления и обоснованности выдачи бесплатных рецептов;
  - выявление и обоснование дефектов, врачебных ошибок и других факторов, оказавших негативное действие и повлекших за собой снижение качества и эффективности медицинской помощи;
  - обеспечение преемственности между поликлиникой и стационаром, ЛПУ внутри районов, между ЦРБ, ЛПУ г.Вологды, Череповца и областными ЛПУ;
  - подготовка рекомендаций для руководителей ЛПУ и органов управления здравоохранением, направленных на предупреждение врачебных ошибок и факторов

- в работе и способствующих повышению качества и эффективности медицинской помощи;
- контроль за реализацией управленческих решений.

## **1.2. Организация и порядок проведения ведомственного контроля качества медицинской помощи.**

- 1.2.1. Основной целью является обеспечение гарантированной медицинской и лекарственной помощью в рамках Программы государственных гарантий.
- 1.2.2. Ведомственный контроль качества медицинской помощи осуществляется должностными лицами ЛПУ и органов управления здравоохранением, врачебными комиссиями и главными штатными и внештатными специалистами всех уровней здравоохранения в пределах своей компетенции.
- 1.2.3. На уровне ЛПУ контроль качества медицинской помощи является функцией заведующих подразделениями, заместителей руководителя учреждения по клинико-экспертной работе, лечебной работе, амбулаторно-поликлинической помощи, клинико-экспертных комиссий учреждения, органов управления здравоохранением.
- 1.2.4. Контроль качества оказания медицинской помощи проводится по отдельным законченным в данном подразделении случаям. Оценка, как правило, проводится по медицинской документации (медицинской карте стационарного больного, карте амбулаторного больного). При необходимости может быть проведена и очная экспертиза.
- 1.2.5. При проведении контроля качества медицинской помощи может использоваться комплекс стандартизированных процедур, правил, алгоритмов, методических приемов, используемых вне зависимости от диагноза заболевания, вида оказания медицинской помощи, места оказания помощи (стационар, поликлиника), объединенных в методике «Автоматизированная технология экспертизы качества медицинской помощи (АТЭ КМП)».
- 1.2.6. Органы управления здравоохранением осуществляют контроль качества оказания медицинской помощи при лицензировании медицинской деятельности и в порядке послелицензионного контроля по обращениям граждан и организаций, а также в экстренных случаях.
- 1.2.7. Экспертному контролю обязательно подлежат:
  - случаи одномоментного выписывания пяти и более лекарственных средств или свыше десяти наименований в течение одного месяца;
  - случаи выписки льготных рецептов на лекарственные средства, не входящие в утвержденные перечни;
  - случаи выписки рецептов на наркотические средства и психотропные вещества;
  - случаи оказания медицинской помощи, при которых не был достигнут запланированный конечный результат, а также случаи:
    - летальных исходов;
    - внутрибольничного инфицирования и осложнений;
    - первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста;
    - неоднократной госпитализации по поводу одного и того же заболевания в течение года;
    - заболеваний с удлинёнными и укороченными сроками лечения и/или временной нетрудоспособности;
    - с расхождением диагнозов;
    - сопровождавшиеся жалобами пациентов или их родственников;
    - впервые выявленных онкологических заболеваний в поздних стадиях;
    - осложнения во время беременности и после родов;
    - эклампсии;
    - смерти на дому лиц трудоспособного возраста;

- смерти на дому лиц до 18 лет.

Все прочие случаи оказания медицинской помощи должны иметь одинаковую возможность быть подвергнутыми экспертной оценке, что обеспечивается методом «случайной выборки».

1.2.8. В течение месяца заведующий стационарным подразделением проводит экспертизу 100% законченных случаев, заместители руководителя учреждения по клинико-экспертной работе, лечебной работе, амбулаторно-поликлинической помощи (заведующие отделениями амбулаторно – поликлинических учреждений) – не менее 10% законченных случаев в течение квартала.

1.2.9. Контроль качества медицинской помощи конкретному пациенту предусматривает сопоставление ее со стандартами (протоколами). При отсутствии стандартов контроль качества медицинской помощи проводится путем анализа экспертом истории болезни и/или амбулаторной карты. Ведущая роль при контроле качества медицинской помощи принадлежит заключению эксперта, который, кроме выполнения стандарта, учитывает все особенности данного индивидуального случая.

1.2.10. Эксперт во время проведения контроля качества лечебно-диагностического процесса:

- оценивает полноту, своевременность и обоснованность диагностических мероприятий, адекватность выбора и соблюдения лечебных мероприятий, правильность формулировки диагноза, правильность оформления медицинской документации;
- выявляет дефекты и устанавливает их причины;
- готовит рекомендации по устранению и предупреждению выявленных недостатков.

1.2.11. Информация, полученная в результате оценки качества и эффективности медицинской помощи, доводится до сведения руководителей учреждения и органов управления здравоохранения, учитывается при принятии управленческих решений.

## **Раздел 2. Вневедомственная экспертиза объемов и качества медицинской помощи.**

### **2.1. Общие положения.**

2.1.1. Под системой вневедомственного контроля понимается контроль за организацией экспертизы временной нетрудоспособности, контроль качества и объемов медицинской и лекарственной помощи в пределах своей компетенции субъектами, не входящими в государственную систему здравоохранения.

2.1.2. Целью осуществления вневедомственного контроля является обеспечение прав пациентов на получение медицинской помощи надлежащего качества в объеме и на условиях, соответствующих Программе государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью, а также обеспечение рационального использования средств обязательного медицинского страхования и средств государственного социального страхования.

2.1.3. Объектом контроля является медицинская помощь, представляющая собой комплекс профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, осуществляемых по определенной технологии с целью достижения конкретных результатов для пациента и его удовлетворенности оказанной медицинской помощью.

2.1.4. Право на проведение вневедомственного контроля закреплено за субъектами Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, законами Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» и «О защите прав потребителей», Правилами обязательного

медицинского страхования, Федеральным законом от 29.12.2006 №255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством», Порядком выдачи медицинскими организациями листков нетрудоспособности, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 01.08.2007 №514 и другими нормативными документами.

- 2.1.5. Настоящее положение устанавливает единые организационные и методические принципы вневедомственного контроля качества и объемов медицинской помощи.
- 2.1.6. Вневедомственный контроль качества и объемов медицинской помощи осуществляется на основе ресурсных и кадровых возможностей лечебно-профилактических учреждений, применяемых технологий, а также показателей объемов и результативности их деятельности.
- 2.1.7. Вневедомственный контроль осуществляется по следующим направлениям:
- анализ результатов оказания медицинской помощи населению;
  - подготовка рекомендаций по совершенствованию организации и повышению качества медицинской помощи и контроль за их выполнением;
  - изучение удовлетворенности пациентов оказанной медицинской помощью;
  - экспертиза счетов и реестров за оказанные медицинские услуги;
  - соблюдение порядка выдачи медицинскими организациями листков нетрудоспособности;
  - контроль за правильностью оформления, обоснованностью выдачи, продления и хранения листков нетрудоспособности;
  - оценка организации и качества экспертизы временной и стойкой нетрудоспособности в ЛПУ области, независимо от их ведомственной принадлежности, частнопрактикующих врачей, бюро медико-социальной экспертизы Вологодской области;
  - изучение уровня и причин временной нетрудоспособности, разработки и реализации мероприятий по устранению выявленных недостатков, снижения заболеваемости и сокращения финансовых потерь на выплату соответствующих пособий.
- 2.1.8. Ответственность за организацию и состояние вневедомственного контроля несут руководители и должностные лица организаций и учреждений, имеющих право на его проведение, в соответствии с действующим законодательством.

## **2.2. Субъекты системы вневедомственного контроля качества и объемов медицинской помощи и их компетенция.**

- 2.2.1. Основными задачами субъектов вневедомственного контроля качества и объемов медицинской помощи являются:
- 2.2.1.1. Организация в пределах своей компетенции контроля за осуществлением экспертизы временной нетрудоспособности, экспертизы качества медицинской помощи и медико-экономической экспертизы с целью:
- обеспечения права граждан на получение медицинской помощи надлежащего качества и объема;
  - контроля обоснованности размеров оплаты медицинских услуг из средств обязательного медицинского страхования, социального страхования, бюджетов всех уровней;
  - обеспечения работающих граждан гарантированными пособиями по временной нетрудоспособности, по беременности и родам;
  - сокращения финансовых потерь на выплату по листкам нетрудоспособности, выданных и оформленных с нарушением действующего законодательства.
- 2.2.1.2. Повышение ответственности медицинских учреждений за несоблюдение договорных обязательств, принимаемых ими в отношении объемов, качества и условий оказания медицинских услуг, методами экономического воздействия.

- 2.2.1.3. Оценка возможностей учреждения здравоохранения гарантировать требуемый уровень качества медицинской помощи.
- 2.2.1.4. Правильность применения тарифов и соответствие предъявленных к оплате счетов выполненному объему медицинской помощи.
- 2.2.2. Вневедомственный контроль осуществляют:
- страховые медицинские организации;
  - Территориальный фонд обязательного медицинского страхования;
  - Территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по Вологодской области;
  - ГУ Вологодское региональное отделение Фонда социального страхования РФ;
  - ассоциация врачей;
  - страхователи;
  - общества (ассоциации, комитеты) защиты прав потребителей.
- 2.2.3. Компетенция Территориального фонда обязательного медицинского страхования:
- организация и осуществление контроля качества, объема и сроков оказания медицинской и лекарственной помощи специалистами фонда;
  - определение соответствия предъявленных фонду к оплате счетов за оказанные медицинские услуги их фактическому объему и качеству, Базовой и/или Территориальной программе обязательного медицинского страхования, Положению о порядке оплаты медицинских услуг в системе ОМС, Тарифному соглашению;
  - информирование департамента здравоохранения области, органов управления здравоохранением городов и районов, Росздравнадзор о выявленных в ходе экспертной работы недостатках деятельности лечебно-профилактических учреждений;
  - участие в разработке тарифов на медицинские услуги;
  - участие в формировании регистра внештатных врачей-экспертов.
- 2.2.4. Компетенция страховых медицинских организаций:
- организация и осуществление в рамках заключенных договоров обязательного медицинского страхования контроля качества, объемов и сроков медицинской помощи, штатными врачами-экспертами, а также путем привлечения внештатных врачей-экспертов на договорной основе;
  - определение соответствия выставленных к оплате счетов за оказанные медицинские услуги их объему и качеству, соответствия Базовой и/или Территориальной программе обязательного медицинского страхования, Положению о порядке оплаты медицинских услуг в системе ОМС;
  - предъявление претензий и исков лечебно-профилактическим учреждениям, юридическим и физическим лицам по возмещению ущерба, причиненного застрахованным гражданам;
  - информирование органов управления здравоохранением, Росздравнадзора о выявленных в ходе контроля недостатках в деятельности лечебно-профилактических учреждений;
  - участие в разработке тарифов на медицинские услуги;
  - изучение удовлетворенности застрахованных граждан объемам, доступностью и качеством медицинской помощи.
- 2.2.5. Компетенция страхователя:
- осуществление контроля за соблюдением условий договора медицинского страхования;
  - получения необходимой информации об имеющихся на территории организациях, наделенных правом осуществления контроля качества и объемов медицинской помощи населению, и порядке их деятельности.



2.2.6. Компетенция Территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по Вологодской области, Государственного учреждения - Вологодского регионального отделения Фонда социального страхования РФ при проведении совместных проверок:

- осуществление в пределах компетенции контроля за обоснованностью выдачи, продления, правильности оформления документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан;
- организация и осуществление планового контроля за состоянием экспертизы временной нетрудоспособности в лечебно-профилактических учреждениях области;
- организация и осуществление внепланового контроля за состоянием экспертизы временной нетрудоспособности в связи с письменными или устными запросами граждан, страхователей по обоснованности выдачи, продления, оформления, учета и хранения листков нетрудоспособности, предъявленных к оплате и в других случаях, требующих экспертного контроля;
- анализ временной нетрудоспособности, ее уровня, динамики, причин и расходов на выплату пособий по временной нетрудоспособности, беременности и родам;
- предъявление исков к лечебно-профилактическим учреждениям по возмещению средств, выплаченных в виде пособий по временной нетрудоспособности, беременности и родам по неправильно оформленным или выданным необоснованно или с нарушением установленного порядка листкам нетрудоспособности.

2.2.7. Компетенция ассоциации врачей:

- участие в разработке стандартов качества медицинской помощи, программ и критериев подготовки и повышения квалификации медицинских кадров, соглашений по тарифам на медицинские услуги;
- участие в формировании регистра внештатных врачей-экспертов.

2.2.8. Компетенция общества (ассоциации) защиты прав потребителей:

- изучение мнения о качестве медицинской помощи;
- защита прав пациентов путем представления и защиты их интересов в административных и судебных органах.

2.2.9. Компетенция Управления Росздравнадзора:

- осуществление контроля объемов медицинской помощи при проведении дополнительной диспансеризации работающих граждан и диспансеризации детей-сирот и детей, пребывающих в трудной жизненной ситуации;
- информирование Территориального фонда обязательного медицинского страхования, департамента здравоохранения области, органов управления здравоохранением городов и районов, о выявленных в ходе экспертной работы недостатках деятельности лечебно-профилактических учреждений.

### **2.3. Организация и порядок проведения вневедомственного контроля объемов и качества медицинской помощи.**

2.3.1. Система контроля качества и объемов медицинской и лекарственной помощи строится на основе взаимодействия ведомственного и вневедомственного контроля.

2.3.2. Субъекты вневедомственного контроля качества и объемов медицинской помощи организуют свою деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, ведомственными нормативными актами и документами, принятыми на территории.

2.3.3. Контроль качества и объемов медицинской помощи проводится субъектами вневедомственного контроля качества медицинской помощи по согласованным в пределах своей компетенции методологическим принципам и технологиям, в том числе с использованием автоматизированной технологии экспертизы качества (АТЭ КМП).

- 2.3.4. Высшим коллегиальным экспертным органом на территории области является Согласительная комиссия по контролю объемов и качества медицинской помощи, которая осуществляет организационно-методическое руководство экспертной работой всех субъектов.
- 2.3.5. С целью организации экспертизы качества медицинской помощи с применением автоматизированной технологии на территории области создается Экспертный совет, в состав которого входят представители департамента здравоохранения, Территориального фонда ОМС, служб качества СМО и ЛПУ.
- 2.3.6. Финансирование экспертной деятельности в системе контроля качества и объемов медицинской помощи осуществляется за счет средств этих субъектов.
- 2.3.7. Вневедомственный контроль осуществляется в соответствии с данным Положением, с Положением о медико-экономическом контроле и медико-экономической экспертизе страховых случаев в системе ОМС.
- 2.3.8. При поступлении в Территориальный фонд обязательного медицинского страхования жалоб застрахованных на неудовлетворенность оказания медицинской помощи, либо результатом рассмотрения жалобы пациента в страховой медицинской организации, Территориальный фонд обязательного медицинского страхования имеет право на проведение дополнительной проверки (в том числе, путем привлечения внештатных врачей-экспертов других территорий).
- 2.3.9. Экспертиза по жалобам иногородних граждан на некачественное оказание медицинских услуг в лечебно-профилактических учреждениях Вологодской области проводится главными специалистами департамента здравоохранения.
- 2.3.10. Территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по Вологодской области, Государственное учреждение - Вологодское региональное отделение Фонда социального страхования РФ проводят экспертный контроль следующих случаев временной нетрудоспособности:
- превышающие длительность ориентировочных сроков на 30% и более, а также значительно короче этих сроков;
  - закончившихся выходом на инвалидность;
  - случаи, когда выдача и продление листков нетрудоспособности, в соответствии с действующим законодательством, осуществляется решением врачебной комиссии;
  - выдача листков нетрудоспособности фельдшерами и зубными врачами;
  - другие случаи временной нетрудоспособности, отобранные методом «случайной выборки»;
  - в связи с запросами работодателей и работников по обоснованности выдачи и продления, правильности оформления листков нетрудоспособности, предъявленных к оплате.
- 2.3.11. Для оценки работы проверяющему специалисту должны быть предоставлены следующие документы:
- лицензия учреждения;
  - акт предыдущей проверки по данному разделу;
  - приказы руководителя лечебно-профилактического учреждения, регламентирующие проверяемый раздел работы;
  - медицинская документация;
  - статистическая документация;
  - при наличии фельдшеров и зубных врачей, имеющих право выдавать листки нетрудоспособности – список фельдшеров и зубных врачей, имеющих право выдавать листки нетрудоспособности, утвержденный Департаментом здравоохранения Вологодской области, согласованный Государственным учреждением - Вологодским региональным отделением Фонда социального страхования РФ, с указанием причин данного решения и сроков выдачи листков нетрудоспособности.

- 2.3.12. На время проведения экспертной проверки руководство медицинского учреждения обязано предоставить специалисту условия для работы (рабочее место).
- 2.3.13. Эксперт имеет право по согласованию с администрацией проводить обход подразделений медицинского учреждения с целью врачебного осмотра пациентов и контроля условий оказания медицинской помощи.
- 2.3.14. Медицинское учреждение обязано вести документальную регистрацию своей деятельности с учетом обеспечения достоверной и полной информации. В случае необходимости передачи медицинской документации за пределы лечебно-профилактического учреждения, оформляется акт передачи с указанием наименования медицинской документации, срока на какой передается документация, организации куда выдается и лица, получившего данные документы.
- 2.3.15. По согласованию с департаментом здравоохранения в случае необходимости к проведению экспертизы качества могут привлекаться врачи соответствующей квалификационной категории, не входящие в регистр внештатных врачей-экспертов (отсутствие вследствие болезни, отпуска и т.д. на момент проведения экспертизы специалистов, входящих в регистр внештатных врачей-экспертов).
- 2.3.16. С целью привлечения дополнительных средств, лечебно-профилактические учреждения обязаны содействовать страховым медицинским организациям и Территориальному фонду обязательного медицинского страхования в выставлении регрессных исков, своевременно предоставляя для этого необходимую информацию.
- 2.3.17. Споры по вопросам вневедомственной экспертизы решаются Согласительной комиссией.
- 2.3.18. При выявлении нарушений в лечебно-профилактическом учреждении, страховая медицинская организация, Территориальный фонд обязательного медицинского страхования, Территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по Вологодской области, Государственное учреждение - Вологодское региональное отделение фонда социального страхования РФ вправе:
- частично или полностью не оплатить медицинские услуги;
  - применить финансовые санкции по выявленным нарушениям;
  - довести до сведения органов местного управления, департамента здравоохранения области, органов управления здравоохранением городов и районов результаты проверок;
  - представлять интересы застрахованного на всех этапах разрешения спора, в том числе при предъявлении иска медицинскому учреждению или врачу;
  - предъявлять иск к лечебно-профилактическому учреждению о возмещении средств, выплаченных в виде пособий по временной нетрудоспособности, беременности и родам, по неправильно оформленным листкам нетрудоспособности, выданным необоснованно или с нарушением установленного порядка, по которым были произведены выплаты.
- 2.3.19. Результаты вневедомственного контроля доводятся до сведения главного врача лечебно-профилактического учреждения. ЛПУ вправе направить в проверяющую организацию «Протокол разногласий» в течение 15 дней с даты ознакомления с результатами вневедомственного контроля. В проверяющей организации вновь рассматриваются случаи по Протоколу разногласий. В случае несогласия с результатами повторного вневедомственного контроля по Протоколу разногласий, администрация лечебно-профилактического учреждения имеет право обратиться в Согласительную комиссию в течение месяца после получения результатов вневедомственного контроля с мотивированной претензией, при этом необходимо

известить проверяющую организацию о факте обращения в Согласительную комиссию. Согласительная комиссия должна рассмотреть претензию в течение месяца. О времени рассмотрения претензии руководство лечебно-профилактического учреждения и страховая медицинская организация должны быть оповещены не позднее, чем за 7 дней. По согласованию сторон может быть проведена дополнительная экспертиза с привлечением внештатных врачей-экспертов.

2.3.20. При отсутствии Протокола разногласий по результатам вневедомственного контроля и отсутствии в СМО, ТФОМС подписанного руководителем ЛПУ «Акта проверки лечебно-профилактического учреждения» в течение 15 дней после поступления в ЛПУ, по истечении указанного срока страховая медицинская организация, ТФ ОМС вправе применить финансовые санкции по выявленным нарушениям в соответствии с Актом проверки.

## **2.4. Контроль за целевым использованием средств, предназначенных для лекарственного обеспечения.**

2.4.1. Данный раздел устанавливает общие организационные и методические принципы контроля за целевым и рациональным использованием средств, предназначенных для лекарственного обеспечения граждан при оказании медицинской помощи.

2.4.2. Основной целью является организация эффективной управляемой фармацевтической системы, которая позволила бы обеспечить гарантированную и качественную лекарственную помощь:

- предоставление гарантированного лекарственного обеспечения при оказании амбулаторно-поликлинической помощи гражданам, имеющим право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг.
- предоставление гарантированного лекарственного обеспечения при лечении в дневных и круглосуточных стационарах;
- оптимальное использование средств обязательного медицинского страхования и федерального бюджета;
- внедрение новых ресурсосберегающих технологий и методик лечения больных;

2.4.3. Основные задачи:

- обеспечить финансирование лекарственной помощи в рамках Программы государственных гарантий по обеспечению граждан бесплатной медицинской помощью;
- создать систему контроля за целевым и рациональным использованием средств, предназначенных для обеспечения лекарственными средствами граждан при обязательном медицинском страховании.

2.4.4. Контроль осуществляется в виде:

- плановых проверок, осуществляемых путем сплошной или выборочной экспертизы любых случаев;
- целевых проверок;
- проверок, осуществляемых в случаях жалоб или претензий граждан;

2.4.5. Вневедомственный контроль осуществляется экспертами специалистами страховых медицинских организаций и Территориального фонда обязательного медицинского страхования.

2.4.6. Вневедомственный контроль обоснованности расходования финансовых средств, направляемых на лекарственное обеспечение граждан, проводится путем проведения экспертиз медицинской, финансовой и другой документации. Врачами-экспертами проводится экспертиза медицинской документации по следующим направлениям:

- наличие медицинской документации в соответствии с нормативными документами;
  - маркировка амбулаторных карт;
  - соответствие применяемых лекарственных средств Перечню жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств (далее-Перечень), формуляру учреждения, медико-экономическому стандарту;
  - обоснованность назначения лекарственных препаратов, не включенных в Перечень, утвержденный Правительством РФ;
  - соответствие назначенных лекарственных средств диагнозу и тяжести заболевания пациента;
  - назначение опасных комбинаций лекарственных средств;
  - превышение курсовых доз препаратов, необходимых для лечения заболеваний;
  - наличие полипрагмазии;
  - назначение нескольких препаратов аналогичного действия;
  - назначение противопоказанных при данном заболевании препаратов;
  - назначение лекарственных препаратов для лечения сопутствующей хронической патологии вне обострения;
  - назначение препаратов, не входящих в стандарт лечения имеющегося у пациента, заболевания;
  - выписка льготных рецептов без осмотра больного;
- 2.4.7. Результаты проведения плановых и целевых ведомственных, вневедомственных и совместных экспертиз и проверок оформляются в виде акта.
- 2.4.8. Выявленные при проведении вневедомственного и совместного контроля суммы нецелевого и нерационального использования средств, предназначенных для лекарственного обеспечения граждан подлежат восстановлению в соответствии с предписанием.

### **Раздел 3. Требования, предъявляемые к лечебно-профилактическим учреждениям, по оформлению медицинской документации.**

#### **3.1. Общие положения.**

- 3.1.1. Медицинская документация должна быть оформлена в соответствии с требованиями, установленными действующими нормативными актами и инструктивными материалами. Медицинские работники обязаны заполнять медико-статистические документы в соответствии с реквизитами, предусмотренными утвержденными формами этих документов. Не допускать искажений (не соответствующей действительности информации) в медицинской документации. Не допустимы сокращенные записи диагнозов и названий лекарственных препаратов. Медицинский документ должен быть разборчивым (легко читаемым) и давать полное представление о характере, объеме и качестве медицинской помощи, оказанной пациенту.
- 3.1.2. В соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 22 ноября 2004 г. № 255 «О порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг» в медицинской документации указывается на титульном листе полное наименование медицинского учреждения, в соответствии с документами регистрационного учета, адрес и код ОГРН. Медицинская документация граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг, маркируется литерой «Л».
- 3.1.3. Все записи должны быть оформлены разборчиво и четко. Каждая запись заверяется подписью лечащего врача с указанием даты осмотра пациента.
- 3.1.4. Медицинская документация хранится в медицинском учреждении. В случае необходимости выдачи медицинской документации физическим (консультации специалистов в другом ЛПУ) или юридическим лицам (проведение экспертизы) факт

выдачи документации оформляется записью в журнале с указанием лица, которому выдается, срока на какой выдается и подписывается лицом, получившим документацию.

3.1.5. Перечень и сроки хранения первичной медицинской документации определяются ведомственными приказами.

### **3.2. Требования, предъявляемые к оформлению документации.**

3.2.1. История болезни стационарного больного должна содержать:

3.2.1.1. Паспортную часть, где указаны:

- фамилия, имя, отчество полностью;
- год рождения, адрес, место работы (учебы);
- наименование страховой медицинской организации; серия и номер медицинского страхового полиса;
- при наличии аллергии на медицинские средства, вызывающие аллергию, перенесенный гепатит, должны быть указаны на лицевой стороне истории болезни;
- отметка о группе крови и резус-факторе;
- дата и час поступления в медицинское учреждение;
- диагноз, установленный учреждением, направившим больного в стационар.

3.2.1.2. Данные осмотра пациента при поступлении в стационар:

- время осмотра;
- жалобы пациента;
- анамнез жизни и заболевания, аллергологический анамнез (при наличии аллергии на медицинские препараты, лекарственные средства, вызывающие аллергию, должны быть указаны на титульном листе истории болезни), эпидемиологический анамнез;
- данные объективного (физикального) обследования с оценкой тяжести состояния пациента при поступлении.

3.2.1.3. Предварительный диагноз при поступлении, план обследования и лечения;

3.2.1.4. Клинический диагноз в соответствии с классификацией, принятой на территории РФ (клинический диагноз устанавливается в первые три дня пребывания больного в стационаре).

3.2.1.5. План ведения больного, сроки осмотра заведующим отделением, консультации специалистов по показаниям, проведение консилиума у тяжелых и неясных в диагностическом плане больных. У тяжелого больного в день поступления в историю болезни заведующим отделением должны быть зафиксированы результаты осмотра с заключением, с предварительным диагнозом, планом обследования и лечения. В случае несогласия заведующий отделением письменно вносит свои коррективы в историю болезни.

3.2.1.6. Ведение истории болезни:

Дневник ведения пациентов: интенсивное наблюдение в зависимости от тяжести заболевания не реже 1 раза в 3 часа, динамическое наблюдение не реже чем через 6 часов, плановое - 1 раз в день (в зависимости от профиля специализации стационара или отделения: согласно нормативным документам Министерства здравоохранения и социального развития РФ);

Кратность оформления этапных эпикризов определяется положением о ведомственной экспертизе, разработанным в учреждении. В случае отсутствия данного положения этапные эпикризы оформляются 1 раз в 10 дней. Кроме того, эпикризы оформляются:

- при изменении основного диагноза с обоснованием нового диагноза;
- при появлении серьезных осложнений основного заболевания, обострения сопутствующих заболеваний;
- при переводе в другое отделение;

При операциях и сложных манипуляциях оформляется:

- предоперационный эпикриз с обоснованием показаний к операции,

- запись результатов осмотра анестезиологом;
- согласие больного на операцию;
- наркозная карта;
- трансфузионный протокол;
- протокол операции;
- карта наблюдения больного в отделении интенсивной терапии и реанимации;

По окончании лечения оформляется:

- выписной (посмертный) эпикриз с описанием динамики состояния больного, данных обследования, проведенного лечения и его эффективности, рекомендациями по дальнейшему лечению, наблюдению, трудоспособности;
- в случае летального исхода - протокол патологоанатомического исследования, патологоанатомический диагноз.

3.2.1.7. Правильно оформленные температурные листы, листы назначений и результатов обследования:

- лист назначений с обязательной ежедневной отметкой о выполнении;
- температурный лист;
- лист питания для детей до 1 года;
- результаты дополнительного обследования (лабораторного, рентгенологического, функционально-диагностического и т.д.), в соответствии с листом назначений.

3.2.1.8. Соответствующим образом должны быть оформлены и записи (фамилии, даты, подписи):

- обследование на содержание наркотиков и алкоголя;
- о показаниях к гемотрансфузиям;
- о введении наркотических препаратов;
- показания к обследованию на ВИЧ;
- о выдаче, продлении листка нетрудоспособности, направлении на врачебную комиссию (ВК);
- на отказ больного от медицинского вмешательства;
- о нарушении режима;
- заключение консилиума.

3.2.1.9. Все записи врача должны быть им подписаны и содержать отметку о дате осмотра.

3.2.1.10. История болезни должна быть проверена и подписана заведующим отделением.

### 3.2.2. **Медицинская карта амбулаторного больного:**

3.2.2.1. Должна содержать:

- полностью заполненную паспортную часть (наименование ЛПУ (штамп), наименование страховой компании, номер страхового полиса ОМС, код льготы, СНИЛС, фамилию, имя, отчество (полностью), пол, дату рождения, адрес постоянного места жительства, адрес регистрации по месту пребывания, телефон домашний, служебный; документ, удостоверяющий право на льготное обеспечения (наименование, №, серия, дата, кем выдан), инвалидность, место работы, профессия, должность; перемена адреса и места работы);
- заболевания, подлежащие диспансерному наблюдению (наименование заболевания, код по МКБ-10, дата постановки и снятия с диспансерного наблюдения, должность и подпись врача);
- группу крови, результат;
- аллергологический анамнез (лекарственная непереносимость должна быть указана на лицевой стороне амбулаторной карты);
- лист заключительных уточненных диагнозов;
- четко оформленные и разборчивые записи об амбулаторных посещениях (в необходимых случаях с обоснованием диагноза, показаний к госпитализации);
- лечебные назначения;

- результаты дополнительных исследований;
  - лист флюорографических и других целевых осмотров;
  - данные о консультациях специалистов;
  - для диспансерных больных вводные и этапные годовые эпикризы;
  - выписки из истории болезни или их копии (в случае госпитализации).
- 3.2.2.2. В медицинской карте соответствующим образом (даты, подписи) должны быть оформлены записи:
- эпикриз на ВК, данные осмотра и решения ВК;
  - о направлении на госпитализацию;
  - о направлении на санаторно-курортное лечение;
  - о выписке льготного рецепта;
  - о выдаче, продлении и закрытии листка нетрудоспособности больного, № больничного листа;
  - о явке на последующий прием;
  - клинический диагноз должен быть полным, согласно принятой классификации, с указанием основного, сопутствующего заболевания, их форм, стадий и осложнений.
- 3.2.2.4. Все записи лечащего врача должны быть им подписаны и, содержать отметку о дате осмотра пациента.
- 3.2.2.5. Медицинская карта пациента, обратившегося в Центр здоровья ведется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 19.08.2009 г. № 597н «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака» (учетные формы № 025-ЦЗ/у, № 002-ЦЗ/у).

### 3.2.3. Амбулаторная карта стоматологического больного:

#### 3.2.3.1. Должна содержать:

- полностью заполненную паспортную часть (наименование ЛПУ (штамп) наименование страховой компании, номер страхового полиса ОМС, код льготы, СНИЛС, фамилию, имя, отчество (полностью), пол, дату рождения, адрес постоянного места жительства, адрес регистрации по месту пребывания, телефон домашний, служебный; документ, удостоверяющий право на льготное обеспечения (наименование, №, серия, дата, кем выдан), инвалидность, место работы, профессия, должность; перемена адреса и места работы);
- аллергологический анамнез (лекарственная непереносимость должна быть указана на лицевой стороне амбулаторной карты).

#### 3.2.3.2. Данные первичного осмотра пациента:

- жалобы;
- перенесенные и сопутствующие заболевания;
- зубная формула, с указанием состояния зубов;
- характеристика прикуса;
- состояние слизистой оболочки полости рта, десен, альвеолярных отростков и неба;
- данные рентгенологического и лабораторных исследований (при необходимости);
- диагноз;
- проведенное лечение, рекомендации пациенту;
- отметка о выполненной работе в УЕТ с указанием кода работ.

#### 3.2.3.3. Дневниковые записи повторных посещений должны содержать:

- жалобы,
- анамнез,
- статус,
- данные рентгенологического и лабораторных исследований (при необходимости),
- диагноз;



- проведенное лечение, рекомендации пациенту;
- отметка о выполненной работе в УЕТ с указанием кода работ.

#### 3.2.3.4. Эпикризы оформляются:

- при изменении основного диагноза, с обоснованием нового диагноза;
- при появлении осложнений основного заболевания, обострении сопутствующих заболеваний;
- предоперационный эпикриз с обоснованием показаний к проведению операции, согласие пациента на оперативное вмешательство.

#### 3.2.3.5. В медицинской карте соответствующим образом (даты, подписи) должны быть оформлены записи:

- эпикриз на ВК, данные осмотра и решения ВК;
- о направлении на госпитализацию;
- о выписке льготного рецепта;
- о выдаче, продлении и закрытии листка нетрудоспособности больного, № больничного листа;
- о явке на прием.

#### 3.2.3.5. Все записи лечащего врача должны быть им подписаны и, содержать отметку о дате осмотра пациента.

#### 3.2.4. **История развития ребенка должна содержать:**

##### 3.2.4.1. Паспортную часть, где указаны:

- фамилия и имя полностью;
- дата рождения;
- домашний адрес;
- наименование страховой организации;
- номер и серия полиса;
- фамилия, имя, отчество родителей.

##### 3.2.4.2. Информацию о дородовых патронажах.

##### 3.2.4.3. Информацию новорожденного с:

- указанием течения беременности, родов, оценки состояния новорожденного при рождении, динамики раннего неонатального периода;
- данными повторных патронажей (врачебных, сестринских).

##### 3.2.4.4. Карту профилактических прививок, результаты проведения реакции Манту.

##### 3.2.4.5. Лист уточненных диагнозов.

##### 3.2.4.6. Этапные эпикризы с оценкой физического и нервно-психического развития с рекомендациями по питанию, физическому воспитанию, психомоторному развитию.

##### 3.2.4.7. Результаты лабораторных и других диагностических исследований .

##### 3.2.4.8. Заключение специалистов, осматривавших ребенка.

##### 3.2.4.9. Подробный анамнез при заболевании, данные физикального и других исследований, описанием клинической картины, на основании которой выставлен диагноз и даны соответствующие назначения.

##### 3.2.4.10. Копии выписок из истории болезни в случае госпитализации ребенка.

#### 3.2.5. **История болезни больного дневного стационара должна содержать:**

##### 3.2.5.1. Паспортную часть, где указаны:

- фамилия, имя, отчество полностью;
- год рождения, адрес, место работы (учебы);
- наименование страховой медицинской организации; серия и номер медицинского страхового полиса;
- при наличии аллергии на медицинские средства, вызывающие аллергию, перенесенный гепатит - сведения должны быть указаны на лицевой стороне истории болезни;

- отметка о группе крови и резус-факторе (в зависимости от профиля);
- дата и час поступления в медицинское учреждение;
- диагноз, установленный учреждением, направившим больного в стационар.

#### 3.2.5.2. Данные осмотра пациента при поступлении в стационар:

- время осмотра;
- жалобы пациента;
- анамнез жизни и заболевания, аллергологический анамнез (при наличии аллергии на медицинские препараты, лекарственные средства, вызывающие аллергию - сведения должны быть указаны на титульном листе истории болезни);
- данные объективного (физикального) обследования с оценкой тяжести состояния пациента при поступлении.

#### 3.2.5.3. Предварительный диагноз при поступлении, план обследования и лечения.

#### 3.2.5.4. Клинический диагноз в соответствии с классификацией, принятой на территории РФ (клинический диагноз устанавливается в первые три дня пребывания больного в стационаре).

#### 3.2.5.5. План ведения больного, консультации специалистов по показаниям.

#### 3.2.5.6. Оформление дневников и этапных эпикризов:

- дневник ведения пациентов: плановое наблюдение - 1 раз в 2 дня (в зависимости от профиля специализации стационара или отделения согласно нормативным документам Министерства здравоохранения и социального развития РФ);
- этапные эпикризы - 1 раз в 10 дней, при превышении сроков пребывания больного в стационаре с обоснованием причины задержки больного.

Кроме того, этапные эпикризы в обязательном порядке оформляются в случаях:

- при изменении основного диагноза с обоснованием нового диагноза;
- при появлении серьезных осложнений основного заболевания, обострения сопутствующих заболеваний;
- выписной эпикриз с описанием динамики состояния больного, данных обследования, проведенного лечения и его эффективности, рекомендациями по дальнейшему лечению, наблюдению, трудоспособности;
- предоперационный эпикриз с обоснованием показаний к операции, согласие больного на операцию;
- запись результатов осмотра анестезиологом (при необходимости);
- протокол операции;
- протокол цитологического исследования.

#### 3.2.5.7. Правильно оформленные листы назначений и результатов обследования:

- лист назначений с обязательной ежедневной отметкой о выполнении;
- результаты дополнительного обследования (лабораторного, рентгенологического, функционально-диагностического и т.д.) в соответствии с листом назначений.

#### 3.2.5.8. Соответствующим образом должны быть оформлены и записи (фамилии, даты, подписи):

- о введении наркотических препаратов (в случае назначения);
- о выдаче, продлении листка нетрудоспособности, направлении на ВК;
- на отказ больного от медицинского вмешательства;
- о нарушении режима.

#### 3.2.5.9. Все записи врача должны быть им подписаны и содержать отметку о дате осмотра пациента.

#### 3.2.5.10. История болезни должна быть проверена и подписана заведующим отделением или заместителем главного врача.

### 3.2.6. Талон амбулаторного пациента (далее талон)

3.2.6.1. Заполняется во всех лечебно-профилактических учреждениях, ведущих амбулаторный прием, при каждом обращении пациента, талон на граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг, маркируется литерой «Л».

3.2.6.2. В талоне регистрируют:

- номер медицинской карты амбулаторного больного или истории развития ребенка и дата приема пациента;
  - данные пациента (код категории льготы, номер страхового полиса ОМС, СНИЛС, «пациент код» указывается идентификационный номер пациента, принятый в ЛПУ; фамилия, имя, отчество записывается полностью, пол, дата рождения (год рождения полностью); документ, удостоверяющий личность (название, серия, номер), адрес регистрации по месту жительства, социальный статус, инвалидность);
  - код, фамилию, имя, отчество врача /полностью/; код, фамилию, имя, отчество /полностью/ среднего медицинского персонала при учете медицинской помощи, оказанной средним медицинским персоналом;
  - вид оплаты, место обслуживания, цель посещения, результат обращения;
  - основной диагноз (код по МКБ-10), код медицинской услуги, характер заболевания, диспансерный учет;
  - вид травмы (для пациентов, получивших травму);
  - для пациентов, имеющих сопутствующие заболевания: сопутствующий диагноз (код по МКБ-10),
  - код медицинской услуги, характер заболевания, диспансерный учет;
  - изменение диагноза, вынесенного ранее на лист уточненных диагнозов медицинской карты амбулаторного больного, код по МКБ-10 ранее зарегистрированного диагноза, дату изменения диагноза;
  - документ временной нетрудоспособности (открыт, закрыт), причину выдачи;
- рецептурный бланк серию, номер при выписке пациенту рецептов на льготное лекарственное обеспечение.

3.2.6.3. При оказании медицинской помощи гражданам, застрахованным вне территории Вологодской области или постоянно проживающим за пределами Вологодской области и не имеющим страхового медицинского полиса, персональные данные пациента заносятся в статистический талон в соответствии с требованиями заполнения реестра счета по оплате медицинских услуг, установленными ТФ ОМС Вологодской области. Порядок предоставления счетов и требования к оформлению реестров счетов изложены в «Положении о Порядке оплаты медицинских услуг в системе обязательного страхования граждан на территории Вологодской области».

3.2.6.4. Врач кабинета медицинской статистики (либо лицо, на которое возложена функция контроля кодирования диагнозов, данных о травме, диспансерном учете) контролирует правильность заполнения Талона.

### **3.2.7. Контрольная карта диспансерного наблюдения**

3.2.7.1. Заполняется всеми амбулаторно-поликлиническими учреждениями, кроме специализированных учреждений (специальные карты диспансерного наблюдения).

3.2.7.2. Контрольная карта диспансерного наблюдения заполняется также на:

- больных кожными заболеваниями и трихомониазом, взятых под диспансерное наблюдение кожно-венерологическими учреждениями;
- больных предопухолевыми заболеваниями, взятых под диспансерное наблюдение онкологическими учреждениями.

3.2.7.3. Контрольная карта диспансерного наблюдения содержит сведения:

- код или номер медицинской карты амбулаторного больного (истории развития ребенка);
- диагноз заболевания по поводу, которого состоит на диспансерном учете

- дата установления впервые в жизни диагноза, код по МКБ-10 и путь его выявления, сопутствующие заболевания, код льготы;
- дата взятия на учет, дата снятия с учета, причина снятия с диспансерного учета;
- фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес проживания, место работы, профессия, должность;
- даты назначенной и фактической явки больного к врачу;
- об изменении диагноза, сопутствующих заболеваниях, осложнениях;
- о проводимых мероприятиях (дата начала, дата окончания);
- подпись врача.

### **3.2.8. Направление на госпитализацию, обследование, консультацию (далее - направление)**

3.2.8.1. В направлении указывают:

- полное наименование медицинского учреждения, куда направлен пациент;
- номер страхового полиса ОМС;
- код льготы;
- фамилия, имя, отчество, адрес постоянного места жительства, место работы, должность;
- код диагноза по МКБ-10;
- основную причину, послужившую поводом для госпитализации;
- должность медицинского работника, направившего больного; фамилию, имя, отчество медицинского работника и его подпись;
- при плановой госпитализации указываются данные проведенных обследований и лечения пациента.

3.2.8.2. Направление подписывается заведующим отделением с указанием фамилии, имени, отчества и заверяется печатью учреждения.

### **3.2.9. Карта вызова скорой помощи должна содержать:**

- полностью оформленную паспортную часть;
- время приема вызова;
- время передачи вызова. Фамилию врача или фельдшера, принявшего вызов;
- время выезда и прибытия бригады;
- жалобы пациента;
- анамнез заболевания;
- объективный статус (признаки, значимые для постановки диагноза);
- диагноз;
- оценка транспортабельности;
- назначения;
- сведения о состоянии пациента после оказания помощи.

3.2.9.1. В случае необходимости:

- время вызова и прибытия специализированной бригады;
- время и обстоятельства получения травмы;
- диагноз, установленный в приемном покое, куда доставлен больной.

3.2.9.2. Все записи врача или фельдшера должны быть им подписаны и фиксированы по времени.

### **3.2.10. Паспорт врачебного участка граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг (далее - паспорт)**

3.2.10.1. Паспорт предназначен для получения информации о наличии на врачебном участке граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг и обеспечению их необходимой бесплатной медицинской помощью, лекарственными средствами, в соответствии со стандартами оказания

медицинской помощи, утвержденными в установленном порядке, санаторно-курортным, и восстановительным лечением.

3.2.10.2. Паспорт составляется каждым участковым врачом, врачом общей практики на основании Федерального регистра граждан, имеющих соответствующую категорию льготы, на получение набора социальных услуг, «Медицинской карты амбулаторного больного», и «Истории развития ребенка».

3.2.10.3. Паспорт заполняется 1 раз в квартал, по состоянию на 1 число месяца, следующего за отчетным периодом. Указывается фамилия, имя, отчество врача, должность, номер участка.

3.2.10.4. Паспорт, в виде таблицы, содержит сведения:

3.2.10.4.1. заполняются врачом:

- фамилия, имя, отчество пациента, дата рождения, номер страхового полиса, СНИЛС;
- код категории льготы;
- наименование заболевания, код по МКБ-10;
- дата постановки на учет, дата снятия с учета, причина;
- число посещений;

3.2.10.4.2. заполняются специалистом организационно-методического кабинета:

- наименование выписанного лекарственного препарата, дозировка;
- номер и серия выписанного рецепта;
- фактически полученных лекарственных средств, дозировка;
- стоимость лекарственного обеспечения (заполняется на основании информации аптечной организации);
- о выданных справках на санаторно-курортное лечение, из них: на амбулаторно-курортное лечение, санаторно-курортных карт;
- число возвращенных обратных талонов санаторно-курортных карт.

3.2.10.5. По завершении отчетного периода Паспорт подписывается участковым врачом, (врачом общей практики), специалистом организационного кабинета, указывается дата.

**3.2.11. Сведения о лекарственных средствах, выписанных и отпущенных гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг (в соответствии с Федеральным законом от 22.08.2004 г. № 122) (далее - сведения).**

3.2.11.1. Сведения формируются за квартал:

3.2.11.2.1. Специалистом организационно-методического кабинета медицинского учреждения на основании «Паспорта врачебного участка граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг» и «Медицинской карты амбулаторного больного» и «Истории развития ребенка»:

- номер по порядку выписанных средств;
- дата выписки лекарственного средства;
- код врача или ФИО врача, выписавшего рецепт;
- ФИО пациента;
- серия и номер страхового полиса ОМС;
- СНИЛС;
- серия и номер выписанного рецепта.

3.2.11.2.2. Аптечными учреждениями, имеющими право на отпуск лекарственных средств по льготным рецептам, заполняются сведения 2 раза в месяц:

- дата отпуска лекарственного средства;
- наименование отпущенного лекарственного средства;
- стоимость упаковки лекарственного средства;

- количество упаковок лекарственного средства, отпущенного по указанному рецептурному бланку;
  - общая стоимость отпущенного лекарственного средства (общая стоимость отпущенных лекарственных средств указывается 1 раз за отчетный период).
- 3.2.11.3. Сведения подписываются заведующим организационно-методического кабинета и работником аптечного учреждения с указанием фамилии имени, отчества и подписи.

#### **Раздел 4. Условия оказания медицинской помощи.**

##### **4.1. Общие положения.**

4.1.1. Медицинская помощь пациентам должна быть предоставлена в полном объеме и, включать в себя:

- осмотр пациента;
- установление диагноза, составление плана амбулаторного или стационарного лечения и диагностики;
- оформление медицинской документации в соответствии с установленными требованиями;
- организацию лечебно-диагностических, профилактических и санитарно-гигиенических мероприятий и содействие их своевременному выполнению;
- в полном объеме обеспечение экстренных и неотложных мероприятий средствами, предусмотренными стандартами качества медицинской помощи;
- сопровождение пациента на следующий этап оказания медицинской помощи в случае непосредственной угрозы жизни;
- обеспечение санитарно-эпидемического режима;
- оказание медицинской помощи и консультативных услуг в соответствии с установленными положениями;
- обеспечение медицинской помощи и консультативных услуг детям до 15 лет в амбулаторных условиях в присутствии родителей и замещающих их лиц (в случае, если родители желают присутствовать при оказании медицинской помощи ребенку).

4.1.2. Прием пациентов и лечебно-диагностический процесс должны проводиться в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям и исключающим контакт с инфекционными больными.

4.1.3. Медицинское вмешательство в плановом порядке может проводиться только после добровольного согласия пациента.

4.1.4. При отказе пациента от медицинского вмешательства факт отказа должен быть оформлен в медицинской документации.

4.1.5. Медицинская помощь должна оказываться в обстановке уважительного и гуманного отношения к пациенту со стороны медицинских работников.

4.1.6. Информация о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иные сведения, полученные при обследовании и лечении, должны быть сохранены в тайне.

4.1.7. Пациенту должны быть предоставлены необходимые документы, обеспечивающие возможность лечения амбулаторно или на дому (рецепты, справки, листок нетрудоспособности, направление на лечебно-диагностические процедуры и т.д.).

4.1.8. Пациенты должны быть обеспечены следующей информацией:

- о правах, обязанностях и состоянии здоровья в доступной для них форме;
- о состоянии здоровья и порядке проведения лечебно-диагностических и превентивных мероприятий;
- о лечебно-охранительном режиме, порядке лечения и диагностики, порядке приобретения лекарств;

- о состоянии здоровья ребенка, если медицинская помощь ему оказана в отсутствие родителей или лиц, законно представляющих их.
- 4.1.9. При направлении на плановые лечебные, лабораторные, диагностические исследования, консультации специалистов в другие лечебно-профилактические учреждения (при отсутствии возможности произвести данные исследования и консультации по месту лечения), осуществляется информирование пациентов о порядке и месте предоставления бесплатных медицинских услуг в рамках Программы госгарантий, о наличии очередности.
- 4.1.10. Каждое лечебно-профилактическое учреждение должно обеспечить граждан информацией в соответствии с «Правилами информирования граждан в медицинских учреждениях и организациях, участвующих в выполнении Программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи на территории Вологодской области», утвержденными приказом департамента здравоохранения и Территориального фонда ОМС от 29.05.2009 №498/270.
- 4.1.11. В каждом лечебно-профилактическом учреждении в доступном для пациента месте должна быть «Книга отзывов и предложений».

#### **4.2. Виды медицинской помощи.**

- 4.2.1. Медицинская помощь может быть плановой и экстренной.
- 4.2.2. Пациентам, состояние здоровья которых не угрожает жизни и не требует принятия экстренных мер, оказывается плановая медицинская помощь согласно плану лечения.
- 4.2.3. Экстренная медицинская помощь оказывается при следующих угрожающих жизни состояниях здоровья пациента:
  - все открытые и закрытые травматические повреждения костей черепа, головного мозга, мягких тканей, костей, внутренних органов, суставов, инородные тела всех локализаций;
  - острые гнойно-воспалительные заболевания, требующие оперативного вмешательства;
  - острые хирургические заболевания органов грудной, брюшной полости, забрюшинного пространства, мочевыводящей системы;
  - острые и хронические кровотечения наружных и внутренних органов;
  - состояния и синдромы, сопровождающиеся нарушением сознания;
  - инфекционные заболевания, в том числе клещевой энцефалит;
  - острые заболевания внутренних органов, обострение хронических заболеваний;
  - болевой и другие синдромы, угрожающие жизни больного и требующие уточнения клинического диагноза;
  - беременность и состояния, связанные с беременностью;
  - острые отравления;
  - все острые заболевания у детей раннего возраста.

#### **4.3. Условия оказания амбулаторно-поликлинической помощи.**

- 4.3.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь оказывается в лечебно-поликлинических учреждениях в установленном органами управления здравоохранением порядке.
- 4.3.2. При остром заболевании и внезапном ухудшении состояния здоровья медицинская помощь может осуществляться врачом по вызову на дом.
- 4.3.3. Проведение консультаций больных на дому врачами специалистами проводится при наличии медицинских показаний после осмотра участковым врачом или врачом общей практики.

- 4.3.4. Лекарственное обеспечение граждан в амбулаторно-поликлинических условиях осуществляется за счет личных средств, за исключением:
- лекарственного обеспечения при оказании экстренной и неотложной медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях и на дому;
  - расходных материалов при проведении лабораторных исследований и диагностических манипуляций, назначенных лечащим врачом в рамках Программы госгарантий;
  - лекарственных средств и расходных материалов при оказании стоматологической помощи в рамках перечня медикаментов и изделий медицинского назначения для оказания амбулаторно-стоматологической помощи Программы госгарантий;
  - обеспечения отдельных категорий граждан в соответствии с Федеральным Законом от 17.07.1999 № 178 в редакции № 122;
  - перечня групп населения, лекарственное обеспечение которых осуществляется за счет средств областного бюджета в соответствии с законом Вологодской области от 07.12.1998 №317-ОЗ.
- 4.3.5. В соответствии с Федеральным Законом от 17.07.1999г. № 178-ФЗ отдельные категории граждан имеют право на дополнительную бесплатную медицинскую помощь, в том числе, предусматривающую обеспечение в соответствии со стандартами медицинской помощи по рецептам врача (фельдшера) необходимыми лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов.
- 4.3.6. Допускается очередность на проведение плановых консультаций, плановых диагностических и лабораторных исследований с регистрацией даты обращения в установленном порядке. На отдельные виды дорогостоящей медицинской помощи сроки планового ожидания устанавливаются органами управления здравоохранения (ядерно-магнитный резонанс, компьютерная томография, иммунограмма)
- 4.3.7. При невозможности получения отдельных видов диагностических исследований или лечебных процедур в территориально-прикрепленном лечебно-профилактическом учреждении, данные услуги оказываются в других медицинских учреждениях по направлению лечащего врача территориальной поликлиники в порядке, установленном органами управления здравоохранения,
- 4.3.8. Амбулаторная помощь по экстренным показаниям оказывается в день обращения, отсутствие страхового полиса обязательного медицинского страхования и/или личных документов не являются причиной отказа в экстренном приеме (экстренными показаниями являются острое заболевание и внезапное ухудшение состояния здоровья).

#### **4.4. Условия оказания стационарной помощи.**

- 4.4.1. Плановая госпитализация осуществляется по направлению лечащего врача поликлиники или врача общей практики в порядке, установленном органами управления здравоохранением.
- 4.4.2. Допускается очередность на плановую госпитализацию с регистрацией даты обращения в установленном порядке.
- 4.4.3. Проведение лечебно-диагностических манипуляций после осмотра врачом в день госпитализации.
- 4.4.4. Прикрепление лечащего врача, среднего медицинского персонала, оперирующего хирурга, врача-консультанта в соответствии с расписанием работы структурного подразделения лечебно-профилактического учреждения.
- 4.4.5. Перевод в лечебно-профилактическое учреждение более высокого уровня по медицинским показаниям.



- 4.4.6. Предоставление больным поста индивидуального ухода по медицинским показаниям.
- 4.4.7. Обеспечение питанием и койкой лица, ухаживающего за больным ребенком до 3-х лет, а также при наличии медицинских показаний по уходу за ребенком старше 3-х лет.
- 4.4.8. Бесплатное лекарственное обеспечение по основному заболеванию и по сопутствующему, влияющему на течение основного и/или требующему постоянной поддерживающей терапии, в рамках Перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, изделий медицинского назначения и расходных материалов, используемых при реализации Программы госгарантий.
- 4.4.9. Все медицинские услуги, назначенные лечащим врачом в рамках Программы госгарантий, проводятся для пациента бесплатно.
- 4.4.10. Направление больного для лечения за пределы области осуществляется органами управления здравоохранением.

#### **4.5. Условия оказания медицинской помощи в дневных стационарах всех типов.**

- 4.5.1. Плановая госпитализация осуществляется по направлению лечащего врача поликлиники, врача стационара круглосуточного пребывания или врача общей практики в порядке, установленном органами управления здравоохранением.
- 4.5.2. Допускается очередность на плановую госпитализацию с регистрацией даты обращения в установленном порядке.
- 4.5.3. Проведение лечебно-диагностических манипуляций после осмотра врачом в день госпитализации.
- 4.5.4. Перевод в стационар круглосуточного пребывания при ухудшении состояния больного.
- 4.5.5. Бесплатное лекарственное обеспечение по основному заболеванию и по сопутствующему, влияющему на течение основного и/или требующему постоянной поддерживающей терапии, в рамках Перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, изделий медицинского назначения и расходных материалов, используемых при реализации Программы госгарантий.

#### **Раздел 5. Общие показания к госпитализации.**

- 5.1. Госпитализация граждан обеспечивается в оптимальные сроки врачом или иным медицинским работником, наблюдавшим пациента, только при наличии показаний для госпитализации.
- 5.2. Экстренная госпитализация осуществляется по установленным правилам в срок не более 3 часов с момента определения показаний для госпитализации (абсолютные показания для экстренной госпитализации) и в срок не более 24 часов – при относительных показаниях для экстренной госпитализации.
- 5.3. Плановая госпитализация обеспечивается в соответствии с установленными правилами в конкретный стационар (отделение) после проведения необходимого минимума диагностических исследований и установления предварительного диагноза. При плановой госпитализации следует в обязательном порядке указывать цель данной госпитализации.
- 5.4. Оценка обоснованности госпитализации в круглосуточный стационар проводится на основании представленных для экспертизы медицинских документов (направление, амбулаторная карта, история болезни, при необходимости – журнал приема больных и отказов в госпитализации) либо на основании очной экспертизы (опрос, осмотр).
- 5.5. Обоснованной признается госпитализации при соблюдении (выполнении) одного или более пунктов перечисленных ниже, а именно:

- 5.5.1. Угроза для жизни больного – это абсолютные показания для экстренной госпитализации.
- 5.5.2. Невозможность проведения диагностических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях. Под этим следует понимать такие ситуации и состояния, при которых необходимый объем обследования может быть выполнен только в стационаре с круглосуточным пребыванием по следующим основным причинам:
- 5.5.2.1. Технологические – то есть, в случаях инвазивных, агрессивных и трудоемких методов исследований, требующих квалификации соответствующих специалистов (например, аортография, коронарография и т.д.).
- 5.5.2.2. Клинико-тактические:
- в случаях, когда после проведенного метода исследования возникает необходимость динамического (в течение суток или более) наблюдения за пациентом с целью ранней диагностики развития возможных осложнений (побочных явлений) самого метода исследования, примененных диагностических препаратов;
  - в случаях, когда по методике проводимого лабораторно-инструментального метода исследования имеется необходимость постоянного (мониторингового) в течение суток и более получения результатов исследования для определения дальнейшей тактики ведения больного.
- 5.5.3. Изоляция по эпидемиологическим показаниям. В круглосуточный стационар по данной причине подлежат госпитализации лица:
- с подозрением на инфекционное заболевание (провизорная госпитализация) из учреждений «закрытого» типа (дома интернаты для ветеранов, инвалидов, лесные школы и т.п.), организованных детских коллективов или мест общественного проживания (гостиницы, общежития и т.д.).
  - с подозрением на особо опасные инфекции или находившиеся в контакте с больными особо опасными инфекциями;
  - декретированный контакт (в том числе, дети) при возникновении у них признаков инфекционного заболевания любой степени тяжести при невозможности проведения противоэпидемических мероприятий на дому.
- 5.5.4. Невозможность проведения лечебных мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях.
- 5.5.5. Реальный риск развития возможных осложнений от использования высокотравматичных, инвазивных методов терапии (вмешательств), методов лечения, требующих наблюдения и круглосуточной коррекции.
- 5.5.6. Угроза для здоровья и жизни, в том числе окружающих. Это понятие включает следующее:
- острая хирургическая инфекция (рожа, сепсис, газовая гангрена и др.);
  - активная форма туберкулеза;
  - острые психические заболевания и/или хронические в стадии обострения, требующие надзора, ухода и лечения.
- 5.5.7. Необходимость круглосуточного выполнения лечебных процедур (не менее трех раз в сутки).
- 5.5.8. По направлению военно-призывных комиссий и/или для проведения судебно-медицинской экспертизы (при наличии соответствующих направительных документов в истории болезни).
- 5.5.9. Показания к госпитализации в дневной стационар.**
- 5.5.9.1. Проведение комплексного курсового лечения с применением современных медицинских технологий, включающих курс интенсивной терапии (внутривенные инъекции, капельные инфузии лекарственных препаратов), а также проведение лечебно-диагностических манипуляций;

- 5.5.9.2. Необходимость в комплексном лечении с использованием физиотерапии, ЛФК, лазерного облучения, введения медикаментов различными способами через определенные промежутки времени, после которых необходим отдых.
- 5.5.9.3. Проведение сложных и комплексных диагностических исследований и лечебных процедур, связанных с необходимостью специальной подготовки больных и краткосрочного медицинского наблюдения после проведения указанных лечебных и диагностических мероприятий;
- 5.5.9.4. Долечивание больных, выписанных из стационара в более ранние сроки, для завершения курса лечения в условиях активного режима;
- 5.5.9.5. Необходимость проведения комплексных реабилитационных мероприятий.

## **Раздел 6. Положение о Согласительной комиссии по контролю объемов и качества медицинской помощи.**

### **6.1. Общие положения.**

6.1.1. Согласительная комиссия по контролю объемов и качества медицинской помощи (далее по тексту – Согласительная комиссия) создается в следующих целях:

- с целью взаимодействия субъектов ведомственного и вневедомственного контроля качества и объемов медицинской и лекарственной помощи;
- разрешения споров и конфликтов, возникающих между субъектами вневедомственного контроля качества медицинской помощи и учреждениями здравоохранения, предоставляющими медицинские услуги населению области;
- разработки нормативных документов по вопросам экспертизы качества медицинской помощи, экспертизы временной нетрудоспособности, прав граждан в области охраны здоровья граждан, вопросам дополнительного лекарственного обеспечения;
- разбор недостатков в работе медицинских учреждений по вопросам организации ведомственного контроля;
- осуществление регулярного контроля за состоянием обеспечения и защиты прав граждан в системе обязательного медицинского страхования на территории области.

6.1.2. Согласительная комиссия руководствуется в своей деятельности законодательством Российской Федерации, Конституцией РФ, нормативными актами Минздравсоцразвития Российской Федерации, Федерального фонда обязательного медицинского страхования, Фонда социального страхования РФ и нормативными актами Вологодской области.

6.1.3. Согласительная комиссия создается в количестве 11 человек. В состав Совета входят представители от:

- департамента здравоохранения администрации Вологодской области – 2;
- Территориального фонда обязательного медицинского страхования – 3;
- врачебной ассоциации – 1;
- комитета по медицинскому страхованию ассоциации страховых медицинских организаций – 2;
- управления здравоохранения мэрии г. Череповца – 1;
- управления здравоохранения администрации г. Вологды – 1;
- управления Росздравнадзора - 1.

6.1.4. При Согласительной комиссии могут быть созданы рабочие группы по различным направлениям. Персональный состав Согласительной комиссии и рабочих групп утверждается совместным приказом департамента здравоохранения и Территориального фонда обязательного медицинского страхования.

6.1.5. Члены Согласительной комиссии назначаются из числа высококвалифицированных специалистов, имеющих высшее медицинское или юридическое образование.

6.1.6. Члены Согласительной комиссии работают на общественных началах.

## **6.2. Задачи Согласительной комиссии.**

- 6.2.1. Координация деятельности субъектов ведомственной и вневедомственной экспертизы.
- 6.2.2. Осуществление регулярного контроля за состоянием обеспечения и защиты прав граждан в области охраны здоровья.
- 6.2.3. Осуществление контроля за целевым и рациональным использованием средств обязательного медицинского страхования и бюджетов всех уровней.

## **6.3. Функции Согласительной комиссии.**

- 6.3.1. Решение спорных вопросов, возникающих между учреждениями здравоохранения, предоставляющими населению медицинскую помощь и субъектами вневедомственной экспертизы.
- 6.3.2. Разработка нормативных документов по ведомственной и вневедомственной экспертизе.
- 6.3.3. Рассмотрение результатов вневедомственной и ведомственной экспертизы и принятие решений по улучшению качества медицинской и лекарственной помощи.
- 6.3.4. Проведение на основе представленной информации анализа деятельности субъектов вневедомственной экспертизы и субъектов обеспечения и защиты прав граждан в области охраны здоровья.
- 6.3.5. Осуществление разработки и утверждение планов мероприятий по совершенствованию организации ведомственной и вневедомственной экспертизы, а также по вопросам обеспечения и защиты прав граждан в области охраны здоровья. Контроль их выполнения, оценка эффективности.

## **6.4. Органы управления Согласительной комиссии.**

- 6.4.1. Руководство деятельностью Согласительной комиссии осуществляет председатель, который избирается членами Согласительной комиссии.
- 6.4.2. Председатель Согласительной комиссии:
  - утверждает план деятельности Согласительной комиссии;
  - назначает заместителя (заместителей) председателя Согласительной комиссии из числа членов Согласительной комиссии;
  - назначает секретаря Согласительной комиссии;
  - вносит предложения по включению и исключению из состава Согласительной комиссии ее членов;
  - назначает заседания Согласительной комиссии;
  - формирует повестку заседания Согласительной комиссии;
  - предоставляет членам Согласительной комиссии необходимую для работы информацию, имеющуюся в его распоряжении;
  - обеспечивает контроль за выполнением решений Согласительной комиссии.
- 6.4.3. Председатель имеет право привлекать к работе Согласительной комиссии специалистов департамента здравоохранения, Территориального фонда ОМС, внештатных врачей-экспертов.
- 6.4.4. Заместитель председателя исполняет все функции председателя Согласительной комиссии в его отсутствие.
- 6.4.5. Секретарь Согласительной комиссии:
  - осуществляет организационно-технические мероприятия по подготовке и проведению заседаний, оповещению членов о дате, времени и месте проведения заседаний, обеспечению членов Согласительной комиссии необходимыми для заседаний документами;
  - оформляет протоколы заседаний и решения Согласительной комиссии;

- организует регистрацию и хранение документов по вопросам деятельности Согласительной комиссии;
- доводит решения Согласительной комиссии до сведения заинтересованных сторон.

## **6.5. Права и обязанности членов Согласительной комиссии.**

### **6.5.1. Члены Согласительной комиссии обязаны:**

- участвовать в заседаниях Согласительной комиссии лично, а в случаях невозможности участия – информировать об этом председателя (его заместителя);
- руководствоваться в своей работе действующим законодательством и нормативными документами, принятыми на территории Вологодской области, приказами Минздравсоцразвития Российской Федерации, Федерального и Территориального фондов обязательного медицинского страхования, Фонда социального страхования РФ, органа управления здравоохранением;
- давать заключения по представленным материалам;
- выполнять решения Согласительной комиссии в установленные сроки.

### **6.5.2. Члены Согласительной комиссии имеют право:**

- участвовать в разработке планов работы Согласительной комиссии;
- вносить свои замечания по рассматриваемым вопросам и материалам;
- выражать особое мнение по рассматриваемому вопросу, которое фиксируется в протоколе;
- вносить предложения о включении в повестку заседаний Согласительной комиссии вопросов, относящихся к деятельности по обеспечению и защите прав граждан в области охраны здоровья;
- требовать проверки информации, предоставляемой в Согласительной комиссии;
- контролировать от имени Согласительной комиссии выполнение его решений.

## **6.6. Регламент работы Согласительной комиссии.**

6.6.1. Заседания проводятся по мере необходимости, но не реже 2 раз в год.

6.6.2. Заседания созываются председателем Согласительной комиссии.

6.6.3. Поводами для заседаний могут быть:

6.6.3.1. Рассмотрение претензий между медицинскими учреждениями и субъектами вневедомственного контроля качества медицинской помощи, при этом:

- претензия принимается в течение месяца с даты ознакомления руководства медицинского учреждения с результатами проведенной экспертизы;
- Согласительная комиссия рассматривает претензию в присутствии заинтересованных сторон;
- стороны обязаны предоставить Согласительной комиссии необходимую информацию в пределах рассматриваемого вопроса (первичную медицинскую документацию, акт проверки, заключение эксперта и т.д.);
- претензия должна быть рассмотрена в течение месяца с момента поступления ее в Согласительную комиссию, заинтересованные организации извещаются о дате и месте заседания за семь дней до заседания;
- Согласительная комиссия вправе провести дополнительную экспертизу по решению председателя.

6.6.3.2. Разработка нормативных документов, рассмотрение дополнений и изменений в действующие.

6.6.3.3. Рассмотрение регистра внештатных врачей-экспертов.

6.6.3.4. Рассмотрение результатов проверок ЛПУ.

6.6.3.5. Проведение анализа работы по организации ведомственной и вневедомственной экспертизы, соблюдения прав граждан в области охраны здоровья.

- 6.6.4. Заседание Согласительной комиссии правомочно в случае присутствия на нем не менее двух третей членов.
- 6.6.5. Заседание оформляется протоколом, в котором указывается дата проведения заседания, список присутствующих членов Согласительной комиссии, сведения о приглашенных, перечень рассматриваемых вопросов, краткие сведения о ходе обсуждения с указанием выступавших, указывается полная формулировка принятых решений.
- 6.6.6. Протокол оформляется в виде письменного заключения, подписывается председателем и секретарем и в течение десяти рабочих дней после заседания передается каждой из заинтересованных сторон.
- 6.6.7. В решении указываются: юридические реквизиты участников спора, сущность обсуждаемого вопроса, обоснование принятого решения с указанием сроков его исполнения и ответственных за исполнение решения лиц.

## **Раздел 7. Положение по ведению и хранению Книги отзывов и предложений в лечебно-профилактических учреждениях.**

- 7.1. Книга отзывов и предложений граждан (далее – книга) заводится для изучения мнения пациентов о работе как лечебно-профилактического учреждения, так и конкретно каждого работника ЛПУ.
- 7.2. Все лечебные подразделения ведут Книгу отзывов и предложений установленной формы, в которую пациенты записывают отзывы, предложения и обращения. (Приложение №1).
- 7.3. Листы книги должны быть пронумерованы, прошиты. Книга должна быть подписана руководителем ЛПУ и скреплена печатью ЛПУ.
- 7.4. Книга размещается в доступном месте на информационных стендах.
- 7.5. Информация о местонахождении книги должна находиться на видном месте.
- 7.6. Пациенту, желающему внести запись в Книгу отзывов и предложений, должны быть созданы для этого необходимые условия (предоставлены ручка или карандаш, стол, стул). Запрещается требовать от заявителей предъявления каких-либо личных документов или объяснения причин, вызвавших необходимость написания обращения, жалобы, предложения, замечания.
- 7.7. Руководитель лечебного учреждения или его заместитель обязаны в течение трех рабочих дней рассмотреть внесенную в Книгу отзывов и предложений запись, внимательно разобраться в существе вопроса, принять необходимые меры к устранению отмеченных недостатков (действию или бездействию), нарушений в работе ЛПУ или осуществлению приемлемых предложений.
- 7.8. Для сведения лица, написавшего отзыв (обращение, предложение или жалобу) и контролирующих лиц администрация делает в Книге отзывов и предложений на оборотной стороне заявления отметку о принятых мерах и в течение семи рабочих дней в обязательном порядке направляет письменный ответ заявителю, указавшему свой адрес.
- 7.9. Копии ответов обратившимся хранятся у администрации учреждения в специальном деле в течение двух лет.
- 7.10. В случае, если для принятия мер по устранению отмеченных пациентом недостатков или осуществлению его предложений требуется более семи дней, то руководитель учреждения или его заместитель устанавливает необходимый срок (но не более 30 дней), о чем делает в книге соответствующую отметку.
- 7.11. В случае когда вопрос не может быть решен в данном ЛПУ, администрация в пятидневный срок выносит его на рассмотрение вышестоящей организации и ставит об этом в известность заявителя, указавшего свой адрес.

- 7.12. Книга отзывов и предложений является документом строгой отчетности и не может списываться до ее заполнения.
- 7.13. Не полностью заполненная книга продлевается на следующий год.
- 7.14. По окончании срока действия книги, ее повреждении и невозможности дальнейшего ведения она сдается руководителю ЛПУ.
- 7.14. Изъятие Книги отзывов и предложений из ЛПУ вышестоящими и другими организациями для проверки, снятия копий и других целей не допускается.

## **Раздел 8. Положение о штатном эксперте-организаторе.**

### **8.1. Общие положения.**

- 8.1.1. Экспертом может быть специалист с высшим медицинским образованием, имеющий стаж работы по врачебной специальности не менее 3 лет и прошедший специальную подготовку по экспертизе и/или организации здравоохранения.
- 8.1.2. Эксперт является штатным сотрудником страховой медицинской организации или Территориального фонда обязательного медицинского страхования и подчиняется ее руководителю.
- 8.1.3. Эксперт в своей работе руководствуется действующими законодательными актами Российской Федерации, иными нормативно-правовыми актами, регулирующими правоотношения в системе вневедомственного контроля качества и объема медицинской помощи.
- 8.1.4. Назначение и увольнение эксперта производится в установленном порядке.
- 8.1.5. Эксперт для подтверждения своих полномочий имеет документ, подтверждающий его отношение к страховой медицинской организации, Территориальному фонду обязательного медицинского страхования.
- 8.1.6. Действия эксперта не должны противоречить профессиональной этике и медицинской деонтологии.
- 8.1.7. Основной задачей является организация контроля объема, сроков и качества оказания медицинской помощи в соответствии с условиями договора медицинского страхования.

### **8.2. Функции эксперта.**

- 8.2.1. В соответствии с задачами и порядком проведения вневедомственного контроля качества медицинской помощи на территории Вологодской области, основными функциями эксперта являются:
- организация и проведение вневедомственной экспертизы, и взаимодействие с внештатными врачами-экспертами;
  - четкая формулировка целей и задач предстоящей экспертизы и согласование ее с руководством лечебно-профилактического учреждения;
  - подготовка документации, необходимой внештатному эксперту для проведения дополнительной экспертизы;
  - ознакомление руководства учреждения с результатами медицинской экспертизы;
  - подготовка по результатам экспертизы предложений руководству страховой медицинской организации по частичной или полной неоплате медицинских услуг.

### **8.3. Права эксперта.**

- 8.3.1. Эксперт имеет право:
- обосновывать необходимость проведения дополнительной экспертизы;

- рассматривать и оценивать результаты медицинской экспертизы;
- пользоваться необходимой медицинской документацией во время проведения вневедомственной экспертизы;
- при наличии необходимой квалификационной категории по врачебной специальности проводить контроль качества медицинской помощи.

#### 8.4. Обязанности эксперта.

##### 8.4.1. Эксперт обязан:

- организовывать проведение контроля качества и объемов медицинской помощи в соответствии с нормативными документами;
- регулярно повышать свой профессиональный уровень;
- организовывать работу привлеченных внештатных врачей-экспертов;
- представлять используемую методику контроля качества медицинской помощи врачам ЛПУ, разъяснять порядок ее применения и условия использования результатов;
- согласовывать сроки и порядок проведения плановых проверок с руководителем ЛПУ;
- представлять руководителю ЛПУ результаты проведенной вневедомственной экспертизы;
- вести учет всех выявляемых дефектов и ошибок, сумм уменьшения счетов по результатам вневедомственной экспертизы;
- своевременно представлять в Территориальный фонд ОМС отчетную документацию;
- готовить информацию о выявленных нарушениях в оказании медицинской помощи в ТФ ОМС, орган управления здравоохранения, ассоциацию врачей;
- не допускать разглашения сведений, составляющих врачебную тайну и ставших ему известными при проведении контроля качества медицинской помощи, кроме установленных законом случаев.

##### 8.4.2. Эксперт в установленном порядке несет ответственность за организацию вневедомственной экспертизы.

### Раздел 9. Перечень дефектов (нарушений), выявленных в результате экспертизы и размеры финансовых санкций

В случаях выявления нарушений по результатам экспертиз к лечебно-профилактическим учреждениям применяются финансовые санкции в соответствии с актом проверки.

№п/п	Перечень дефектов (нарушений)	Финансовые санкции
<b>1.</b>	<b>Дефекты, ограничивающие доступность медицинской помощи</b>	
1.1	Необоснованный отказ в предоставлении гражданину бесплатных медицинских услуг в соответствии с Программой госгарантий не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновению нового заболевания	Финансовые санкции в размере 5 МРОТ
1.2	Необоснованный отказ в предоставлении гражданину бесплатных медицинских услуг в соответствии с	Финансовые санкции в размере 20 МРОТ



	Программой госгарантий, повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновению нового заболевания	
1.3	Необоснованный отказ пациенту в замене лечащего врача (в т.ч. выбор медицинской организации) по заявлению застрахованного	Финансовые санкции в размере 3 МРОТ
1.4	Взимание платы с застрахованного за предоставленную медицинскую помощь, предусмотренную Программой государственных гарантий, как представленную, так и не представленную страховщику к оплате в реестре счета.	Возврат пациенту средств в соответствии с «Положением о порядке возмещения застрахованным гражданам необоснованно понесенных ими расходов на оплату медицинской помощи» и финансовые санкции в размере 5 МРОТ
1.5	Приобретение пациентом за свой счет лекарственных средств и/или изделий медицинского назначения, включенных в Программу государственных гарантий, оказания гражданам бесплатной медицинской помощи и дополнительную часть формуляра учреждения	Возврат пациенту средств в соответствии с «Положением о порядке возмещения застрахованным гражданам необоснованно понесенных ими расходов на оплату медицинской помощи» и финансовые санкции в размере 5 МРОТ
1.6	Нарушение права пациента в медицинском учреждении на: <ul style="list-style-type: none"> <li>- добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство (в том числе информирование о диагнозе, возможном риске, последствиях и результатах лечения);</li> <li>- отказ от медицинского вмешательства;</li> <li>- получение копий медицинских документов;</li> <li>- допуск адвоката и священнослужителя</li> </ul>	Финансовые санкции в размере 3 МРОТ
<b>2.</b>	<b>Дефекты процесса оказания медицинской помощи</b>	
2.1	<b>Нарушение этики и деонтологии</b>	Финансовые санкции в размере 5 МРОТ
2.2	Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых диагностических и/или лечебных мероприятий, а также выполнение непоказанных мероприятий, не повлиявших на состояние пациента:	
2.2.1	- при оказании амбулаторно-поликлинических услуг	Финансовые санкции в размере 1 МРОТ за

		каждый экспертный случай
2.2.2	- при оказании помощи в дневном стационаре	Финансовые санкции в размере 3 МРОТ за каждый экспертный случай
2.2.3	- при стационарной помощи	Финансовые санкции в размере 5 МРОТ за каждый экспертный случай.
2.3	Ненадлежащее и несвоевременное выполнение или невыполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств, повлекшее ухудшение состояния здоровья пациента, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания	Снятие с оплаты 100% стоимости медицинских услуг
2.3.1	<b>То же, повлекшее инвалидизацию пациента</b>	Снятие с оплаты 100% стоимости медицинских услуг и финансовые санкции в размере 10 МРОТ
2.3.2	<b>То же в сочетании с летальным исходом</b>	Снятие с оплаты 100% стоимости медицинских услуг и финансовые санкции в размере 20 МРОТ
2.4	Ненадлежащее, несвоевременное выполнение или невыполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств, в том числе приведшее к удлинению сроков лечения в амбулаторно-поликлинических условиях или в стационаре.	Финансовые санкции 1 МРОТ за каждый день удлинения сроков лечения
2.5	Невыполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий при оказании медицинской помощи по утвержденному медико-экономическому стандарту (МЭС)	Оплата медицинской помощи производится по тарифу пролеченного больного
2.6	Выполнение сверх стандартов медицинской помощи и неоправданных с клинической точки зрения исследований и вмешательств, приведшее к удлинению сроков лечения, удорожанию стоимости лечения	Финансовые санкции в размере 3 МРОТ
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	Снятие с оплаты 100% стоимости медицинских услуг

2.8	Преждевременное с клинической точки зрения прекращение лечения при не достижении клинического эффекта и/или утяжеления течения заболевания (кроме документально оформленных случаев прекращения лечения по инициативе пациента)	Финансовые санкции в размере 3 МРОТ
2.9	Возникшие в период лечения больного в медицинском учреждении травмы, ожоги и другие состояния по вине ЛПУ	Финансовые санкции в размере 10 МРОТ
2.10	Повторное обоснованное обращение пациента за медицинской помощью по поводу одного и 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	Финансовые санкции в размере 3 МРОТ
2.11	Повторное посещение врача одной и той же специальности в один день	Снятие с оплаты 100% стоимости повторного посещения
2.12	Нарушение преемственности между различными этапами оказания медицинской помощи, приведшее к удлинению сроков лечения и (или) ухудшению состояния здоровья пациента	Финансовые санкции в размере 5 МРОТ
2.13	Госпитализация без медицинских показаний (необоснованная госпитализация) в круглосуточный стационар или дневной стационар пациента, медицинская помощь которому могла быть оказана в полном объеме в дневном стационаре или в амбулаторно-поликлинических условиях	Снятие с оплаты 100% стоимости стационарного/ стационарозамещающего лечения.
2.14	Госпитализация пациента, медицинская помощь которому должна или могла быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация)	Уменьшение счета на разницу между завышенным тарифом и тарифом, установленным для данной медицинской услуги в соответствии с кодом заболевания по МКБ-10
2.15	Необоснованное удлинение сроков лечения (увеличение количества услуг, койко-дней, пациенто-дней) не связанное с проведением диагностических, лечебных мероприятий, оперативных вмешательств, в том числе по организационным причинам	Снятие с оплаты 100% стоимости услуг, койко-дней, необоснованно проведенных в стационаре/ дневном стационаре - при оказании медицинской помощи застрахованным за пределами Вологодской области.

		При оказании медицинской помощи застрахованным СМО Вологодской области: -финансовые санкции в размере 5 МРОТ при лечении в дневном стационаре, -финансовые санкции в размере 10 МРОТ – в круглосуточном стационаре.
2.16	Необоснованное назначение и проведение повторных посещений пациентом к врачам-специалистам поликлиники и/или посещений на дому	Снятие с оплаты 100% необоснованно предъявленных к оплате услуг
<b>3.</b>	<b>Нарушения при оказании лекарственной помощи больным:</b>	
3.1.	Одновременная выписка препаратов-аналогов	Финансовые санкции в размере 5МРОТ за каждый случай.
3.2.	Превышение курсовых доз препаратов, необходимых для лечения имеющегося заболевания	Финансовые санкции в размере 5МРОТ за каждый экспертный случай.
3.3.	Назначение опасных комбинаций лекарственных средств	Финансовые санкции в размере 5МРОТ за каждый экспертный случай.
3.4.	Назначение без решения врачебной комиссии лекарственных средств, не включенных в утвержденные Перечни	Финансовые санкции в размере 10МРОТ за каждый экспертный случай.
3.5.	Назначение без решения врачебной комиссии наркотических средств, психотропных веществ, иных лекарственных средств, подлежащих предметно-количественному учету, анаболических стероидов	Финансовые санкции в размере 10МРОТ за каждый экспертный случай.
3.6.	Одновременное назначение при амбулаторном лечении декретированным категориям граждан пяти и более наименований лекарственных средств или свыше десяти наименований в течение одного месяца без решения врачебной комиссии	Финансовые санкции в размере 10МРОТ за каждый экспертный случай.
3.7.	Необоснованная выписка лекарственных средств (отсутствие показаний: нет данных осмотра, жалоб)	Финансовые санкции в размере 10МРОТ за каждый экспертный случай.
3.8.	Назначение противопоказанных при данном	Финансовые санкции

	заболевании препаратов	в размере 10МРОТ за каждый экспертный случай.
<b>4.</b>	<b>Дефекты оформления документации в медицинской организации</b>	
4.1	Отсутствие первичной медицинской документации без уважительных причин	Финансовые санкции в размере 3 МРОТ по амбулаторно-поликлинической помощи за каждый экспертный случай. Снятие с оплаты 100% стоимости медицинских услуг по стационарной/стационарозамещающей помощи за каждый экспертный случай.
4.2	Дефекты оформления медицинской документации, приведшие к невозможности оценить динамику состояния пациента, объем и характер медицинской помощи: <ul style="list-style-type: none"> <li>- нарушение целостности медицинской карты;</li> <li>- неинформативные записи в медицинской карте, не позволяющие оценить состояние пациента, необходимость назначения, отмены, выполнения того или иного обследования, лечения;</li> <li>- неразборчивый подчерк, не позволяющий оценить состояние пациента и динамику состояния.</li> </ul>	Финансовые санкции в размере 1 МРОТ за каждый экспертный случай
4.3	Несоответствие данных реестра счета и данных первичной медицинской документации, выявленные при проведении целевой (плановой) экспертизы	100% стоимости медицинских услуг, подлежащих экспертизе
<b>5.</b>	<b>Дефекты оформления учетных статистических форм отчетности</b>	
5.1	Включение в счета и реестры фактически не выполненных: посещений, койко-дней, пациенто-дней (не подтвержденных записями в первичной медицинской документации)	Снятие с оплаты необоснованно предъявленных к оплате услуг и финансовые санкции в размере 100% суммы, необоснованно предъявленной к оплате
5.2	Повторное включение в реестр счета одной и той же медицинской услуги, оказанной одному пациенту (дублирование), а также включение на оплату медицинской помощи, оказанной пациенту в поликлинике в период его пребывания в стационаре / дневном стационаре при наличии врачей данной специальности	Снятие с оплаты 100% необоснованно предъявленных к оплате услуг

	в стационаре / дневном стационаре	
5.3	Включение в реестр счета медицинских услуг не в соответствии с действующими в период оказания медицинской услуги тарифным соглашением, Территориальной (Базовой) программой ОМС, Положением о порядке оплаты медицинских услуг в системе ОМС на территории Вологодской области	Снятие с оплаты 100% необоснованно предъявленных к оплате услуг
5.4	Включение в реестр счета медицинских услуг при отсутствии или окончании срока действия лицензии на данный(ые) вид(ы)	Снятие с оплаты 100% необоснованно предъявленных к оплате услуг
5.5	Включение в реестр счета видов медицинской деятельности, не согласованных в установленном порядке	Снятие с оплаты 100% необоснованно предъявленных к оплате услуг
5.6	Включение в реестр счета категорий граждан, не подлежащих страхованию по ОМС на территории Российской Федерации	Снятие с оплаты 100% необоснованно предъявленных к оплате услуг
5.7	Включение в реестр счета медицинских услуг по тарифам, не соответствующим установленным на период оказания услуг	Снятие с оплаты 100% необоснованно предъявленных к оплате услуг
5.8	Применение завышенного тарифа, не соответствующего оказанной медицинской услуге: виду медицинских услуг или профилю специалиста амбулаторно-поликлинической службы, профилю отделения/койки	Уменьшение счета на разницу между завышенным тарифом и тарифом, установленным для данной медицинской услуги
5.9	Включение в реестр счетов оказанных медицинских услуг пациентам, получившим тяжелые несчастные случаи на производстве, в случае оплаты расходов на лечение за счет средств социального страхования (или Фонд социального страхования должен произвести оплату)	Снятие с оплаты 100% стоимости услуг
<b>6.</b>	<i>Прочие дефекты организации ККМП</i>	
6.1	Отказ администрации ЛПУ в проведении экспертизы объемов и качества медицинской и лекарственной помощи, а также отказ в предоставлении необходимой для проведения экспертизы первичной медицинской документации (амбулаторных карт и историй болезни)	Снятие с оплаты 100% стоимости медицинских услуг, подлежащих экспертизе
6.2	Нарушения в организации работы ЛПУ	Финансовые санкции в размере 1 МРОТ за каждый случай.

## Раздел 10. Спорные случаи и ответственность сторон.

- 10.1. Спорные случаи при несогласии Сторон с результатами вневедомственного и совместного контроля рассматриваются Согласительной комиссией.
- 10.2. При проведении всех видов контроля Стороны соблюдают требования по сохранению врачебной тайны.

---

(наименование лечебно-профилактического учреждения)

---

**КНИГА  
отзывов и предложений**

Начата " \_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
Окончена " \_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

---

---

**ОТЗЫВЫ И ПРЕДЛОЖЕНИЯ ГРАЖДАН**

---

(указываются дата и время записи, фамилия и адрес,  
отзыв или предложение)

---

---

---

---

**ОТМЕТКИ  
О ПРОВЕРКЕ КНИГИ ОТЗЫВОВ И ПРЕДЛОЖЕНИЙ**

---

(указываются дата и время проверки, должность,  
инициалы и фамилия проверяющего,  
результаты проверки и предложения  
по устранению недостатков)

---

---

---

---

На оборотной стороне книги:  
В этой книге пронумеровано и  
прошнуровано..... листов  
Главный врач ЛПУ, подпись, печать.