

**ПОЛОЖЕНИЕ О ВНУТРЕННЕМ КОНТРОЛЕ КАЧЕСТВА И
БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
в государственном бюджетном учреждении
«Дом социального обслуживания «Борский»**

1. Общие положения.

1.1. Положение о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности (далее – Положение) в государственном бюджетном учреждении «Дом социального обслуживания «Борский» (далее – Учреждение) устанавливает порядок организации и проведения внутреннего контроля за соответствием качества выполняемых медицинских работ (услуг) установленным требованиям и безопасностью медицинской помощи, оказываемой получателям социальных услуг в Учреждении.

1.2. Настоящее Положение разработано в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 г № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»; Законом Российской Федерации от 07.02.92 № 2300-1 «О защите прав потребителей»; Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 N 736 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. N 1006" и др.

1.3. Целью внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (далее – контроля качества медицинской помощи) является обеспечение прав получателей социальных услуг на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества в Учреждении, на основе стандартов медицинской помощи, установленных требований к оказанию медицинской помощи, а так же требований, обычно предъявляемых к медицинской помощи в медицинской практике, с учетом современного уровня развития медицинской науки и медицинских технологий.

1.4. Задачами контроля качества медицинской помощи являются:

проведение контроля качества медицинской помощи, оказанной конкретным пациентам;

выявление дефектов медицинской помощи, установление причин их возникновения и степени их влияния на здоровье конкретных пациентов;

регистрация результатов проведенного контроля качества медицинской помощи;

оценка оптимальности использования кадровых и материально-технических возможностей при оказании медицинской помощи;

изучение удовлетворенности граждан оказанной медицинской помощью;

анализ данных, полученных при проведении мониторинга качества оказания медицинской помощи;

подготовка предложений, направленных на устранение причин возникновения дефектов медицинской помощи, повышение качества и эффективности оказываемой медицинской помощи.

1.5. По итогам проведенного контроля качества медицинской помощи в учреждении разрабатываются и реализуются мероприятия по управлению качеством медицинской помощи:

принятие директором Учреждения управленческих решений, направленных на устранение причин возникновения дефектов медицинской помощи, повышение качества и эффективности оказываемой медицинской помощи, совершенствование организационных технологий оказания медицинской помощи;

планирование мероприятий, направленных на устранение причин возникновения дефектов медицинской помощи, повышение качества и эффективности оказываемой медицинской помощи, совершенствование организационных технологий оказания медицинской помощи;

осуществление контроля за реализацией принятых управленческих решений или выполнением плана мероприятий.

2. Порядок организации и проведения контроля качества медицинской помощи.

2.1. Контроль качества медицинской помощи осуществляется работником, назначенным приказом директора Учреждения, ответственным за проведение контроля качества медицинской помощи (далее - ответственным за проведение контроля).

2.2. Контроль качества медицинской помощи не может проводиться ответственным за проведение контроля в случаях, когда медицинская помощь оказывалась самим ответственным за проведение контроля.

2.3. Ответственный за проведение контроля качества медицинской помощи несет ответственность за объективность оценки качества оказанной медицинской помощи при проведении контроля качества медицинской помощи в соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации и должностной инструкцией.

2.4. Ответственным за организацию контроля качества медицинской помощи в Учреждении является заместитель директора по медицинской части.

2.5. В необходимых случаях для проведения контроля качества медицинской помощи могут привлекаться (по согласованию) в качестве экспертов: работники медицинских ВУЗов, работники медицинских научно - исследовательских институтов, а также работники учреждений (организаций) здравоохранения.

В необходимых случаях при проведении контроля качества медицинской помощи может проводиться осмотр пациента.

2.6. Контроль качества медицинской помощи осуществляется на двух уровнях:

первый уровень контроля - заместитель директора по медицинской части;

второй уровень контроля – врачебная комиссия Учреждения.

2.6.1. Заместитель директора по медицинской части осуществляет контроль качества медицинской помощи на первом уровне контроля в соответствии с приказом директора и должностной инструкцией. Заместитель директора по медицинской части проводит контроль не менее 30 экспертиз законченных и незаконченных случаев в течение квартала с оформлением результатов в Журнале учета внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (Форма - приложение № 1 к Положению) (далее – Журнал) в Учреждении.

2.6.2. Врачебная комиссия осуществляет контроль качества медицинской помощи на втором уровне.

При осуществлении контроля качества оказанной медицинской помощи врачебная комиссия:

- проводит проверку качества оказания медицинской помощи в Учреждении, в том числе оценку деятельности отделений, а также ежеквартально проводит целевые экспертизы;

- рассматривает обращения физических и юридических лиц по вопросам качества оказания медицинской помощи;

2.7. Контроль качества медицинской помощи проводится по случаям медицинской помощи (законченным или незаконченным), оказанной в Учреждении, независимо от источника финансирования оказанной медицинской помощи, должностей и квалификации работников, оказывавших медицинскую помощь, диагноза, возраста пациентов, оформления листка нетрудоспособности и других факторов.

2.8. Контроль качества медицинской помощи проводится по медицинской документации (истории болезни и иной медицинской документации, содержащей информацию о медицинской помощи, оказанной в конкретном проверяемом случае).

2.9. В обязательном порядке контролю качества медицинской помощи подлежат следующие случаи:

- случаи летальных исходов;

- случаи внутрибольничного инфицирования и нежелательных реакций на применение лекарственных препаратов;

- случаи заболеваний со значительно (более 30 % от средних) удлинёнными или укороченными сроками лечения;

- случаи, сопровождавшиеся жалобами пациентов или их законных представителей на качество оказания медицинской помощи;

- иные случаи, указанные в нормативно – правовых документах, регламентирующих порядок осуществления контроля качества оказания медицинской помощи.

2.10. Случаи, подлежащие контролю качества медицинской помощи в обязательном порядке, отбираются для проверки и проверяются в первую очередь.

Все прочие случаи оказания медицинской помощи должны иметь одинаковую возможность быть подвергнутыми проверке.

2.10. Проведение контроля качества медицинской помощи конкретному пациенту предусматривает оценку ее соответствия стандартам медицинской помощи, протоколам ведения больных, зарегистрированным медицинским

технологиям, установленным или обычно предъявляемым в медицинской практике требованиям к проведению диагностических, лечебных, реабилитационных, профилактических мероприятий, оформлению медицинской документации, с учетом современного уровня развития медицинской науки, медицинских технологий и клинических особенностей каждого конкретного случая оказания медицинской помощи.

2.13. При проведении контроля качества медицинской помощи ответственные за проведение контроля руководствуются: федеральными стандартами медицинской помощи, региональными стандартами медицинской помощи, протоколами ведения больных, другими нормативными правовыми документами, клиническими рекомендациями, формулярными статьями и другими источниками доказательной медицинской практики.

2.14. Контроль качества медицинской помощи проводится по методике экспертной оценки конкретного случая оказания медицинской помощи, заключающейся в проведении последовательной оценки каждой составляющей конкретного случая оказания медицинской помощи, с учетом его клинических особенностей:

- сбор жалоб и анамнеза;
- проведение диагностических мероприятий;
- оформление диагноза;
- проведение лечебных мероприятий;
- проведение профилактических мероприятий;
- проведение медицинской экспертизы или медицинского освидетельствования;
- оформление медицинской документации.

2.15. При проведении контроля качества медицинской помощи используются следующие критерии качества медицинской помощи:

- критерий своевременности оказания медицинской помощи – отражает своевременность оказанной медицинской помощи объективным потребностям конкретного пациента;

- критерий объемов оказания медицинской помощи - отражает соответствие объемов оказанной медицинской помощи объективным потребностям конкретного пациента;

- критерий преемственности оказания медицинской помощи – отражает соблюдение преемственности при оказании медицинской помощи подразделениями (отделениями; медицинскими работниками);

- критерий соблюдения медицинских технологий - отражает соблюдение медицинскими работниками зарегистрированных медицинских технологий при их назначении и непосредственно в процессе оказания медицинской помощи;

- критерий безопасности оказания медицинской помощи - отражает оптимальность выбора медицинских технологий при оказании медицинской помощи, с учетом минимизации риска их применения для конкретного пациента, а также соблюдение в учреждении правил хранения и применения лекарственных препаратов и расходных материалов;

критерий эффективности оказания медицинской помощи – отражает достижение целевых результатов оказания медицинской помощи конкретному пациенту.

2.16. Результаты проверки каждого случая оказания медицинской помощи регистрируются в Журнале, который ведется ответственным за проведение контроля на 1 и 2 уровнях контроля.

Учет результатов контроля качества медицинской помощи, проведенного ВК, осуществляется в соответствии с действующими нормативными правовыми документами Российской Федерации.

2.17. По результатам проверки каждого случая оказания медицинской помощи ответственный за проведение контроля кратко формулирует в Журнале дефекты медицинской помощи, выявленные по каждой составляющей случая оказания медицинской помощи, а также итоговое заключение о качестве медицинской помощи в каждом конкретном проверенном случае оказания медицинской помощи:

качественно оказанная медицинская помощь;

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

некачественно оказанная медицинская помощь.

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

2.19. Ответственным за проведение контроля по результатам контроля качества медицинской помощи незамедлительно принимаются меры по недопущению повторения выявленных дефектов медицинской помощи в случаях, если принятие вышеназванных мер находится в пределах его полномочий. В иных случаях предложения доводятся до директора учреждения.

2.20. Журнал хранится в Учреждении не менее 3 лет.

2.21. Учет результатов проведенного контроля качества медицинской помощи осуществляется в Учреждении в форме отчетов ежемесячно и по итогам прошедшего года на каждом уровне контроля качества медицинской помощи и по учреждению в целом.

2.22. Отчеты о проведенном контроле качества медицинской помощи должны содержать следующие сведения:

1) отчетный период;

2) объемы проведенного контроля качества медицинской помощи:

количество проверенных случаев;

количество проверенных случаев, из числа подлежащих контролю в обязательном порядке в процентах от числа случаев, подлежащих контролю в обязательном порядке;

объем проведенного контроля качества медицинской помощи в процентах от установленных минимальных объемов;

3) результаты проведенного контроля качества медицинской помощи:

количество случаев качественно оказанной медицинской помощи;
количество случаев качественно оказанной медицинской помощи, сопровождавшихся единичными дефектами медицинской помощи;

количество случаев некачественно оказанной медицинской помощи (в абсолютных цифрах и в процентах от количества проверенных случаев) - общее и в разрезе проверенных отделений (должностей и Ф.И.О. медицинских работников);

количество выявленных дефектов медицинской помощи по их видам (структура дефектов): дефекты сбора жалоб или анамнеза; дефекты диагностических мероприятий; дефекты оформления диагноза; дефекты лечебных мероприятий; дефекты профилактических мероприятий; дефекты медицинской экспертизы или медицинского освидетельствования; дефекты оформления медицинской документации;

4) краткие сведения о мерах, принятых ответственным за проведение контроля по итогам проведенного контроля качества медицинской помощи;

5) предложения по итогам проведенного контроля качества медицинской помощи для руководителя организации здравоохранения;

6) Ф.И.О., должность, подпись ответственного за проведение контроля.

2.23. Отчеты о проведенном контроле качества медицинской помощи по учреждению в целом доводятся до сведения директора Учреждения и медицинских работников учреждения ежеквартально.

2.24. Отчеты о проведенном контроле качества медицинской помощи по итогам прошедшего года хранятся в организации здравоохранения не менее 3 лет.

2.25. По результатам проведенного контроля качества медицинской помощи в Учреждении планируются и реализуются мероприятия, направленные на устранение причин, вызвавших возникновение дефектов медицинской помощи, на повышение качества и эффективности оказываемой медицинской помощи:

организационные мероприятия - проведение совещаний, конференций, инструктажей, издание приказов, инструкций, регламентов, совершенствование организационных технологий оказания медицинской помощи и другие;

образовательные мероприятия - проведение клинических разборов, направление медицинских работников на повышение квалификации (в том числе внеплановое), научно-практические конференции, обеспечение медицинских работников современной медицинской литературой (в том числе через Интернет) и другие;

дисциплинарные мероприятия - принятие дисциплинарных взысканий в соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации и должностными инструкциями работников;

экономические мероприятия - применение материальных взысканий;

мероприятия по совершенствованию материально-технической базы, информатизации организации здравоохранения;

мероприятия по совершенствованию укомплектованности организации здравоохранения медицинскими работниками.

2.26. Контроль за реализацией принятых управленческих решений по вопросам управления качеством медицинской помощи обеспечивается заместителем директора по медицинской части.

3. Порядок рассмотрения обращений граждан по вопросам организации и оказания медицинской помощи

3.1. Обращения граждан могут поступать в Учреждение в устной форме, письменной форме (в том числе в виде записей в книге жалоб и предложений) или по электронной почте.

3.2. Граждане (заявители) могут обращаться с жалобами, заявлениями или предложениями по вопросам организации и оказания медицинской помощи к директору Учреждения, его заместителям или заведующим отделениями лично или через своего законного представителя.

Обращения граждан могут быть направлены на рассмотрение в Учреждение из министерства социального развития и семейной политики Нижегородской области, а также из других органов или организаций.

3.3. В целях реализации прав граждан на обращение в Учреждении обеспечивается:

- информирование граждан об их праве на обращение;
- регистрация и учет поступивших обращений;
- рассмотрение поступивших обращений;
- принятие необходимых мер по результатам рассмотрения обращений;
- подготовка и направление ответов заявителям;
- проведение анализа поступивших обращений и разработка мероприятий по устранению причин, вызвавших обращения.

3.4. Информирование граждан об их праве на обращение обеспечивается путем размещения в доступном для граждан месте оформленной в печатном виде информации:

- о фамилии, имени, отчестве, должности, номере кабинета, графике работы, телефоне должностных лиц учреждения, к которым могут обратиться граждане в случае возникновения претензий при оказании медицинской помощи;
- об адресах электронной почты и интернет – сайта Учреждения;
- о графике личного приема граждан директором Учреждения;
- об адресах и телефонах контролирующих органов и организаций (министерство социального развития и семейной политики Нижегородской области, Управление Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по Нижегородской области, Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Нижегородской области и др.).

3.5. Все поступившие в письменной форме или по электронной почте обращения граждан (заявителей), подлежат обязательной регистрации в день их поступления в Учреждение.

Делопроизводство по обращениям граждан ведется в Учреждении отдельно от других видов делопроизводства.

Ответственность за ведение делопроизводства по обращениям граждан определяется соответствующим приказом директора Учреждения.

В дело по рассмотрению обращения гражданина входят: обращение гражданина, письменное поручение или приказ директора Учреждения по

рассмотрению обращения, материалы по рассмотрению обращения, копия ответа заявителю.

Срок хранения дел по обращениям граждан в Учреждении составляет 5 лет с даты регистрации обращения.

3.6. Учет обращений, поступивших в письменной форме или по электронной почте, ведется в Учреждении в журнале регистрации обращений граждан.

Ответственность за ведение журнала регистрации обращений граждан возлагается приказом директора Учреждения.

Учету подлежат все обращения, поступившие в Учреждение в письменной форме или по электронной почте, в том числе обращения, зафиксированные в Журнале обращений (при их наличии) или направленные из других органов или организаций.

В журнале регистрации обращений граждан в хронологическом порядке фиксируются:

- порядковый номер;
- фамилия, имя, отчество, заявителя;
- адрес места жительства заявителя;
- наименование организации, направившей обращение;
- дата поступления обращения;
- дата и номер регистрации обращения;
- краткое содержание (повод) обращения;
- фамилия, имя, отчество, должность работника, осуществлявшего рассмотрение обращения;
- результат рассмотрения обращения;
- дата и номер регистрации ответа на обращение.

3.7. Все поступившие в учреждение обращения граждан подлежат рассмотрению, за исключением анонимных обращений (обращений, не содержащих фамилии и адреса заявителя).

Решение о направлении обращения на рассмотрение к конкретному работнику учреждения принимает директор Учреждения в форме письменного поручения или приказа в срок, не превышающий трех дней с даты регистрации обращения.

Жалобы граждан не должны направляться на рассмотрение работнику учреждения, действие (или бездействие) которого в них обжалуется.

3.8. Работник учреждения, получивший поручение директора Учреждения о рассмотрении обращения, обязан обеспечить объективное, всестороннее и своевременное рассмотрение обращения.

3.9. Работник Учреждения, получивший поручение о рассмотрении обращения, вправе приглашать заявителя для личной беседы, запрашивать дополнительную информацию у заявителя и письменные объяснения у работников Учреждения, принимать другие меры, необходимые для объективного рассмотрения обращения.

Работник Учреждения, получивший поручение руководителя Учреждения о рассмотрении обращения, несет ответственность за объективное, всестороннее и своевременное рассмотрение обращения в соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации и должностными инструкциями.

3.10. При рассмотрении обращений граждан должны соблюдаться права третьих лиц, установленные законодательством Российской Федерации.

В случае, если при рассмотрении обращения, поданного в интересах третьих лиц (являющихся дееспособными гражданами), выяснилось, что они в письменной форме возражают против его рассмотрения, директор Учреждения принимает решение об оставлении обращения без рассмотрения по существу, уведомив об этом заявителя.

3.11. Письменные обращения, содержащие вопросы, решение которых не входит в компетенцию Учреждения, в течении семи дней с даты их регистрации направляются с сопроводительным письмом в соответствующий орган или организацию, в компетенцию которых входит решение поставленных в обращение вопросов, с одновременным уведомлением заявителя о переадресации обращения.

3.12. В случае, если обращение одного и того же заявителя по тем же основаниям было рассмотрено учреждением ранее, и во вновь поступившем обращении отсутствуют основания для пересмотра ранее принятых решений, директор учреждения вправе принять решение об оставлении обращения без рассмотрения по существу, уведомив об этом заявителя.

3.13. Ответ на обращение, поступившее в письменной форме или по электронной почте, дается в течение 30 дней с даты регистрации обращения, за исключением обращений, поступивших через органы государственной власти или иные организации, по исполнению которых может быть указан другой срок.

Ответы на обращения граждан оформляются на бланке исходящего письма Учреждения и подписываются директором.

В случае подтверждения фактов, изложенных в жалобе, в ответе указывается меры, принятые к виновным работникам.

3.14. В случае, если обращение поступило в Учреждение в письменной форме, ответ направляется на почтовый адрес, указанный в обращении.

В случае, если обращение поступило в учреждение по электронной почте, ответ на обращение направляется на адрес электронной почты, указанный в обращении.

3.15. По результатам рассмотрения жалоб, в случае подтверждения изложенных в них обстоятельств, к виновным работникам принимаются меры, в соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации и должностными инструкциями.

3.16. В Учреждении не реже одного раза в квартал проводится анализ поступивших обращений.

3.17. Директор учреждения проводится личный прием граждан с периодичностью, не реже 1 раза в неделю.

Дни и часы личного приема граждан устанавливаются директором Учреждения.

Информация о принятых директором Учреждения заявителях фиксируется в журнале личного приема граждан.

3.18. В случае, если изложенные в устном обращении заявителя обстоятельства не требуют дополнительной проверки, ответ на обращение с

согласия гражданина может быть дан устно в ходе личного приема, о чем делается запись в журнале личного приема граждан.

3.19. В случае несогласия заявителя с результатами рассмотрения его обращения, он может обратиться к директору Учреждения, государственное казенное учреждение Нижегородской области "Управление социальной защиты населения муниципального округа город Бор", министерство социального развития и семейной политики Нижегородской области или в суд.

4. Порядок проведения анкетирования граждан.

4.1. В целях изучения удовлетворенности граждан предоставленными медико-социальными услугами в Учреждении организуется проведение анонимного анкетирования получателей социальных услуг.

4.2. Форма анкеты разрабатывается специалистами Учреждения и должна отражать объективную оценку качества оказания медицинской помощи в Учреждении.

4.3. Информация о результатах проведенного анкетирования является открытой.

4.4. Результаты проведенного анкетирования оформляются актом и используются директором Учреждения в целях совершенствования качества медицинской помощи, оказываемой гражданам и совершенствования организационных технологий оказания медико-социальной помощи.

Приложение № 1 к Положению
о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности
в государственном бюджетном учреждении «Дом социального обслуживания «Борский».

FORMA

[illegible]