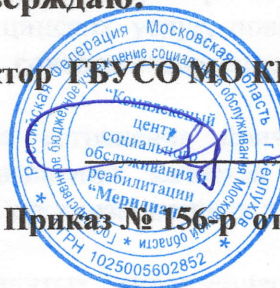


Утверждаю:

Директор ГБУСО МО КЦСОР «Меридиан»

Е.В. Федорова

Приказ № 156-р от 29 декабря 2018 г



## **ПОЛОЖЕНИЕ о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности**

### **1. Общие положения**

1.1. Положение о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности в «ГБУСО МО КЦСОР «Меридиан» устанавливает порядок организации и проведения внутреннего контроля за соответствием качества выполняемых медицинских работ (услуг) установленным требованиям и безопасностью медицинской помощи, оказываемой получателям 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 Российской Федерации от 16.04.2012 №291 «О лицензировании медицинской деятельности»;
- Постановлением Правительства РФ от 4 октября 2012 г. N 1006 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг"
- Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 5 мая 2012г. N 502н "Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации".

1.3. Целью внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности является обеспечение прав получателей услуг на получение медицинских услуг в необходимом объеме и надлежащего качества в ГБУСО МО СЦРИ «Меридиан» в рамках медицинской деятельности центра.

1.4. Задачами контроля за качеством медицинских услуг являются:

- проведение контроля качества оказания медицинских услуг, оказанных конкретным получателям услуг;
- выявление дефектов в оказании медицинских услуг, установление причин их возникновения и степени их влияния на здоровье конкретных получателей услуг;
- регистрация результатов проведенного контроля качества медицинских услуг;
- оценка оптимальности использования кадровых и материально-технических средств при оказании медицинских услуг;
- изучение удовлетворенности получателей услуг оказанными медицинскими услугами;
- анализ данных, полученных при проведении мониторинга качества оказания медицинских услуг;
- подготовка предложений, направленных на устранение причин возникновения дефектов при оказании медицинских услуг, повышение качества и эффективности оказываемых медицинских услуг.

1.5. По итогам проведенного контроля качества оказания медицинских услуг в учреждении разрабатываются и реализуются мероприятия по управлению качеством оказываемых медицинских услуг:



- Принятие директором учреждения управленческих решений, направленных на устранение причин возникновения дефектов при оказании медицинских услуг, повышение качества и эффективности оказываемых медицинских услуг, совершенствование организационных технологий оказания медицинских услуг;

- Планирование мероприятий, направленных на устранение причин возникновения дефектов при оказании медицинских услуг, повышение качества и эффективности оказываемых медицинских услуг, совершенствование организационных технологий оказания медицинских услуг;

- Осуществление контроля за реализацией принятых управленческих решений или выполнением плана мероприятий.

## **2. Порядок организации и проведения контроля качества оказываемых медицинских услуг.**

2.1. Контроль качества медицинских услуг осуществляется работниками, назначенными приказами директора учреждения ответственными за проведение контроля качества медицинской помощи (далее – ответственными за проведение контроля).

2.2. Ответственные за проведение контроля медицинских услуг несут ответственность за объективность оценки качества оказанных медицинских услуг при проведении контроля качества оказанных медицинских услуг в соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации и должностными инструкциями.

2.3. Ответственным за организацию контроля качества медицинских услуг в ГБУСО МО КЦСОР «Меридиан» является заведующий отделением медицинской реабилитации.

2.4. В необходимых случаях для проведения контроля качества медицинских услуг могут привлекаться (по согласованию) в качестве экспертов: работники учреждений (организаций) здравоохранения.

В необходимых случаях при проведении контроля качества медицинских услуг может проводиться осмотр получателей услуг.

2.5. Контроль качества медицинских услуг осуществляется на двух уровнях:

первый уровень контроля – заведующий отделением медицинской реабилитации учреждения;

второй уровень контроля – комиссия по контролю качества оказания услуг (далее – комиссия).

2.5.1. Заведующая отделением в течение месяца обязана провести контроль качества медицинских услуг по всем законченным случаям реабилитации, используя очный и ретроспективный анализ каждого случая, и оформить результаты не менее 30% случаев в Журнале учета работы отделения.

2.5.2. Выявленные недостатки в оказании медицинских услуг анализируются и докладываются с предложениями в виде служебных записок ежемесячно Комиссии осуществляющей контроль качества медицинских услуг учреждения для принятия решения.

2.5.3. При осуществлении контроля качества оказанных медицинских услуг комиссия:

- проводит проверку качества оказания медицинских услуг в ГБУСО МО КЦСОР «Меридиан», в том числе оценку деятельности отделений;

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

2.6. Контроль качества медицинских услуг проводится по медицинской документации (карте реабилитации клиента, иной медицинской документации, содержащей информацию о медицинских услугах, оказанных в конкретном проверяемом случае).

2.9. В обязательном порядке контролю качества оказанных медицинских услуг подлежат следующие случаи:

- случаи, сопровождавшиеся жалобами пациентов или их законных представителей на качество оказания медицинских услуг;

- иные случаи, указанные в нормативно-правовых документах, регламентирующих порядок осуществления контроля качества оказания медицинских услуг.



2.10. В целях повышения эффективности контрольных мероприятий и своевременного устранения причин дефектов оказываемых медицинских услуг проведение контроля качества медицинских услуг на первом уровне осуществляется в текущем режиме (не реже, чем 1 раз в неделю).

2.11. При проведении контроля качества оказанных медицинских услуг используются следующие критерии качества:

критерий своевременности оказания медицинских услуг - отражает своевременность оказанных медицинских услуг объективным потребностям конкретного получателя услуг;

критерий объемов оказания медицинских услуг – отражает соответствие объемов оказанных медицинских услуг объективным потребностям конкретного пациента;

критерий преемственности оказания медицинских услуг – отражает соблюдение преемственности при оказании медицинских услуг подразделениями (отделениями; медицинскими работниками);

критерий безопасности оказания медицинских услуг – отражает оптимальность выбора медицинских процедур при оказании медицинских услуг 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 медицинских услуг – отражает достижение целевых результатов оказания медицинских услуг конкретному пациенту.

2.16. Результаты проверки каждого случая оказания медицинских услуг регистрируются в журналах контроля качества медицинских услуг, которые ведутся каждым ответственным за проведение контроля на 1 и 2 уровнях контроля.

2.17. По результатам проверки каждого случая оказания медицинских услуг ответственные за проведение контроля кратко формулируют в журналах контроля качества медицинских услуг недостатки медицинских услуг, а также итоговое заключение о качестве медицинских услуг в каждом конкретном случае оказания медицинских услуг:

качественно оказанные медицинские услуги;

качественно оказанные медицинские услуги, сопровождавшаяся единичными дефектами, недостатками медицинских услуг, которые не привели и не могли привести к ухудшению состояния здоровья получателя услуг;

некачественно оказанные медицинские услуги.

2.18. В случаях выявления дефектов медицинских услуг или некачественно оказанных медицинских услуг информация о результатах контроля качества медицинских услуг доводится до сведения медицинских работников, оказывавших медицинские услуги в конкретном проверенном случае, при необходимости – под роспись.

2.19. Ответственными за проведение контроля по результатам контроля качества медицинских услуг незамедлительно принимаются меры по недопущению повторения выявленных дефектов медицинских услуг в случаях, если принятие вышеуказанных мер находится в пределах их полномочий. В иных случаях предложения доводятся до директора учреждения.

2.20. Журналы контроля качества медицинских услуг хранятся в учреждении не менее 3 лет.

2.21. Учет результатов проведенного контроля качества медицинских услуг осуществляется в учреждении в форме отчетов ежемесячно и по итогам прошедшего года на каждом уровне контроля качества медицинских услуг и по учреждению в целом.

2.22. Отчеты о проведенном контроле качества медицинских услуг должны содержать следующие сведения:

1) отчетный период;

2) объемы проведенного контроля качества медицинских услуг:

➤ количество проверенных случаев;

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

➤ объем проведенного контроля качества медицинских услуг в процентах от установленных минимальных объемов;

3) результаты проведенного контроля качества медицинских услуг:



- количество случаев качественно оказанных медицинских услуг;
- количество случаев качественно оказанных медицинских услуг, сопровождавшихся единичными дефектами медицинских услуг;
- количество случаев не качественно оказанных медицинских услуг (в абсолютных цифрах и в процентах проверенных случаев);

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

5) предложения по итогам проведенного контроля качества медицинских услуг для руководителя организации;

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

2.23 Отчеты о проведенном контроле качества медицинских услуг по учреждению в целом доводятся до директора ежемесячно, до сведения медицинских работников учреждения, не реже, чем 1 раз в квартал.

2.24. По результатам проведенного контроля медицинских услуг в учреждении планируются и реализуются мероприятия, направленные на устранение причин, вызвавших возникновение дефектов медицинских услуг, на повышение качества и эффективности оказываемой медицинских услуг:

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

➤ образовательные мероприятия – направление медицинских работников на повышение квалификации (в том числе внеплановое), 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;

➤ мероприятия по совершенствованию укомплектованности организации я медицинскими работниками;

2.26. Контроль за реализацией принятых управленческих решений по вопросам управления качеством медицинских услуг обеспечивается заместителем директора центра.

### **3. Порядок рассмотрения обращений граждан в ГБУ СО МО КЦСОР «Меридиан».**

3.1. Обращения получателей услуг (заявителя) могут поступать в ГБУ СО МО КЦСОР «Меридиан» в устной форме, письменной форме (в том числе в виде записей в книге жалоб и предложений) или по электронной почте.

3.2. Получатели услуг могут обращаться с жалобами, заявлениями или предложениями по вопросам организации и оказания медицинской помощи к директору учреждения, его заместителю или заведующим отделениями лично или через своего законного представителя.

3.3. В целях реализации прав получателей услуг на обращение в учреждении обеспечиваются:

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 получателей услуг 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;



5

О графике личного приема граждан директором ГБУ СО МО КЦСОР «Меридиан»;  
Об адресах и телефонах контролирующих органов и организаций (министерство социального развития МО, Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по МО и др.)

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

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 ГБУ СО МО КЦСОР «Меридиан» 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 ГБУ СО МО КЦСОР «Меридиан».

Учету подлежат все обращения, поступающие в организацию в письменной форме или по электронной почте, в том числе обращения, зафиксированные в книгах жалоб и предложений (при их наличии) или направленные из других органов или организаций.

В журнале регистрации обращений граждан в хронологическом порядке фиксируются:

1. порядковый номер;
2. фамилия, имя, отчество, заявителя;
3. адрес места жительства заявителя;
4. наименование организации, направившей обращения;
5. дата поступления обращения;
6. дата и номер регистрации обращения;
7. краткое содержание (повод) обращения;
8. фамилия, имя, отчество, должность работника, осуществляющего рассмотрение обращения;
9. результат рассмотрения обращения;
10. дата и номер регистрации ответа на обращение.

3.7. Все поступившие в учреждение обращения получателей услуг 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 ГБУ СО МО КЦСОР «Меридиан» в форме письменного поручения или приказа в срок, не превышающий трех дней с даты регистрации обращения.

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

3.8. Работник учреждения, получивший поручение директора ГБУ СО МО КЦСОР «Меридиан» 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 получателей услуг 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 обращении 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 получателей услуг оформляются на бланке исходящего письма ГБУ СО МО КЦСОР «Меридиан» 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. Устные обращения рассматриваются руководящим составом учреждения, к которому обратился гражданин (директор, его заместитель, заведующие отделениями) в ходе личного приема.

3.18. Директор учреждения проводит личный прием граждан с периодичностью, не реже 1 раза в неделю.

Место, дни и часы личного приема граждан устанавливаются директором ГБУ СО МО КЦСОР «Меридиан»

3.19. В случае, если изложенные в устном обращении заявителя обстоятельства не требуют дополнительной проверки, ответ на обращение с согласия может быть дан устно в ходе личного приема.

3.20. В случае несогласия заявителя с результатами рассмотрения его обращения, он может обратиться к директору ГБУ СО МО КЦСОР «Меридиан», в Серпуховское городское Управление социальной защиты населения, Министерство социального развития Московской области.

#### **4. Порядок проведения анкетирования граждан.**

4.1. В целях изучения удовлетворенности граждан оказанной медицинской помощью в ГБУ СО МО КЦСОР «Меридиан» организуется проведение анонимного анкетирования с периодичностью 1 раз в месяц.

4.2. Форма анкеты разрабатывается специалистами учреждения и должна отражать объективную оценку пациентами качества оказания медицинской помощи в учреждении.

4.3. Информация о результатах проведенного анкетирования является открытой.

4.4. Результаты проведенного анкетирования используются директором в ГБУ СО МО КЦСОР «Меридиан» в целях совершенствования качества услуг.



