

Рассмотрено на общем собрании трудового
коллектива
Протокол № 55 от 12 февраля 2016 года



Утверждаю
Директор  Т.А. Иванова
Приказ № 01-06/29 от 12.02.2016 года.

ПОЛОЖЕНИЕ **о внутреннем контроле качества и безопасности** **медицинской деятельности ГОУ ЯО «Центр помощи детям»**

1. Общие положения

1.1. Положение о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности в общеобразовательном учреждении» устанавливает порядок организации и проведения внутреннего контроля за соответствием качества выполняемых медицинских работ (услуг) установленным требованиям и безопасностью медицинской помощи, оказываемой гражданам в ГОУ ЯО «Центр помощи детям» (далее – Учреждение)

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»;

Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 24.09.2008 № 513н « Об утверждении Положения о врачебной комиссии медицинской организации».

1.3. Целью внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (далее – контроля качества медицинской помощи) является обеспечение прав граждан на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества в Учреждении, на основе стандартов медицинской помощи, установленных требований к оказанию медицинской помощи, а также 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 средств при оказании медицинской помощи;

- изучение удовлетворенности граждан оказанной медицинской помощи;
- анализ данных, полученных при проведении мониторинга качества оказания медицинской помощи;
- подготовка предложений, направленных на устранение причин возникновения дефектов медицинской помощи, повышение качества эффективности оказываемой медицинской помощи.

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

2. Порядок организации и проведения контроля качества медицинской помощи.

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

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

2.3. Ответственные за проведение контроля качества медицинской помощи несут ответственность за объективность оценки качества оказанной медицинской помощи при проведении контроля качества медицинской помощи в соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации и должностными инструкциями.

2.4. Ответственным за организацию контроля качества медицинской помощи в Учреждении является руководитель структурного подразделения «Медико-социальный отдел».

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 – руководитель структурного подразделения «Медико-социальный отдел»;
- второй уровень контроля – врачебная комиссия (ВК).

2.6.1. Руководитель структурного подразделения «Медико-социальный отдел» в течение месяца обязан провести контроль качества медицинской помощи и оформить результаты не менее 30% случаев в Журнале учета работы Учреждения.

2.6.2. Выявленные недостатки в оказании медицинской помощи анализируются и докладываются с предложениями в виде служебных записок ежемесячно директору Учреждения для принятия управленческого решения.

2.6.3. ВК осуществляет контроль качества медицинской помощи на втором уровне.

При осуществлении контроля качества оказанной медицинской помощи комиссия:

- проводит проверку качества оказания медицинской помощи в Учреждении,
- рассматривает обращения физических и юридических лиц по вопросам качества 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.

2.8. Контроль качества медицинской помощи проводится по медицинской документации (индивидуальной карте ребенка, 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 нежелательных реакций на применение лекарственных препаратов;
- 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 случаи оказания медицинской помощи должны иметь одинаковую возможность быть подвергнутыми проверке.

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

2.12. 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, 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;
- проведение диагноза;
- проведение лечебных мероприятий;
- проведение профилактических мероприятий;
- 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 журналах контроля качества медицинской помощи, которые ведутся каждым ответственным за проведение контроля на 1 и 2 уровнях контроля.

2.17. По результатам проверки каждого случая оказания медицинской помощи ответственные за проведение контроля кратко формулируют в журналах контроля качества медицинской помощи дефекты медицинской помощи, выявленные по каждой составляющей случая оказания медицинской помощи, а также итоговое заключение о качестве медицинской помощи в каждом конкретном 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 контроля качества медицинской помощи доводится до сведения медицинских работников, оказывавших медицинскую помощь в конкретном проверенном случае, при необходимости – под роспись.

2.19. Ответственными 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 их полномочий. В иных случаях предложения доводятся до директора учреждения.

2.20. Журналы контроля качества медицинской помощи хранятся в учреждении не менее 3 лет.

2.21. Учет результатов проведенного контроля качества медицинской помощи осуществляется в учреждении в форме отчетов по итогам прошедшего года

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 и 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 не качественно оказанной медицинской помощи (в абсолютных цифрах и в процентах 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 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 директора Учреждения, до сведения медицинских работников учреждения, не реже, чем 1 раз в квартал.
- 2.24. Отчеты о проведенном контроле качества медицинской помощи по итогам прошедшего года хранятся в Учреждении не менее 3 лет.
- 2.25. По результатам проведенного контроля 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 директором Учреждения.

3. Порядок рассмотрения обращений граждан в Учреждение.

- 3.1. Обращения граждан могут поступать 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

заместителю или заведующим отделениями лично или через своего законного представителя.

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 организации здравоохранения (при их наличии)

О графике личного приема граждан директором

Об адресах и телефонах контролирующих органов и организаций (Управление Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по Ярославской области, Управление Федеральной службы по надзору в Ярославской 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.

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

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 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 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 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.

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

3.20. 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, о чем делается запись в журнале личного приема граждан.

3.21. В случае несогласия заявителя с результатами рассмотрения его обращения, он может обратиться в вышестоящую организацию или в суд.

4. Порядок проведения анкетирования граждан.

4.1. В целях изучения удовлетворенности граждан оказанной медицинской помощью в Учреждении организуется проведение анонимного анкетирования пациентов с периодичностью 1 раз в квартал.

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

4.3. Информация о результатах проведенного анкетирования является открытой.

4.4. Результаты проведенного анкетирования используются директором учреждения в целях совершенствования качества медицинской помощи, оказываемой гражданам и совершенствования организационных технологий оказания медицинской помощи.