

УТВЕРЖДАЮ
Директор ГБПОУ РС (Я)
«РТИП и МСРИ»
Р.И.Винокурова
« _____ » _____ **2015** год

Положение
о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности
Государственного бюджетного профессионального образовательного
учреждения Республики Саха (Якутия) «Республиканский техникум-
интернат профессиональной и медико-социальной реабилитации
инвалидов»

г. Якутск, 2015 год

1. Общие положения

1.1. Настоящее положение о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности в Республиканский техникум-интернат профессиональной и медико-социальной реабилитации инвалидов (далее по тексту - Положение, Учреждение) устанавливает порядок проведения внутреннего контроля за соответствием качества выполняемых медицинских работ (услуг) установленным требованиям и безопасностью медицинской помощи, оказываемой гражданам в Учреждении.

1.2. Настоящее Положение разработано в соответствии с:

- Федеральным законом от 21.11.2011г. N323-03 "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";
- Законом Российской Федерации от 07.02.1992 г. N 2300-1 "О защите прав потребителей";
- Постановлением Правительства Российской Федерации от 16.04.2012 г. N 291 "О лицензировании медицинской деятельности";
- Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 г. N 1006 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг";
- Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 05.05.2012 г. N 502н "Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской Организации".

2. Основные цели и задачи внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности

2.1. Целью внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (далее - внутренний контроль качества) 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.

2.2. Объектом внутреннего контроля качества является медицинская помощь, представляющая собой комплекс мероприятий, направленных на **поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг.**

- 2.3. Задачами внутреннего контроля качества являются:
- проведение контроля качества медицинской помощи, оказанной каждому учащемуся;
 - выявление дефектов медицинской помощи, установление причин их возникновения и степени их влияния на здоровье конкретных учащихся;
 - регистрация результатов проведенного внутреннего контроля качества;
 - оценка оптимальности использования кадровых и материально-технических средств 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 эффективности оказываемой медицинской помощи.

3. Порядок организации и проведения внутреннего контроля качества

3.1. Внутренний контроль качества осуществляется работниками, назначенными приказом руководителя Учреждения ответственными за проведение внутреннего контроля качества (далее по тексту - ответственные за проведение контроля).

3.2. Внутренний контроль качества не может проводиться ответственными за проведение контроля в случаях, когда медицинская помощь оказывалась самими ответственными за проведение контроля.

3.3. Ответственные за проведение контроля несут ответственность за объективность оценки качества оказанной медицинской помощи при проведении внутреннего контроля качества в соответствии с Трудовым кодексом РФ и должностными инструкциями.

3.4. Ответственным за организацию внутреннего контроля качества в Учреждении является **заместитель директора по медицинской реабилитации.**

3.5. В необходимых случаях для проведения внутреннего контроля качества могут привлекаться (по согласованию) в качестве экспертов: работники медицинских высших учебных заведений, работники медицинских научно-исследовательских институтов, а также работники учреждений (организаций) здравоохранения.

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

- 3.6. Внутренний контроль качества осуществляется на трех уровнях:
- первый уровень контроля - **заведующий медицинским отделением Учреждения;**
 - второй уровень контроля - **заместитель директора по медицинской**

деятельности Учреждения;

- третий уровень контроля - **комиссия по контролю качества оказания медицинской помощи (далее - Комиссия).**

3.6.1. **Заведующий отделением** в течение месяца обязан провести внутренний контроль качества по всем законченным случаям лечения, используя очный и ретроспективный анализ каждого случая, и оформить результаты не менее 100 процентов случаев в журнале учета работы отделения.

3.6.2. Выявленные недостатки в оказании медицинской помощи анализируются и докладываются с предложениями в виде служебных записок ежемесячно заместителю директора по медицинской деятельности для принятия управленческого решения.

3.6.3. Заместитель директора по медицинской реабилитации осуществляет внутренний контроль качества в соответствии с приказом директора и должностной инструкцией. Заместитель директора по медицинской реабилитации проводит контроль не менее 50 процентов от законченных случаев в течение квартала с оформлением результатов в журнале учета работы Учреждения.

3.6.4. При осуществлении внутреннего контроля качества 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 медицинской помощи.

3.7. Внутренний контроль качества 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 и других факторов.

3.8. Внутренний контроль качества проводится по медицинской документации (медицинской карте амбулаторного больного, иной медицинской документации, содержащей информацию о медицинской помощи, оказанной в конкретном проверяемом случае).

3.9. **В обязательном порядке внутреннему контролю качества подлежат следующие случаи:**

- случаи летальных исходов;

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

- случаи заболеваний со значительно (более 30% от средних) удлиненными 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.

3.10. Случаи, подлежащие внутреннему контролю качества в обязательном порядке, отбираются для проверки и проверяются в первую очередь.

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

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

3.12. Проведение внутреннего контроля качества конкретному учащемуся 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.

3.13. При проведении внутреннего контроля качества 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.

3.14. Внутренний контроль качества 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;
- обоснование диагноза;
- проведение лечебных мероприятий;
- проведение профилактических мероприятий;
- проведение медицинской экспертизы или медицинского освидетельствования;
- оформление медицинской документации.

3.15. При проведении внутреннего контроля качества 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.

3.16. Результаты проверки каждого случая оказания медицинской помощи регистрируются в **журналах контроля качества медицинской помощи**, которые ведутся каждым ответственным за проведение контроля на первом и втором уровнях контроля.

Учет результатов внутреннего контроля качества, проведенного Комиссией, осуществляется в соответствии с действующими нормативными правовыми актами РФ.

3.17. 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.

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

3.19. Ответственными за проведение контроля по результатам внутреннего контроля качества 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.

3.20. Журналы контроля качества медицинской помощи хранятся в Учреждении не менее 5 лет.

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

3.22. Отчеты о проведенном внутреннем контроле качества должны содержать следующие сведения:

3.22.1. Отчетный период.

3.22.2. Объемы проведенного внутреннего контроля качества:

- 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 внутреннего контроля качества в процентах от установленных минимальных объемов.

3.22.3. Результаты проведенного внутреннего контроля качества:

- 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 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.

3.22.4. Краткие сведения о мерах, принятых ответственным за проведение контроля по итогам проведенного внутреннего контроля качества.

3.22.5. Предложения по итогам проведенного внутреннего контроля качества для директора Учреждения.

3.22.6. Ф. И. О., должность, подпись ответственного за проведение контроля.

3.23. Отчеты о проведенном внутреннем контроле качества по Учреждению в целом доводятся до директора Учреждения ежемесячно, до сведения медицинских работников Учреждения - не реже, чем 2 раза в месяц.

3.24. Отчеты о проведенном внутреннем контроле качества по итогам прошедшего года хранятся в Учреждении не менее 3 (трех) лет.

3.25. По результатам проведенного внутреннего контроля качества 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 - применение дисциплинарных взысканий в соответствии с Трудовым кодексом РФ и должностными инструкциями работников;

- экономические мероприятия - применение материальных взысканий;

- мероприятия по совершенствованию материально-технической базы, информатизации Учреждения;

- мероприятия по совершенствованию укомплектованности Учреждения медицинскими работниками.

3.26. Контроль за реализацией принятых управленческих решений по вопросам управления качеством медицинской помощи обеспечивается заместителем директора по медицинской деятельности Учреждения.

4. Порядок рассмотрения обращений граждан

4.1. 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.

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

4.3. 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.

4.4. 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 (при их наличии);
- о графике личного приема граждан директором Учреждения;
- об адресах и телефонах контролирующих органов и организаций.

4.5. 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.

Ответственный 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 1 (один) год с даты регистрации обращения.

4.6. 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, поступающие в Учреждение 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:

- порядковый номер;
- фамилия, имя, отчество, заявителя;
- адрес места жительства заявителя;
- наименование Организации, направившей обращения;
- дата поступления обращения;
- дата и номер регистрации обращения;
- краткое содержание (повод) обращения;
- фамилия, имя, отчество, должность работника, осуществляющего рассмотрение обращения;

- результат рассмотрения обращения;
- дата и номер регистрации ответа на обращение.

4.7. 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 обжалуется.

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

4.9. 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 директора Учреждения о рассмотрении обращения, несет ответственность за объективное, всестороннее и своевременное рассмотрение обращения в соответствии с Трудовым кодексом РФ и должностными инструкциями.

4.10. 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.

4.11. Письменные обращения, содержащие вопросы, решение которых не входит в компетенцию Учреждения, в течение 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.

4.12. 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.

4.13. 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 указываются меры, принятые к виновным работникам.

4.14. 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.

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

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

4.17. Результаты анализа поступивших обращений ежеквартально и по итогам года представляются директору Учреждения.

4.18. Устные обращения рассматриваются директором Учреждения, к которому обратился гражданин (директор, его заместитель по медицинской реабилитации, заведующие отделениями) в ходе личного приема.

4.19. Руководитель Организации проводит личный прием граждан с периодичностью не реже одного раза в неделю.

Место, дни и часы личного приема граждан устанавливаются директором Учреждения.

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

4.20. 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.

4.21. В случае несогласия заявителя с результатами рассмотрения его обращения, он может обратиться в Отраслевое Министерство или в суд.

5. Порядок проведения анкетирования граждан

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

5.2. Форма анкеты разрабатывается специалистами Учреждения и должна содержать объективную оценку учащимися качества оказания медицинской помощи в Учреждении.

5.3. Информация о результатах проведенного анкетирования является открытой.

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