

ПОЛОЖЕНИЕ
о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности
в ОБУЗ «Вохомская межрайонная больница»

1. Общие положения

1.1. Положение о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности в ОБУЗ «Вохомская МБ» (далее – Положение) устанавливает единый порядок организации и проведения внутреннего контроля за соответствием качества выполняемых медицинских работ (услуг) установленным требованиям (стандартам) и безопасностью медицинской помощи, оказываемой гражданам.

1.2. Настоящее Положение разработано в соответствии с:

- Конституцией Российской Федерации;
- Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";
- Федеральным законом РФ от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»,
- Федеральным законом РФ от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств»,
- Федеральным законом РФ от 02.05.2006г. №59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан РФ»
- Законом Российской Федерации от 07.02.92 № 2300-1 «О защите прав потребителей»;
- Постановлением Правительства РФ от 16.04.2012 N 291 "О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")";
- Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 г. №1006 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»;
- Постановлением Правительства РФ №1043 от 15.10.2012 г. "Об утверждении Положения о федеральном государственном надзоре в сфере обращения лекарственных средств",
- Постановлением Правительства РФ №970 от 25.09.2012 г. "Об утверждении Положения о государственном контроле за обращением медицинских изделий
- Постановлением Правительства Российской Федерации от 12.11 ..012 № 1152 «Об утверждении Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности»;

- Приказом Минздравсоцразвития России от 05.05.2012 N 502н "Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации";
- Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22.01.2001 № 12 «О введении в действие отраслевого стандарта «Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении».
- Методическими рекомендациями «Учет, оценка и анализ клинико-экспертной деятельности лечебно-профилактических учреждений», утвержденными Минздравом РФ от 20.12.2002 N 2510/224-03-34;
- Распоряжением ДЗО Костромской области № 413 от 24.06.2014г. «О совершенствовании организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинских организациях Костромской области».

1.2. **Целью** внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, является обеспечение прав граждан на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества, 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.

1.3. Объектом Внутреннего контроля качества медицинской помощи является медицинская помощь, представляющая комплекс мероприятий, направленных на поддержание или восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг.

1.4. **Задачами** контроля качества и безопасности медицинской деятельности 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 Внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности;
- оценка выводов о качестве медицинской помощи, сделанных на нижестоящих уровнях контроля;
- оценка оптимальности использования кадровых и материально-технических ресурсов учреждения;
- оценка организационных технологий оказания медицинской помощи;
- изучение удовлетворенности граждан оказанной медицинской помощью;
- анализ данных, полученных при проведении мониторинга показателей качества и безопасности медицинской деятельности в учреждении;
- подготовка предложений для главного врача МБ, направленных на устранение причин возникновения дефектов медицинской помощи, повышение качества и эффективности оказываемой медицинской помощи.

1.5. Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности включает:

- соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья граждан,
- соблюдение Порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи,
- экспертизу качества медицинской помощи, оказанной пациенту,
- соблюдение требований безопасного применения лекарственных средств,
- соблюдение требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий и их утилизации (уничтожению);
- соблюдение санитарно-эпидемического режима,
- оптимальность использования кадровых и материально-технических ресурсов учреждения;
- организацию работы по рассмотрению обращений граждан;
- соблюдение медицинскими работниками и руководителями ограничений, применяемых к ним при осуществлении профессиональной деятельности.

1.6. По итогам проведенного контроля качества и безопасности медицинской деятельности разрабатываются и реализуются мероприятия по управлению качеством и безопасностью медицинской деятельности:

- планирование мероприятий, направленных на устранение причин возникновения дефектов медицинской помощи;
- повышение качества и эффективности оказываемой медицинской помощи, совершенствование организационных технологий оказания медицинской помощи;
- принятие руководителем организации здравоохранения (или заместителем руководителя организации здравоохранения) управленческих решений, направленных на устранение причин возникновения дефектов медицинской помощи;
- осуществление контроля за реализацией принятых управленческих решений или выполнением плана мероприятий.

2. ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ОГБУЗ «ВОХОМСКАЯ МБ»

2.1. ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ КОНТРОЛЯ СОБЛЮДЕНИЯ ПОРЯДКОВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И СТАНДАРТОВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.

Контроль за соблюдением порядков оказания медицинской помощи осуществляется:

2.1.1. Экономистом и специалистом отдела кадров путем анализа соответствия штатного расписания рекомендуемым штатным нормативам (анализ подается в виде аналитической записки главному врачу МБ 1 раз в год перед утверждением штатного расписания).

2.1.2 Главным бухгалтером ежеквартально анализируется соответствие оснащения структурных подразделений учреждения требованиям Порядков (анализ подается в виде аналитической записки главному врачу МБ 1 раз в квартал).

2.1.3. Заместителем главного врача по медицинской части при проведении экспертизы качества 2-го и 3-го уровней оценивается соблюдение выполнения этапов, условий и сроков оказания медицинской помощи по соответствующему виду, профилю заболеваний или состояний (результаты учитываются при составлении ежеквартального отчета главному врачу).

2.1.4. Контроль соблюдения стандартов медицинской помощи проводится на 3-х уровнях:

- на уровне заведующих отделений (первая ступень)
- на уровне заместителя главного врача по лечебной работе (вторая ступень экспертизы);
- на уровне врачебной комиссии (третья ступень экспертизы).

2.1.5. Контроль соблюдения стандартов медицинской помощи проводится: при проведении экспертизы качества медицинской помощи конкретному больному, путем оценки соблюдения выполнения медицинских услуг, в зависимости от усредненных показателей частоты и кратности их применения, обоснованности назначения медицинских услуг, имеющих усредненную частоту менее 1,0, полнота выполнения услуг с усредненной частотой 1,0; обоснованности и полноты назначения лекарственных препаратов, компонентов крови; иных положений, исходя из особенностей заболевания (состояния).

2.2. ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ КОНТРОЛЯ ЗА БЕЗОПАСНЫМ ПРИМЕНЕНИЕМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ.

2.3.1. Контроль безопасного применения лекарственных средств осуществляется по 4-х-уровневой системе:

- Нулевой уровень контроля (самоконтроль) - средний медицинский персонал;
- первый уровень контроля – ответственные старшие медицинские сестры, старший фельдшер ОСМП, ответственный лаборант - ежемесячно;
- второй уровень контроля – заведующие отделениями;
- третий уровень контроля – заместитель главного врача, председатель ВК, главная медсестра - ежеквартально;

нулевой уровень контроля:

Медицинские сестры процедурные, палатные, медицинские сестры кабинетов поликлиник, акушерки, фельдшера ежедневно получают лекарственные средства и медицинские изделия у главной медсестры и несут ответственность:

- за ведение журнала температурно-влажностного режима кабинета и холодильника (заполняются ежедневно 2 раза в сутки),
- за контроль сроков годности ЛП (визуально).

Первый уровень контроля:

Старший фельдшер СМП, старший лаборант КДЛ, ответственные старшие медицинские сестры:

- по мере необходимости получают лекарственные средства и медицинские изделия от главной медицинской сестры по требованию и накладной, для пополнения запаса лекарственных средств, расходных материалов.
- выписывают заявки дополнительно в течение рабочего дня.
- полученные лекарственные средства ответственные медицинские сестры и фельдшера хранят в своем кабинете.

2.2.2. Старший фельдшер СМП, старший лаборант, фельдшер профилактического кабинета, медсестра процедурного кабинета поликлиники, медицинские сестры всех служб несут ответственность:

за получение, хранение, учет и расход лекарственных средств в своем отделении (кабинете) в соответствии с Приказом МЗ № 706н от 23.08.2010г. «Об утверждении правил хранения лекарственных средств» и приказом главного врача № 53 от 28.02.2013г. «Об организации хранения лекарственных средств в подразделениях ОБУЗ «Вохомская МБ»;

- ведение журналов учета наркотических средств, сильнодействующих средств, ядовитых средств, учетных лекарственных средств), за контроль сроков годности ЛП в отделении;
- за ведение журнала температурно-влажностного режима кабинета и холодильника (заполняются ежедневно 2 раза в сутки) в своих кабинетах;
- За ведение журналов учета сроков годности лекарственных средств и медицинских изделий.
- за незамедлительное информирование главной медицинской сестры в случае выявления недоброкачественного и фальсифицированного лекарственного средства.

2.2.3.1. Заведующие отделениями

- ведение журналов учета наркотических средств, сильнодействующих средств, ядовитых средств, учетных лекарственных средств), за контроль сроков годности ЛП в отделении;
- за ведение журнала температурно-влажностного режима кабинета и холодильника (заполняются ежедневно 2 раза в сутки) в своих кабинетах;
- За ведение журналов учета сроков годности лекарственных средств и медицинских изделий.
- за незамедлительное информирование главной медицинской сестры в случае выявления недоброкачественного и фальсифицированного лекарственного средства.

•

2.2.3.2. 3-ий уровень контроля:

Главная медицинская сестра и заместитель главного врача по медицинской части

- Ежеквартально контролируют условия хранения и сроки годности лекарственных средств, в процедурном и смотровых кабинетах, на посту, в лаборатории, ОСМП, о чем составляется акт проверки. Результаты проверки доводит до сведения главного врача.
- Ежемесячно проводят инвентаризацию НС и ПВ с оформлением инвентаризационной описи.
- 1 раз в 10 дней комиссионно производят уничтожение пустых ампул после

использования НС и ПВ с составлением акта об уничтожении.

2.2.4. Главная медицинская сестра ежемесячно сдает неиспользованные ампулы с НС, полученные от родственников умерших онкобольных, и не полностью использованные ампулы с НС из подразделений в ОГУП Фармация с составлением акта сдачи и предоставлением товарной накладной в бухгалтерию.

2.3. ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ КОНТРОЛЯ ЗА СОБЛЮДЕНИЕМ ТРЕБОВАНИЙ ПО БЕЗОПАСНОМУ ПРИМЕНЕНИЮ И ЭКСПЛУАТАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ И ИХ УТИЛИЗАЦИИ (УНИЧТОЖЕНИЮ).

2.3.1. Контроль безопасного применения и эксплуатации медицинских изделий и их утилизации (уничтожения) осуществляется по двухуровневой системе:

Нулевой уровень контроля (самоконтроль) – средний мед. персонал - ежедневно; третий уровень контроля - заместитель главного врача по медицинской части, главная медсестра - ежеквартально;

Нулевой уровень контроля

- Медицинские сестры отделений ежедневно несут ответственность:
- за правильное использование, сохранность медицинских изделий, в случае их неисправности, докладывают в течение рабочего дня главной медсестре ЛПУ. Обо всех случаях побочных действий, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия, нежелательных реакций при его применении, особенностей взаимодействия медицинских изделий между собой, фактов и обстоятельств, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации медицинских изделий докладывают в течение рабочего дня главной медсестре.
- за контроль хранения, эксплуатации медицинских изделий в структурном подразделении, за своевременное представление средств измерений на поверку.
- за контроль сбора, обезвреживания, временного хранения отходов в отделении в соответствии с Инструкциями и правилами.
- за соблюдение техники безопасности.

2.3.2. 3 уровень контроля:

- Главная медицинская сестра несет ответственность за работу с письмами Управления Росздравнадзора по выявлению фальсифицированных, недоброкачественных и незарегистрированных ИМН в отделениях МО.
- Главная медицинская сестра, совместно с бухгалтером, участвуют в приемке поступивших в МО медицинских изделий, контролируют наличие паспортов, сертификатов, регистрационных удостоверений и хранит их у себя.
- Главная медицинская сестра несет ответственность за общий учет, планирование и проведение ежегодной госповерки технических средств измерений на основании заключенных ежегодных договоров с аккредитованной организацией в соответствии с утвержденным и согласованным главным врачом графиком поверок, с учетом межповерочного интервала паспорта СИ.

- Главная медицинская сестра, в случае поломки, выхода из строя, повреждения медицинских изделий оформляет запись в Журнале технического обслуживания, и при необходимости вызывает представителя медтехники;
- Главная медицинская сестра контролирует соблюдение графика выходов организации, обслуживающей оборудование, согласно заключенному договору, принимает заявки на ремонт оборудования.

2.3.3. За заключение договоров несет ответственность руководитель медицинской организации.

2.4. ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ КОНТРОЛЯ ЗА СОБЛЮДЕНИЕМ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО РЕЖИМА.

Контроль за соблюдением санитарно-эпидемиологического режима осуществляется в соответствии с Программой Производственного контроля, утвержденной главным врачом МБ на 2018 год.

2.5. ПОРЯДОК ДОПУСКА ЛИЦ К МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ПОРЯДОК СОБЛЮДЕНИЯ БЕЗОПАСНЫХ УСЛОВИЙ ТРУДА.

2.5.1. Специалист отдела кадров является ответственной за допуск лиц к медицинской деятельности.

- при приеме сотрудников на работу с целью соблюдения лицензионных требований и условий при осуществлении медицинской деятельности, обеспечивает контроль наличия у специалистов высшего или среднего медицинского образования (диплом), послевузовского медицинского образования (сертификата специалиста), соответствующего требованиям и характеру выполняемых работ (услуг), наличия повышения квалификации;
- обеспечивает контроль правильного ведения Федерального регистра медицинских сотрудников;
- подготавливает материалы на лиц, оформляемых на работу с наркотическими средствами и психотропными веществами, в соответствии с Приказами ФСКН России № 580 и № 578 от 29.12.2011 о порядке выдачи заключений предусмотренных Федеральным законом «О наркотических средствах и психотропных веществах»;
- направляет соответствующие запросы в территориальные органы ФСКН с приложением анкеты лица, оформляемого на работу с наркотическими средствами и психотропными веществами, и в учреждение здравоохранения по месту жительства этого лица, для прохождения освидетельствования (постановление Правительства РФ № 695 от 28.09.2002 года).
- составляет письменное заключение о возможности допуска лица к работе с наркотическими средствами и психотропными веществами и утверждает его приказом главного врача.

- включает в трудовой договор (контракт) взаимных обязательств администрации организации и лица, связанных с оборотом наркотических средств и психотропных веществ;
- один раз в квартал подает сведения об уволившихся сотрудниках в территориальные органы ФСКН для получения постановления об исключении их из списка о допуске, предварительно согласовав с зам. главного врача по медицинской части (Постановление Правительства РФ № 892 от 06.08.98г.);

2.5.2. Специалист по охране труда:

- Проводит вводный инструктаж по технике безопасности при приеме сотрудников на работу и плановый (текущий) инструктаж.
- Проводит осмотр рабочих мест в МО согласно программе производственного контроля.
- Организует ежемесячный контроль в подразделениях МО.
- Контролирует предоставление работникам, занятым на работах с вредными и (или) опасными условиями труда, компенсаций, установленных по результатам аттестации рабочих мест по условиям труда;
- Контролирует обеспеченность работников средствами индивидуальной защиты, молоком или продуктами, его заменяющими, лечебно-профилактическим питанием;

2.6. ПОРЯДОК СОБЛЮДЕНИЯ МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ И РУКОВОДИТЕЛЯМИ ОГРАНИЧЕНИЙ, ПРИМЕНЯЕМЫХ К НИМ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.

2.6.1. Ограничения, налагаемые на медицинских работников при осуществлении ими профессиональной деятельности

Медицинские работники и руководители ОГБУЗ «Вохомская МБ» не вправе:

- принимать от организаций, занимающихся разработкой, производством и (или) реализацией лекарственных препаратов, медицинских изделий, организаций, обладающих правами на использование торгового наименования лекарственного препарата; организаций оптовой торговли лекарственными средствами; аптечных организаций (их представителей, иных физических и юридических лиц, осуществляющих свою деятельность от имени этих организаций) (далее соответственно: компания, представитель компании) подарки, денежные средства (за исключением вознаграждений по договорам при проведении клинических исследований лекарственных препаратов, клинических испытаний медицинских изделий, в связи с осуществлением медицинским работником педагогической и (или) научной деятельности), в том числе на оплату развлечений, отдыха, проезда к месту отдыха, а также принимать участие в развлекательных мероприятиях, проводимых за счет средств компаний, представителей компаний;
- заключать с компанией, представителем компании соглашения о назначении или рекомендации пациентам лекарственных препаратов, медицинских изделий (за исключением договоров о проведении клинических исследований лекарственных препаратов, клинических

- испытаний медицинских изделий);
- получать от компании, представителя компании образцы лекарственных препаратов, медицинских изделий для вручения пациентам (за исключением случаев, связанных с проведением клинических исследований лекарственных препаратов, клинических испытаний медицинских изделий);
 - предоставлять при назначении курса лечения пациенту недостоверную, неполную или искаженную информацию об используемых лекарственных препаратах, о медицинских изделиях, в том числе скрывать сведения о наличии в обращении аналогичных лекарственных препаратов, медицинских изделий;
 - осуществлять прием представителей фармацевтических компаний, производителей или продавцов медицинских изделий в ином порядке, кроме установленного данным положением;
 - выписывать лекарственные препараты, медицинские изделия на бланках, содержащих информацию рекламного характера, а также на рецептурных бланках, на которых заранее напечатано наименование лекарственного препарата, медицинского изделия.

2.6.2. Урегулирование конфликта интересов при осуществлении медицинской деятельности

- Конфликт интересов - ситуация, при которой у медицинского работника при осуществлении ими профессиональной деятельности возникает личная заинтересованность в получении лично либо через представителя компании материальной выгоды или иного преимущества, которое влияет или может повлиять на надлежащее исполнение ими профессиональных обязанностей вследствие противоречия между личной заинтересованностью медицинского работника и интересами пациента.
- В случае возникновения конфликта интересов медицинский работник обязан проинформировать об этом в письменной форме руководителя медицинской организации, в которой он работает.
- Руководитель медицинской организации в семидневный срок со дня, когда ему стало известно о конфликте интересов, обязан в письменной форме уведомить об этом уполномоченный федеральный орган исполнительной власти.

2.7. ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.

2.7.1. Внутренний контроль качества медицинской помощи осуществляется работниками, назначенными приказом главного врача, и ответственными за проведение внутреннего контроля качества во всех структурных подразделениях ОГБУЗ «Вохомская МБ».

Контроль качества медицинской помощи проводится на 3-х уровнях:

- на уровне заведующих отделений;

- на уровне заместителя главного врача по медицинской части (вторая степень экспертизы);
- на уровне врачебной комиссии (третья степень экспертизы).

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

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

2.7.4. Ответственным за организацию Внутреннего контроля качества медицинской помощи в ОГБУЗ «Вохомская МБ», является заместитель главного врача по медицинской части.

2.7.5. В необходимых случаях, для проведения Внутреннего контроля качества медицинской помощи могут привлекаться (по согласованию) в качестве экспертов работники других ЛПУ.

2.7.6. Экспертиза процесса оказания медицинской помощи проводится по отдельным законченным в данном подразделении случаям. Экспертиза, как правило, проводится по медицинской документации (медицинской карте стационарного больного, карте амбулаторного больного, карте вызова скорой медицинской помощи и пр.).

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

2.7.7. Экспертному контролю обязательно подлежат:

- случаи летальных исходов,
- случаи внутрибольничного инфицирования и осложнений,
- случаи первичного выхода инвалидность лиц трудоспособного возраста,
- случаи повторной госпитализации по поводу одного и того же заболевания в течение месяца,
- случаи заболеваний с удлинёнными или укороченными сроками лечения,
- случаи с расхождением диагнозов,
- случаи, сопровождавшиеся жалобами пациентов или их родственников.

2.7.8. Все прочие случаи оказания медицинской помощи должны иметь одинаковую возможность быть подвергнутым экспертной оценке, что обеспечивает метод «случайной выборки».

2.7.9. В течение месяца: заведующий структурным подразделением проводит 100% экспертизу историй болезни.

- заместитель главного врача по медицинской части проводит - не менее 30-50 экспертиз в течении месяца.

- председатель ВК проводит не менее 10 экспертиз в течении месяца.

2.7.10. Все наиболее значимые и сложные случаи выносятся экспертами для коллегиального обсуждения и принятия решения на ВК. Обязательному обсуждению на ВК подлежат:

- случай летальных исходов,
- случай ВБИ,
- случаи младенческой смертности,
- случаи, сопровождающиеся жалобами пациентов или их родственников,
- случай оказания медицинской помощи, анализируемые по запросу ДЗО, прокуратуры и т.д.

2.7.11. Экспертиза качества медицинской помощи конкретному больному предусматривает сопоставление ее со стандартами (протоколами) медицинской помощи при конкретных нозологических формах (с учетом особенностей данного индивидуального случая).

2.7.12. Проведение Внутреннего контроля качества медицинской помощи конкретному пациенту предусматривает:

- оценку её соответствия стандартам медицинской помощи, протоколам ведения больных, зарегистрированным медицинским технологиям, установленным или обычно предъявляемым в медицинской практике требованиям к проведению диагностических, лечебных, профилактических мероприятий, правильность постановки диагноза, степень достижения запланированного результата.
- оформление медицинской документации, с учётом современного уровня науки, медицинских технологий и клинических особенностей каждого конкретного случая.

2.7.13. На каждый случай экспертной оценки заполняется:

- «Карта экспертной оценки истории болезни (амбулаторной карты)» или «Карта экспертной оценки летального исхода» - при проведении 1 степени экспертизы.
- протокол разбора случая – при проведении 2 степени экспертизы.
- протокол ВК – при проведении 3 степени экспертизы.

2.7.14. После проведения контроля качества 1 уровня проводится анализ выявленных дефектов, готовятся предложения по их устранению и предупреждению выявленных недостатков, оформляется отчет.

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

2.7.16. Внутренний 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 учётом его клинических особенностей:

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

2.7.17. При проведении Внутреннего контроля качества медицинской помощи, используются следующие критерии качества медицинской помощи:

- - критерий своевременности оказания медицинской помощи – отражает своевременность оказания медицинской помощи объективным потребностям конкретного пациента.
- критерий объёмов оказания медицинской помощи – отражает соответствие объёмов оказания медицинской помощи объективным потребностям конкретного больного.
- критерий преемственности оказания медицинской помощи – отражает соблюдение преемственности при оказании медицинской помощи подразделениями (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 учётом минимализации 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.

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

2.7.19. По результатам проверки каждого случая оказания медицинской помощи Ответственные за проведение контроля, кратко формулируют в журналах контроля качества, 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, сопровождающаяся единичными дефектами медицинской помощи, которые не привели и не могли привести к ухудшению состояния здоровья пациента или его смерти;
- - некачественно оказанная медицинская помощь.

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

2.7.21. Журналы контроля качества медицинской помощи и протоколы экспертной оценки качества медицинской помощи хранятся 3 года.

1). Анализ проведенного контроля качества медицинской помощи должен содержать следующие сведения:

- -отчетный период;
- -объемы проведенного контроля качества медицинской помощи;
- -количество пролеченных больных;
- -количество проведенных экспертиз;
- - результаты проведенного контроля качества медицинской помощи с подсчетом общего коэффициента качества при необходимости - каждого отдельно взятого врача-специалиста, по итогам экспертизы законченных случаев лечения его пациентов за отчетный период времени:
- -количество случаев качественно оказанной медицинской помощи (коэффициент качества 1,0-0,8);
- -количество случаев качественно оказанной медицинской помощи, сопровождавшихся единичными дефектами медицинской помощи (коэффициент качества 0,7 -0,6);

- -количество случаев некачественно оказанной медицинской помощи (коэффициент качества 0,5-0);
- -структура дефектов медицинской помощи по их видам: дефекты диагностических мероприятий; дефекты оформления диагноза; дефекты лечебно-профилактических мероприятий; дефекты оформления медицинской документации;
- краткие сведения о мерах, принятых ответственным лицом за проведение контроля по итогам проведенного контроля качества медицинской помощи;
- предложения по итогам проведенного контроля качества медицинской помощи для медицинского работника;
- Ф.И.О., должность, подпись ответственного за проведение контроля.

2.7.22. Заместитель главного врача по лечебной работе ежеквартально анализирует протоколы 2 и 3 уровня экспертизы и отчеты 1 уровня экспертизы, составляет аналитический отчет по КБМП и предоставляет главному врачу МБ с предложениями.

2.7.23. Контроль за реализацией принятых управленческих решений по вопросам управления качеством медицинской помощи обеспечивается главным врачом

2.8. ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ КОНТРОЛЯ ЗА ОРГАНИЗАЦИЕЙ РАБОТЫ ПО РАССМОТРЕНИЮ ОБРАЩЕНИЙ ГРАЖДАН.

Заместитель главного врача по медицинской части ежеквартально проводит анализ обращений граждан с предоставлением отчета главному врачу для принятия управленческих решений. В ЦРБ ведется журнал учета обращений граждан.

2.8.1. Обращения граждан могут поступать в Организацию в устной форме, письменной форме или по электронной почте.

2.8.2. Граждане (заявители) могут обращаться с жалобами, заявлениями или предложениями по вопросам организации и оказания медицинской помощи к главному врачу или его заместителям лично или через своего законного представителя.

2.8.3. В целях реализации прав граждан на обращение в Организацию 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.

2.8.4. 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)
- об адресах и телефонах контролирующих органов и организаций (министерство здравоохранения Костромской области, Управление Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по области, Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Костромской области)

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

Делопроизводство по обращениям граждан ведется отдельно от других видов делопроизводства.

Ответственность за ведение делопроизводства по обращениям граждан определяется соответствующим приказом главного врача ОГБУЗ Боговаровская больница. 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 Организацию составляет 5 лет с даты регистрации обращения.

2.8.6. 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 главного врача.

Учету подлежат все обращения, поступающие в Организацию в письменной форме или по электронной почте, в том числе обращения 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.

2.8.7. Все поступившие в Организацию 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 главный врач в форме письменного поручения или приказа в срок, не превышающий трех дней с даты регистрации обращения.

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

2.8.8. Работник Организации, получивший поручение главного врача о рассмотрении обращения, обязан обеспечить объективное, всестороннее и своевременное рассмотрение обращения.

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

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

2.8.10. 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, главный врач принимает решение об

оставлении обращения без рассмотрения по существу, уведомив об этом заявителя.

2.8.11. Письменные обращения, содержащие вопросы, решение которых не входит в компетенцию Организации, 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.

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

2.8.13. 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 Организации и подписываются главным врачом.

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

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

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

2.8.15. 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.

2.8.16. В Организации не реже одного раза в квартал проводится анализ поступивших обращений.

2.8.17. Результаты анализа поступивших обращений ежеквартально и по итогам года доводятся до сведения главного врача.

2.8.18. Устные обращения рассматриваются главным врачом, к которому обратился гражданин в ходе личного приема.

2.8.19. Заместитель главного врача по медицинской части, проводит личный прием граждан с периодичностью, не реже 1 раза в неделю. Информация о принятых заявителях фиксируется в журнале личного приема граждан.

Место, дни и часы личного приема граждан устанавливаются заместителем главного врача по медицинской части.

2.8.20. 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.

2.8.21. В случае несогласия заявителя с результатами рассмотрения его обращения, он может обратиться к главному врачу, Департамент здравоохранения Костромской области или в суд.

2.9. Порядок проведения анкетирования граждан.

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

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

2.9.3. Информация о результатах проведенного анкетирования является открытой.

2.9.4. Результаты проведенного анкетирования используются главным врачом учреждения в целях совершенствования качества медицинской помощи, оказываемой гражданам и совершенствования организационных технологий оказания медицинской помощи.

Главный врач



Неганова В.Г.