

Положение о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности в ООО "АртСмайл"

1. Общие положения

1.1. Положение о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности в ООО "АртСмайл" (далее - Организация) устанавливает порядок организации и 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 21.11.2011 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 (далее – контроля качества медицинской помощи) является обеспечение прав граждан на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества в Организации 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. Основные термины и определения, используемые при организации и проведении контроля качества медицинской помощи:

- контроль качества медицинской помощи - определение соответствия оказанной медицинской помощи, установленным на данный период стандартам и современному уровню медицинской науки и технологий с учетом объективно имеющихся потребностей отдельных пациентов.

2. Порядок организации и проведения контроля качества медицинской помощи.

2.1. Контроль качества медицинской помощи осуществляется работником, назначенным приказом директора Организации ответственными за проведение контроля качества медицинской помощи (далее – ответственный за проведение контроля).

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

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

2.4. Ответственным за организацию контроля качества медицинской помощи в Организации является заместитель директора.

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

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

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

- случаи летальных исходов;
- случаи внутрибольничного инфицирования и нежелательных реакций на применение лекарственных препаратов;
- случаи заболеваний со значительно (более 30% от средних) 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.
- случаи, при проверках которых контролирующими органами и организациями были выявлены дефекты медицинской помощи.
- случаи, при проверках которых контролирующими органами и организациями были выявлены дефекты медицинской помощи.

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

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

2.9. В целях своевременного устранения причин дефектов медицинской помощи рекомендуется обеспечивать проведение контроля качества медицинской помощи в текущем режиме (не реже, чем 1 раз в месяц).

2.10. Проведение контроля качества медицинской помощи конкретному пациенту предусматривает оценку ее соответствия стандартам медицинской помощи, протоколам ведения больных, зарегистрированным медицинским технологиям, установленным или обычно предъявляемым в медицинской практике требованиям к проведению диагностических, лечебных, профилактических мероприятий, оформлению медицинской документации, с учетом современного уровня развития медицинской науки, медицинских технологий и клинических особенностей каждого конкретного случая оказания медицинской помощи.

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

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

- сбор жалоб и анамнеза;
- проведение диагностических мероприятий;
- оформление диагноза;
- проведение лечебных и 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 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. Информация, полученная в результате оценки качества медицинской помощи, регистрируется в журнале контроля качества медицинской помощи, доводится до директора Организации.

2.17. Журнал контроля качества медицинской помощи заполняется в соответствии с Инструкцией по ведению журнала внутреннего контроля качества медицинской помощи.

2.18. Журналы контроля качества медицинской помощи хранятся в Организации не менее 3 лет.

2.19. 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.

2.20. 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 Организации.

2.21. 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);

- 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;

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

3. Порядок рассмотрения обращений граждан в ООО "АртСмайл"

3.1. Обращения граждан могут поступать в Организацию в устной форме, письменной форме 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, или его заместителям или главному врач лично или через своего законного представителя.

3.3. 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.

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)
- об адресах и телефонах контролирующих органов и организаций (министерство здравоохранения Самарской 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 Самарской области)

3.5. 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 директора Организации.

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.

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 Организации.

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.

3.7. 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 директор Организации 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.

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

3.9. 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 директора Организации 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 Организации 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 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.

3.12. 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, директор Организации вправе принять решение об оставлении обращения без рассмотрения по существу, уведомив об этом заявителя.

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

Ответы на обращения граждан оформляются на бланке исходящего письма Организации 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 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.

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

3.17. Результаты анализа поступивших обращений ежеквартально и по итогам года доводятся до сведения директора Организации.

3.18. Устные обращения рассматриваются руководителем Организации, к которому обратился гражданин (директор, заместитель директора) в ходе личного приема.

3.19. Заместитель Директора Организации 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 директора Организации.

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 к директору Организации, Министерство здравоохранения Самарской области или в суд.

4. Порядок проведения анкетирования граждан.

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

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 учреждения в целях совершенствования качества медицинской помощи, оказываемой гражданам и совершенствования организационных технологий оказания медицинской помощи.