

Положение о порядке организации и проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в Государственном автономном учреждении здравоохранения Ставропольского края «Городская стоматологическая поликлиника № 1» города Ставрополя

1. Общие положения

1.1. Настоящее положение по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (далее - положение) в ГАУЗ СК «ГСП № 1» г. Ставрополя (далее - медицинская организация) разработано в целях обеспечения прав граждан на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций, а также соблюдения обязательных требований к обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности.

1.2. Настоящее положение разработано в соответствии с:

- Федеральным законом от 21.11.2011 г. N 323-ФЗ "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";
- Приказом Министерства здравоохранения РФ от 07.06.2019 г. N 381н "Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности";
- 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, задачи и сроки проведения 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 медицинской 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.

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

2.3. Задачами внутреннего контроля качества являются:

- совершенствование подходов к осуществлению медицинской деятельности для предупреждения, выявления и предотвращения рисков, создающих угрозу жизни и здоровью граждан, и минимизации последствий их наступления;
- обеспечение и оценка соблюдения прав граждан в сфере охраны здоровья при осуществлении медицинской деятельности;

- обеспечение и оценка применения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи;
- обеспечение и оценка соблюдения порядков проведения медицинских экспертиз;
- обеспечение и оценка соблюдения медицинскими работниками и руководителями медицинских организаций ограничений, налагаемых на указанных лиц при осуществлении ими профессиональной деятельности в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";
- обеспечение и оценка соответствия оказываемой медицинскими работниками медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи, а также рассмотрение причин возникновения несоответствия качества оказываемой медицинской помощи указанным критериям;
- выполнение медицинскими работниками должностных инструкций в части обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности;
- предупреждение нарушений при оказании медицинской помощи, являющихся результатом:
 - несоответствия оказанной медицинской помощи состоянию здоровья пациента с учетом степени поражения органов и систем организма либо нарушений их функций, обусловленной заболеванием или состоянием либо их осложнением;
 - невыполнения, несвоевременного или ненадлежащего выполнения необходимых пациенту профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций;
 - несоблюдения сроков ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановой форме, проведения отдельных диагностических обследований и консультаций врачей-специалистов;
- принятие мер по пресечению и устранению последствий и причин нарушений, выявленных в рамках государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности, ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности, объемов, сроков и условий оказания медицинской помощи, выявленных в рамках контроля качества медицинской помощи фондами обязательного медицинского страхования и страховыми медицинскими организациями в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании;
- принятие управленческих решений по совершенствованию подходов к осуществлению медицинской деятельности.

3. Порядок организации и сроки проведения внутреннего контроля качества

3.1. Ответственным за организацию внутреннего контроля качества в медицинской организации является заместитель главного врача по экспертизе качества оказания медицинской помощи и внутреннему контролю качества медицинской деятельности.

3.2. Внутренний контроль качества организуется и проводится комиссией по качеству и безопасности медицинской деятельности.

3.3. Внутренний контроль качества не может проводиться работниками, входящими в состав комиссии по внутреннему контролю, в случаях, когда медицинская помощь оказывалась самими ответственными за проведение контроля.

3.4. При плановых и целевых (внеплановых) проверках комиссия по качеству и безопасности медицинской деятельности:

- проводит проверку качества оказания медицинской помощи в организации, в том числе оценку деятельности отделений, а также ежеквартально проводит целевые экспертизы;
- рассматривает обращения физических и юридических лиц по вопросам качества медицинской помощи.

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

3.6. При проведении плановых и целевых (внеплановых) проверок комиссия по качеству и безопасности медицинской деятельности имеет право:

- осуществлять получение, сбор и анализ сведений о деятельности структурных подразделений подведомственной организации;
- знакомиться с документами, связанными с целями, задачами и предметом внутреннего контроля, в том числе с медицинской документацией, снимать копии с указанных документов, а также производить в необходимых случаях фото- и видеосъемку при осуществлении осмотра и обследования;
- знакомиться с результатами анкетирования и устных опросов пациентов и (или) их законных представителей, членов семьи пациента, работников медицинской организации, а также результатами анализа жалоб и обращений граждан;
- доступа в структурные подразделения медицинской организации, а также в здания, строения, сооружения, помещения, к используемому оборудованию и транспортным средствам;
- организовывать проведение необходимых исследований, экспертиз, анализов и оценок.

3.7. Комиссия по качеству и безопасности медицинской деятельности несет ответственность за объективность оценки качества оказанной медицинской помощи при проведении внутреннего контроля качества в соответствии с Трудовым кодексом РФ и должностными инструкциями.

3.8. По решению руководителя медицинской организации для осуществления мероприятий внутреннего контроля могут привлекаться научные и иные организации, ученые и специалисты, а также в необходимых случаях проводится осмотр пациента.

3.9. Плановые и целевые (внеплановые) проверки, осуществляемые в рамках внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности предусматривают оценку следующих показателей:

3.9.1. Наличие в структурных подразделениях медицинской организации нормативных правовых актов (в том числе изданных федеральными органами государственной власти, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления), регламентирующих вопросы организации медицинской деятельности, включая:

- преемственность оказания медицинской помощи на всех этапах;
- оказание медицинской помощи, в том числе в условиях чрезвычайных ситуаций;
- маршрутизацию пациентов, включая организацию консультаций, дополнительных методов обследования в иных медицинских организациях;

3.9.2. Обеспечение оказания медицинской помощи в медицинской организации в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций.

3.9.3. Обеспечение взаимодействия медицинской организации с медицинскими организациями, оказывающими скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь, центрами медицины катастроф.

3.9.4. Обеспечение получения информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

3.9.5. Обеспечение своевременного оказания медицинской помощи при поступлении и обращении пациента, а также на всех этапах ее оказания.

3.9.6. Обеспечение оказания гражданам медицинской помощи в экстренной форме, включая проведение регулярного обучения (тренингов), наличие в медицинской организации лекарственных препаратов и медицинских изделий для оказания медицинской помощи в экстренной форме.

3.9.7. Обеспечение соблюдения врачебной тайны, в том числе конфиденциальности персональных данных, используемых в медицинских информационных системах медицинских организаций, при осуществлении медицинской деятельности.

3.9.8. Обеспечение комфортных условий пребывания пациентов в медицинских организациях, включая организацию мест ожидания для пациентов, законных представителей и членов семей пациентов.

3.9.9. Осуществление мероприятий по организации безопасного применения лекарственных препаратов, в том числе:

- обеспечение контроля сроков годности лекарственных препаратов;
- обеспечение контроля условий хранения лекарственных препаратов, требующих особых условий хранения;
- хранение лекарственных препаратов в специально оборудованных помещениях и (или) зонах для хранения;
- соблюдение требований к назначению лекарственных препаратов, а также учет рисков при применении лекарственных препаратов (в том числе аллергологического анамнеза, особенностей взаимодействия и совместимости лекарственных препаратов) с внесением соответствующих сведений в медицинскую документацию);

3.9.10. Осуществление мероприятий по обеспечению эпидемиологической безопасности, в том числе:

- профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (в том числе внутрибольничных инфекций);
- организация дезинфекции и стерилизации медицинских изделий;
- обеспечение эпидемиологической безопасности среды (включая расчет потребности в дезинфицирующих и антисептических средствах, контроль их наличия в медицинской организации; рациональный выбор дезинфицирующих средств и тактики дезинфекции; обращение с отходами);
- исправность оборудования для проведения дезинфекции и стерилизации медицинских изделий;
- соблюдение технологий проведения инвазивных вмешательств;
- соблюдение правил гигиены медицинскими работниками, наличие оборудованных мест для мытья и обработки рук;
- профилактика инфекций, связанных с осуществлением медицинской деятельности, у медицинских работников (включая использование индивидуальных средств защиты);
- рациональное использование антибактериальных лекарственных препаратов для профилактики и лечения заболеваний и состояний;
- проведение противоэпидемических мероприятий при возникновении случая инфекции.

3.9.11. Подтверждение соответствия на всех этапах оказания медицинской помощи (включая применение лекарственных препаратов и медицинских изделий) личности пациента его персональным данным, содержащимся в том числе в документах, удостоверяющих личность (фамилия, имя, отчество (при наличии), пол, возраст) и в медицинской документации.

3.9.12. Осуществление мероприятий по безопасному применению медицинских изделий, в том числе:

- применение медицинских изделий в соответствии с технической и эксплуатационной документацией, в соответствии с которой осуществляются

производство, изготовление, хранение, транспортировка, монтаж, наладка, применение, эксплуатация, в том числе техническое обслуживание, а также ремонт, утилизация или уничтожение медицинского изделия;

- обучение работников медицинской организации применению, эксплуатации медицинских изделий;

3.9.13. Осуществление мероприятий при хирургических вмешательствах и профилактика рисков, связанных с ними, в том числе на основе клинических рекомендаций.

3.9.14. Осуществление мероприятий по облегчению боли, связанной с заболеванием, состоянием и медицинским вмешательством, методами и лекарственными препаратами.

3.9.15. Осуществление мероприятий по организации безопасной среды для пациентов и работников медицинской организации, в том числе:

- создание рациональной планировки структурных подразделений медицинской организации;

- проведение мероприятий по снижению риска травматизма и профессиональных заболеваний;

- обеспечение защиты от травмирования элементами медицинских изделий;

- оснащение медицинской организации оборудованием для оказания медицинской помощи с учетом особых потребностей инвалидов и других групп населения с ограниченными возможностями здоровья;

- соблюдение внутреннего распорядка медицинской организации;

- обеспечение охраны и безопасности в медицинской организации (включая организацию доступа в медицинскую организацию и ее структурные подразделения, предотвращение и принятие мер в случаях нападения на медицинских работников, угрозах со стороны пациентов или посетителей,);

- соблюдение мероприятий по обеспечению безопасности при угрозе и возникновении чрезвычайных ситуаций;

- обеспечение беспрепятственного подъезда транспорта для медицинской эвакуации на территорию медицинской организации;

- сбор и анализ информации обо всех случаях нарушения безопасности среды (включая падения пациентов) в медицинской организации.

3.9.16. Организация мероприятий по раннему выявлению онкологических заболеваний, в том числе:

- создание условий для раннего выявления онкологических заболеваний;

- проведение обучения медицинских работников по вопросам раннего выявления онкологических заболеваний;

- мониторинг своевременности установления диагноза онкологического заболевания, анализ эффективности деятельности по раннему выявлению, лечению онкологических заболеваний;

- информирование пациентов по вопросам раннего выявления онкологических заболеваний и диспансерного наблюдения.

3.9.17. Организация работы регистратуры, включая:

- предварительную запись пациентов на прием к врачу;

- соблюдение порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

- систематизацию хранения медицинской документации и ее доставки в кабинеты приема врачей-специалистов;

- обеспечение навигационной информации для пациентов с учетом характера расположения помещений;

- взаимодействие регистратуры со структурными подразделениями поликлиники - коммуникация работников регистратуры с пациентами, в том числе наличие "речевых

модулей" на разные типы взаимодействия, порядка действия в случае жалоб пациентов и конфликтных ситуаций.

3.9.18. Организация управления потоками пациентов, в том числе при первичном обращении:

- распределение потоков пациентов, требующих оказания медицинской помощи в плановой и неотложной формах;
- направление пациентов в другие медицинские организации;
- порядок записи и отмены записи пациентов на прием при непосредственном обращении в поликлинику, по телефону, через медицинскую информационную систему;
- порядок уведомления пациента об отмене приема по инициативе организации.

3.9.19. Обеспечение функционирования медицинской информационной системы в подразделениях медицинской организации, включая информационное взаимодействие с государственными информационными системами в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации и единой государственной информационной системой в сфере здравоохранения, размещение в них сведений в соответствии с законодательством Российской Федерации.

3.9.20. Проведение информирования граждан в доступной форме, в том числе с использованием сети "Интернет", об осуществляемой медицинской деятельности и о медицинских работниках медицинской организации, об уровне их образования и об их квалификации.

3.9.21. Осуществление мероприятий по обеспечению профессиональной подготовки, переподготовки и повышения квалификации медицинских работников в соответствии с трудовым законодательством Российской Федерации, а также по формированию системы оценки деятельности и развитию кадрового потенциала работников медицинской организации.

3.9.22. Обеспечение доступа работников медицинской организации к информации, содержащей клинические рекомендации, порядки оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи, а также осуществление мероприятий по информированию работников медицинской организации об опубликовании новых клинических рекомендаций, порядков оказания медицинской помощи и их пересмотре.

3.10. Внутренний контроль качества проводится по случаям медицинской помощи (законченным или незаконченным), оказанной в организации, независимо от источника финансирования оказанной медицинской помощи, должностей и квалификации работников, оказывавших медицинскую помощь, диагноза, возраста пациентов, оформления листка нетрудоспособности и других факторов.

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

3.12. В обязательном порядке внутреннему контролю качества подлежат следующие случаи:

- 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.

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

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

3.15. 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 в журнале учета работы отделения и предоставить ответственному за проведение внутреннего контроля качества медицинской организации.

3.16. Срок проведения плановых и целевых (внеплановых) проверок устанавливается руководителем медицинской организации либо уполномоченным им заместителем руководителя в зависимости от предмета проверки и особенностей деятельности медицинской организации, но не должен превышать 10 рабочих дней.

3.17. Плановые проверки проводятся в соответствии с ежегодным планом, утверждаемым руководителем медицинской организации, не реже 1 раза в квартал.

3.18. Целевые (внеплановые) проверки проводятся:

- при наличии отрицательной динамики статистических данных, характеризующих качество и безопасность медицинской деятельности медицинской организации, в том числе установленной в результате проведения плановой проверки;
- при поступлении жалоб граждан по вопросам качества и доступности медицинской помощи, а также жалоб по иным вопросам осуществления медицинской деятельности в медицинской организации, содержащим информацию об угрозе причинения и причинении вреда жизни и здоровью граждан;
- во всех случаях внутрибольничного инфицирования и осложнений, вызванных медицинским вмешательством.

4. Оформление результатов проведения мероприятий внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности

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

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

- отчетный период;
- объемы проведенного внутреннего контроля качества, включая:
 - количество проверенных случаев;
 - количество проверенных случаев из числа подлежащих контролю в обязательном порядке и процентов от числа случаев, подлежащих контролю в обязательном порядке;
 - объем проведенного внутреннего контроля качества в процентах от установленных минимальных объемов.
- результаты проведенного внутреннего контроля качества, включая:
 - 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 (дефекты сбора жалоб или анамнеза, дефекты диагностических мероприятий, дефекты оформления диагноза, дефекты лечебных мероприятий, дефекты оформления медицинской документации).
- краткие сведения о мерах, принятых ответственным за проведение контроля по итогам проведенного внутреннего контроля качества;

- предложения по итогам проведенного внутреннего контроля качества для руководителя медицинской организации;

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

4.3. Отчеты о проведенном внутреннем контроле качества по медицинской организации в целом доводятся до руководителя медицинской организации ежемесячно, до сведения медицинских работников 1 раз в месяц.

4.4. Отчеты о проведенном внутреннем контроле качества по итогам прошедшего года хранятся в медицинской организации не менее 5 лет.

4.5. По результатам проведенного внутреннего контроля качества в медицинской организации планируются и реализуются мероприятия, направленные на устранение причин, вызвавших возникновение дефектов медицинской помощи, на повышение качества и эффективности оказываемой медицинской помощи:

- разработка предложений по устранению и предупреждению нарушений в процессе диагностики и лечения пациентов и их реализация;

- анализ результатов внутреннего контроля в целях их использования для совершенствования подходов к осуществлению медицинской деятельности;

- обеспечение реализации мер, принятых по итогам внутреннего контроля;

- формирование системы оценки деятельности медицинских работников.

4.6. Уполномоченным лицом по контролю качества и безопасности медицинской деятельности не реже 1 раза в полугодие, а также по итогам года формируется сводный отчет, содержащий информацию о состоянии качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации, на основании которого руководителем медицинской организации при необходимости утверждается перечень корректирующих мер.

4.7. Информация, указанная в пунктах 4.2 и 4.3 настоящего положения, доводится до сведения сотрудников медицинской организации путем проведения совещаний или конференций.

4.8. Контроль за реализацией принятых управленческих решений по вопросам управления качеством медицинской помощи обеспечивается заместителем руководителя медицинской организации по экспертизе качества оказания медицинской помощи и внутреннему контролю качества медицинской деятельности.

4.9. Уполномоченное лицо по качеству и безопасности медицинской деятельности 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 руководителя медицинской организации.

5. Внутренний контроль качества по законченным и незаконченным случаям оказания медицинской помощи конкретному пациенту

5.1. Проведение внутреннего контроля качества по законченным и незаконченным случаям оказания 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.

5.2. 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;
- проведение диагноза;
- проведение лечебных мероприятий;
- проведение профилактических мероприятий;
- проведение медицинской экспертизы
- оформление медицинской документации.

5.3. 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.

5.4. 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.

5.5. Выявленные недостатки в оказании медицинской помощи анализируются и докладываются с предложениями в виде служебных записок ежемесячно заместителю руководителя организации для принятия управленческого решения.

5.6. 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.

6. Внутренний контроль качества управления персоналом (медицинскими кадрами), его компетентности и компетенции

Внутренний контроль качества управления персоналом (медицинскими кадрами), его компетентности и компетенции включает в себя:

6.1. Проверку наличия:

- приказов главного врача организации по вопросам контроля качества.

- плана развития кадрового потенциала, рассчитанного на год и три года, учитывающего перспективы развития организации, основанного на описании функций и задач организации; плана по подготовке кадрового резерва; плана по устранению недостатков, выявленных при проведении аудитов с указанием ответственных лиц и сроков устранения данных недостатков;

- отчетов о результатах проводимых в организации аудитов по формированию и развитию социально-психологическому управлению персоналом;

- социально-бытовых условий для персонала, мест отдыха, принятия пищи;

- мер социальной поддержки персонала, мер мотивации (материальной и нематериальной);

- условий для непрерывного профессионального образования персонала;

- журналов по обучению, содержащих результаты тестирования персонала организации;

- системы оценки персонала;

- должностных инструкций различных категорий медицинских работников, включая руководителей различного уровня, с детализацией ответственности в соответствии с профилем подразделения;

- графиков работы, отпусков персонала организации.

6.2. Проверку:

- организации обучения персонала на рабочем месте и в других медицинских организациях, обучения руководителей структурных подразделений, заместителей руководителей;

- участия персонала организации в циклах повышения квалификации и переподготовки, участия в научно-практических мероприятиях, участия в качестве докладчиков;

- участия организации в научных исследованиях (наличие программы научной деятельности);

- соответствия персонала организации штатам, рекомендованным в зависимости от профиля медицинской организации.

7. Внутренний контроль качества организации работы регистратуры

Внутренний контроль качества организации работы регистратуры включает в себя:

7.1. Проверку наличия:

- приказов главного врача организации по вопросам организации работы регистратуры.

- процесса управления потоком пациентов (маршрутизации пациентов);

- положений: об организации взаимодействия работы регистратуры с лечебными кабинетами;

- систем предоставления информации и управления потоками пациентов при непосредственном обращении пациентов в регистратуру и по телефону;

- информационных систем, позволяющих проводить запись к врачу;

- алгоритмов регулирования потоков пациентов, а именно алгоритмов: первичного - отчетов о результатах проводимых в организации аудитов по контролю качества организации работы регистратуры, содержащих план по устранению недостатков, выявленных при проведении аудита, а также сведения об ответственных лицах и сроках устранения выявленных недостатков;

7.2. Проверку работы регистратуры, включающую в себя:

- доступность (расположение на 1 этаже),

- наличие систем навигации (метки/указатели расположения),

- рациональную совместимость с другими кабинетами

7.3. Проверку порядка:

- систематизированного хранения медицинской документации и доставки первичной медицинской документации в кабинеты приема;
- предварительной записи больных на прием к врачу;
- взаимодействия сотрудников регистратуры с пациентами, включая порядок действий в случае конфликтных ситуаций;
- разработки и обновления алгоритмов организации;
- распределения потоков пациентов, требующих оказания плановой и неотложной (экстренной) медицинской помощи, в другие медицинские организации;
- информирования пациентов о работе организации, медицинских услугах, оказываемых в данной организации и других организациях региона;
- размещения в различных подразделениях организации информационных материалов: об оказываемых медицинских услугах; о графике работы организации и ее подразделений; о часах приема администрации, регистратуры,
- учета, хранения, оформления медицинской документации, а именно: алгоритмы хранения, оформления и учета медицинской документации, качество и полноту оформления медицинской документации персоналом регистратуры; процесс движения амбулаторных карт.

7.4. Оценку:

- знаний персонала регистратуры на предмет знания алгоритмов: обращении пациентов (при личном обращении, по телефону); маршрутизации пациентов; критериев для направления пациентов в разные структурные подразделения внутри организации; работы в информационной системе;
- удобства, простоты и эффективности системы навигации в организации, а именно наличие указателей (меток) расположения подразделений организации;
- эффективности работы медицинского персонала регистратуры с пациентами, включающей в себя: алгоритмы взаимодействия сотрудников регистратуры с пациентами, а именно порядок действий в случае конфликтных ситуаций, жалоб по телефону, при личном обращении; порядок действий в случае конфликтных ситуаций; систему обучения персонала навыкам эффективной коммуникации с пациентами, проверку наличие плана обучения и утвержденного положения об ответственных за тренинги.

8. Внутренний контроль идентификации личности пациента

Внутренний контроль идентификации личности пациента включает в себя проверку:

8.1. Наличия приказов главного врача организации по вопросам идентификации личности пациента.

8.2. Проведения персоналом организации идентификации личности пациента на всех этапах оказания медицинской помощи, а именно:

- обращения пациента в организацию;
- его регистрации;
- оформления медицинской документации;

8.3. Проведения в организации аудитов по контролю идентификации личности пациента; наличия отчетов о результатах таких аудитов; наличия планов по устранению выявленных в ходе аудитов недостатков, содержащих сведения об ответственных лицах и сроках устранения выявленных недостатков; порядка информирования персонала о результатах аудитов.

8.4. Порядка обучения персонала по вопросам идентификации личности; планов обучения, журналов обучения; регулярности проведения тренингов.

9. Внутренний контроль преемственности оказания медицинской помощи, передачи ответственности за пациента

Внутренний контроль преемственности оказания медицинской помощи, передачи ответственности за пациента включает в себя:

9.1. Проверку наличия:

- региональных приказов:
 - о маршрутизации пациентов;
 - о порядке направления пациентов в другие медицинские организации;
 - о порядке оказания помощи пациентам внутри организации;
 - о порядке проведения медицинских экспертиз;
- маршрутизации пациентов внутри организации, включая перечень показаний для направлений;

9.2. Проверку порядка:

- направления пациентов в другие медицинские организации, включая перечень показаний;
- порядка обучения персонала навыкам коммуникации медицинский работник - пациент, наличия планов обучения, журналов обучения, регулярность проведения обучения (тренингов).

9.3. Проверку:

- не менее 10 амбулаторных карт (из разных подразделений организации) на предмет точности, полноты и аккуратности ведения медицинской документации; на предмет обоснованности направлений пациентов на консультации и лабораторно-инструментальные обследования; на предмет точности, полноты и аккуратности ведения медицинской документации при передаче информации о пациенте.

9.4. Оценку:

- знаний персоналом: региональной маршрутизации пациентов, порядка оказания медицинской помощи внутри организации, перечня показаний для плановой и экстренной госпитализации, порядка отбора и направления пациентов на санаторно-курортное лечение, порядка направления и проведения медицинских экспертиз; алгоритмов взаимодействия с органами социальной защиты; знаний персоналом алгоритмов оказания медицинской помощи на дому; алгоритмов обратной связи;
 - точности, полноты и аккуратности ведения медицинской документации;
 - качества информирования пациентов (сопровождающих) о целях, условиях, организации, правилах подготовки; коммуникации медработник-медработник в разных подразделениях организации в разных ситуациях;
 - системы обратной связи с пациентами, включая регулярное анкетирование пациентов, в том числе по вопросам коммуникации.

10. Внутренний контроль качества эпидемиологической безопасности

Внутренний контроль качества эпидемиологической безопасности профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (далее ИСМП) в организации, включает в себя:

10.1. Проверку наличия:

- приказов главного врача организации по вопросам эпидбезопасности;
- программы обеспечения эпидемиологической безопасности в организации;
- документов по обеспечению противоэпидемических мер при отдельных эпидемических ситуациях (особо опасных инфекций, ИСМП);
- журналов: регистрации ИСМП; с результатами плановых и внеплановых проверок, оценить регулярность, объем проводимых проверок; наличие журналов регистрации

аварийных ситуаций; вакцинации персонала против гепатита В, соответствие числа вакцинированных сотрудников расчетным;

– дезинфицирующих и антисептических средств в соответствии с расчетными показателями во всех подразделениях МО;

– СОПов:

- уборки помещений различных видов;

- бесконтактной перевязки;

- внутримышечных и внутривенных инъекций;

- методики расчета потребности организации в дезинфицирующих и антисептических средствах;

– оборудовании для дезинфекции;

– алгоритмов: действий при аварийных ситуациях, включая порядок оповещения/регистрации;

– антибиотикопрофилактики и терапии, в соответствии с профилем отделения и соответствии клиническим рекомендациям Минздрава России;

– информационных материалов во всех подразделениях ГАУЗ СК «ГСП № 1» г. Ставрополя по темам:

- гигиена рук;

- профилактика гемоконтактных инфекций;

- профилактика инфекций, передающихся воздушно-капельным путем;

- профилактика особо опасных инфекций.

10.2. Проверку деятельности:

– учреждения в рамках эпидемиологической безопасности;

– рабочих групп:

- по разработке СОПов инвазивных процедур;

- выявлению, учету и регистрации ИСМП.

10.3. Проверку порядка:

– обеспечения медицинской организации стерильными материалами;

– проведения в организации: антибиотикопрофилактики и антибиотикотерапии; дезинфекции и стерилизации, гигиены рук, профилактики инфицирования возбудителями гемоконтактных инфекций;

– обращения с отходами и соответствие нормативным документам.

10.4. Проверку:

– регулярности проведения совещаний комиссии по эпидемиологической безопасности по вопросам ИСМП;

– регулярности сбора и анализа стратифицированных показателей заболеваемости ИСМП в организации;

– соответствия упаковки, условий и сроков хранения, соблюдения асептики при работе со стерильными материалами; наличия индивидуальных стерильных упаковок;

– регулярности проведения аудитов по контролю качества эпидемиологической безопасности, наличия отчетов о результатах таких аудитов; планов, содержащих сведения об ответственных лицах и сроках устранения выявленных в ходе аудитов недостатков;

– обоснованности выбора дезинфицирующих средств и тактики (системы) дезинфекции;

– соблюдения персоналом правил гигиены рук;

– соответствия СОПов федеральным клиническим рекомендациям, протоколам, стандартам и регулярности их обновления.

10.5. Оценку:

– знаний персоналом организации основных СОС;

– разрабатываемых комиссией планов по устранению дефектов эпидемиологической безопасности.

- качества: стерилизации медицинских инструментов и его результаты в соответствии с СанПиН П 3.1.3263-15;
- уборки помещений.

11. Внутренний контроль лекарственной безопасности, фармаконадзор

Внутренний контроль лекарственной безопасности, фармаконадзор в организации включает в себя:

11.1. Проверку наличия:

- приказов главного врача организации по вопросам лекарственной безопасности;
- системы обеспечения ЛП и оценку ее эффективности;
- алгоритмов: лекарственной безопасности;
- исправного оборудования (холодильников с исправными термометрами или термодатчиками), предназначенного для хранения ЛП, и соблюдения правил его расположения;
- списков и справочников ЛП, в том числе списка ЛП, требующих особых условий хранения;
- на упаковках ЛП сведений об условиях хранения после первого вскрытия первичной упаковки и после приготовления или разбавления раствора (суспензии);
- на емкостях с растворами ЛП маркировки с указанием дозировок, идентификаторов пациента, которым предназначен данный ЛП;
- информационной системы, содержащей информацию обо всех лекарственных препаратах, имеющихся в организации;
- системы регистрации и сбора информации о серьезных и непредвиденных нежелательных реакциях на ЛП и передачи сведений о них в Росздравнадзор;
- системы информирования персонала о новых ЛП и методах лечения, проверить наличие плана с темами конференций в организации за последний год.

11.2. Проверку:

- проведения в организации работы, конференций, совещаний, собраний по вопросам лекарственной безопасности, фармаконадзора;
- порядка хранения ЛП в подразделениях организации;
- организации и контроля безопасного и эффективного применения ЛП;
- регулярного проведения аудитов качества работы с ЛП, наличия отчетов о результатах таких аудитов; планов, содержащих сведения об ответственных лицах и сроках устранения выявленных в ходе аудитов недостатков;
- соблюдения во всех подразделениях организации: правил хранения ЛП, требующих защиты от воздействия света; условий хранения ЛП по группам в соответствии с требованиями производителей; правил хранения ЛП в первичной упаковке;
- отсутствия вскрытых флаконов и ампул с ЛП во всех подразделениях Организации;
- амбулаторных карт в разных подразделениях организации на предмет наличия данных о факторах риска и их учета при назначении препаратов, включая: аллергию, возраст, сопутствующие заболевания;

11.3. Оценку:

- проводимого в организации обучения персонала по вопросам лекарственной безопасности, лекарственного взаимодействия;
- информирования персонала о новых ЛП;
- навыков персонала по заполнению извещений;
- навыков использования персоналом алгоритмов лекарственной безопасности, лекарственного взаимодействия;
- контроля за ЛП, включая:
 - контроль ЛП по показателям: "Описание", "Упаковка", "Маркировка";

- проведение скрининга ЛП с использованием актуализированной базы данных о качестве лекарственных средств;
- контроль срока годности ЛП, включая, регулярность внутренних плановых проверок, проведение внеплановых проверок (количество, основания за полный последний год);
- контроль условий хранения;
- контроль технического состояния оборудования хранения ЛП;
 - недоступности свободного доступа при хранении ЛП для пациентов и посетителей во всех подразделениях организации;
 - качества заполнения рецептов, включая аккуратность заполнения (разборчиво), использование стандартизированных сокращений, включая наличие наименования ЛП, дозы, кратности, пути введения, периода приема;
 - качества информирования пациентов о назначенном лечении с использованием ЛП;

12. Внутренний контроль качества и безопасности обращения медицинских изделий

Внутренний контроль качества и безопасности обращения медицинских изделий (далее - МИ) в организации включает в себя:

12.1. Проверку наличия:

- приказов главного врача ГАУЗ СК «ГСП № 1» г. Ставрополя по вопросам безопасности медицинских изделий.
- исправного оборудования для хранения во всех подразделениях организации;
- журнала проверок срока годности эксплуатации изделий;
- журнала технического обслуживания;
- плана-графика обслуживания медицинского оборудования (актов выполненных работ);
- плана-графика метрологического обслуживания;
- алгоритмов:
 - организации работы в сфере контроля качества и безопасности обращения МИ;
 - обеспечения организации МИ;
 - хранения, учета, эксплуатации МИ;
 - соблюдения метрологических требований, норм и правил для МИ, требующих периодических проверок;
 - технического обслуживания медицинской техники;
 - приемки, упаковки и маркировки МИ;
- допусков, оценить качество обучения, опросить не менее 12 сотрудников в различных подразделениях на предмет знаний инструкций по эксплуатации оборудования, поступившего в течение последнего года;
 - инструкций по применению МИ;
 - маркировки МИ;
 - информации по безопасному применению МИ: на самом МИ, и/или на индивидуальной или групповой упаковке (допускается использование листа-вкладыша);
 - информации и регистрации побочных действий, нежелательных реакций при применении МИ;
 - регистрационных удостоверений, информации о МИ на русском языке, включая эксплуатационную документацию;
 - порядка проверок, проверить наличие списков оборудования для тестирования, наличие журнала, аккуратность заполнения.

12.2. Оценку:

- наличия и своевременности поставки МИ и расходных материалов к ним;
- качества и безопасности МИ;

- контроля наличия МИ с истекшим сроком годности к эксплуатации;
- исправности оборудования в различных подразделениях;
- соблюдения требований к упаковке и маркировке МИ;
- знания персоналом алгоритмов организации работы в сфере контроля качества и безопасности обращения с МИ;
- правильности хранения, учета и эксплуатации МИ;
- соблюдения метрологических требований, норм и правил для МИ, требующих периодических проверок;
- порядка контроля условий хранения МИ в соответствии с рекомендациями производителя.

13. Внутренний контроль хирургической безопасности, профилактика рисков, связанных с оперативными вмешательствами

Внутренний контроль хирургической безопасности, профилактики рисков, связанных с оперативными вмешательствами, включает в себя:

13.1. Проверку наличия:

- приказов главного врача организации по вопросам хирургической безопасности, профилактики рисков, связанных с оперативными вмешательствами;
- хирургического чек-листа;
- мест для ожидания (встреч) родственников, посетителей.

13.2. Проверку порядка:

- разработки и обновления клинических алгоритмов контроля хирургической безопасности в организации, СОПов;
- учета и регистрации послеоперационных осложнений.

13.3. Проверку:

- регулярности проведения тренингов по вопросам обеспечения хирургической безопасности;
- не менее 10 АК в каждом хирургическом отделении, где производятся плановые оперативные вмешательства, на предмет наличия в них сведений об осмотре хирургом с заключением, оценку рисков (аллергии, инфекционного);
- оформления информированных согласий на оперативное вмешательство, анестезию;
- соблюдения конфиденциальности при приеме, осмотре пациентов.

13.4. Оценку:

- обучения персонала по вопросам обеспечения хирургической безопасности;
- организации хирургической безопасности;
- использования чек-листа во время операций;
- методики оценки боли, принятой в организации, алгоритма обезболивания, включая наличие стандартных чек-листов.

14. Внутренний контроль организации оказания медицинской помощи на основании данных доказательной медицины, соответствие клиническим рекомендациям (протоколам лечения)

Внутренний контроль организации оказания медицинской помощи на основании данных доказательной медицины. Соответствие клиническим рекомендациям (протоколам лечения) включает в себя:

14.1. Проверку наличия:

- клинических рекомендаций (протоколов лечения) в соответствии со всеми профилями оказываемой медицинской помощи в организации;
- клинических рекомендаций (протоколов лечения) в каждом подразделении организации в полном объеме в соответствии с профилем подразделения;

- клинических рекомендаций для персонала в печатном виде, или электронной базы данных, или круглосуточного доступа в интернет;
- ответственного за обновление информации;
- регулярного информирования персонала об изменениях в клинических рекомендациях.

14.2. Оценку:

- доступности клинических рекомендаций для персонала;
- информирования персонала;
- знания персоналом клинических рекомендаций;
- соответствия ведения пациентов клиническим рекомендациям;
- соответствие алгоритмов организации клиническим рекомендациям.

15. Порядок рассмотрения обращений граждан

15.1. Обращения граждан могут поступать в организацию в письменной форме (в том числе в виде записей в книге жалоб и предложений) или по электронной почте.

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

15.3. В целях реализации прав граждан на обращение в организации обеспечивается:

- информирование граждан об их праве на обращение;
- регистрация и учет поступивших обращений;
- рассмотрение поступивших обращений;
- принятие необходимых мер по результатам рассмотрения обращений;
- проведение анализа поступивших обращений и разработка мероприятий по устранению причин, вызвавших обращения.

15.4. 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 организации, к которым могут обратиться граждане в случае возникновения претензий при оказании медицинской помощи;
- об адресах электронной почты и интернет-сайта организации (при их наличии);
- о графике личного приема граждан руководителем организации;
- об адресах и телефонах контролирующих органов и организаций.

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

15.6. Делопроизводство по обращениям граждан ведется в организации отдельно от других видов делопроизводства.

15.7. Ответственный за ведение делопроизводства по обращениям граждан определяется соответствующим приказом руководителя организации.

15.8. В дело по рассмотрению обращения гражданина входят: обращение гражданина, письменное поручение или приказ руководителя организации по рассмотрению обращения, материалы по рассмотрению обращения, копия ответа заявителю.

15.9. Срок хранения дел по обращениям граждан в ГАУЗ СК «ГСП № 1» г. Ставрополя составляет 5 лет с даты регистрации обращения.

15.10. Учет обращений, поступивших в письменной форме или по электронной почте, ведется в организации в журнале регистрации обращений граждан. Ответственность за ведение журнала регистрации обращений граждан возлагается приказом руководителя организации.

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

15.12. 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.

15.13. Все поступившие в организацию обращения граждан подлежат рассмотрению, за исключением анонимных обращений (обращений, не содержащих фамилии и адреса заявителя).

15.14 Решение о направлении обращения на рассмотрение к конкретному работнику организации принимает руководитель организации в форме письменного поручения или приказа в срок, не превышающий трех дней с даты регистрации обращения.

15.15 Жалобы граждан не должны направляться на рассмотрение работнику организации, действие (или бездействие) которого обжалуется.

15.16 Работник организации, получивший поручение руководителя организации о рассмотрении обращения, обязан обеспечить объективное, всестороннее и своевременное рассмотрение обращения.

15.17. 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.

15.18 Работник организации, получивший поручение руководителя организации о рассмотрении обращения, несет ответственность за объективное, всестороннее и своевременное рассмотрение обращения в соответствии с Трудовым кодексом РФ и должностными инструкциями.

15.19. 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, руководитель организации принимает решение об оставлении обращения без рассмотрения по существу, уведомив об этом заявителя.

15.20. Письменные обращения, содержащие вопросы, решение которых не входит в компетенцию организации, 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.

15.21. 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, руководитель организации вправе принять решение об оставлении обращения без рассмотрения по существу, уведомив об этом заявителя.

15.22. 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.

15.23. Ответы на обращения граждан оформляются на бланке исходящего письма организации и подписываются руководителем.

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

15.25. 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.

15.26. 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.

15.27. В организации не реже одного раза в квартал проводится анализ поступивших обращений.

15.28. Результаты анализа поступивших обращений ежеквартально и по итогам года представляются руководителю организации.

15.29. Устные обращения рассматриваются руководителем организации, к которому обратился гражданин (руководитель, его заместитель, заведующие отделениями) в ходе личного приема.

15.30. Руководитель организации проводит личный прием граждан с периодичностью не реже одного раза в неделю. Место, дни и часы личного приема граждан устанавливаются руководителем организации. Информация о принятых руководителем организации заявителях фиксируется в журнале личного приема граждан.

15.31. 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.

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

16. Порядок проведения анкетирования граждан

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

16.2. Форма анкеты приложение N 1 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 июля 2018 г. N 442.

16.3. Информация о результатах проведенного анкетирования является открытой.

16.4. Результаты проведенного анкетирования используются руководителем организации в целях совершенствования качества медицинской помощи, оказываемой гражданам, и совершенствования организационных технологий оказания медицинской помощи.

17. Заключительные положения

17.1. Настоящее положение вступает в силу с даты его утверждения.

17.2. Медицинская организация обеспечивает неограниченный доступ к настоящему документу.

17.3. Настоящее положение доводится до сведения всех работников персонально под роспись.