

**БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ХАНТЫ-МАНСКИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА-ЮГРЫ  
«СУРГУТСКАЯ РАЙОННАЯ ПОЛИКЛИНИКА»  
(БУ «Сургутская районная поликлиника»)**

**ПРИКАЗ**

Об организации системы внутреннего контроля качества  
и безопасности медицинской деятельности в  
БУ «Сургутская районная поликлиника»

от 09 «января» 2020г.

№ 14

В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральным законом от 19.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», постановлением Правительства Российской Федерации от 25.09.2012 N 970 «Об утверждении положения о государственном контроле за обращением медицинских изделий», постановлением Правительства Российской Федерации от 12.11.2012 № 1152 «Об утверждении положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.05.2002 № 154 «О введении формы учета клиничко-экспертной работы в лечебно-профилактическом учреждении», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.11.2003 № 545 «Об утверждении инструкций по заполнению учетной медицинской документации», приказом Минздравсоцразвития России от 29.06.2011 № 624н «Об утверждении порядка выдачи листков нетрудоспособности», приказом Минздравсоцразвития России от 05.05.2012 № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07.06.2019г. № 381н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности», а также в целях совершенствования внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в БУ ХМАО-Югры «Сургутская районная поликлиника» и обеспечения прав пациентов на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества, **приказываю:**

1. Назначить ответственного по качеству и безопасности медицинской деятельности в БУ «Сургутская районная поликлиника» заместителя руководителя по медицинской части или лицо, его замещающее.

2. Утвердить:

2.1. состав комиссии по контролю качества медицинской деятельности (Приложение 1);

2.1. состав комиссии по контролю внутренней безопасности медицинской деятельности (Приложение 2);

2.2. Положение о внутреннем контроле качества медицинской помощи, оказанной в БУ «Сургутская районная поликлиника» (Приложение 3).

2.3. Порядок проведения (осуществления) внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в БУ «Сургутская районная поликлиника» (Приложение 4).

2.4. форму Карты внутреннего контроля качества медицинской помощи, оказанной пациенту БУ «Сургутская районная поликлиника» (Приложение 5).

2.5. форму Журнала внутреннего контроля качества медицинской помощи, оказанной в БУ «Сургутская районная поликлиника» (Приложение 6).

2.6. форму Карты внутреннего контроля безопасности медицинской помощи, оказанной пациенту БУ «Сургутская районная поликлиника» (Приложение 7).

2.7. форму Журнала внутреннего контроля безопасности медицинской помощи, оказанной в БУ «Сургутская районная поликлиника» (Приложение 8).

2.8. порядок рассмотрения обращений граждан в БУ «Сургутская районная поликлиника» (приложение 9).

3. Заведующим отделениями БУ «Сургутская районная поликлиника», членам комиссии по контролю качества, ежемесячно до 25 числа, следующего за отчетным обеспечить сдачу отчета по внутреннему контролю качества медицинской помощи 1 и 2 уровня заместителю руководителя по медицинской части в БУ «Сургутская районная поликлиника».

4. Ответственному лицу по качеству и безопасности медицинской деятельности в БУ «Сургутская районная поликлиника», докладывать ежемесячно на очередном медицинском совещании, врачебной планерке информацию о результатах внутреннего контроля качества медицинской помощи.

5. Заместителю руководителя по медицинской части и заместителю руководителя по экономическим вопросам, ежемесячно на медицинском совещании и врачебной планерке докладывать о финансовых санкциях, примененных к Учреждению.

6. Начальнику организационно-методическим отделом:

6.1. Представлять на первое медицинское совещание года план работы, плановые целевые показатели БУ «Сургутская районная поликлиника» на следующий год в разрезе отделений;

6.2. Еженедельно докладывать о ходе его выполнения на очередных медицинских совещаниях и итоговом медицинском совещании.

7. Начальнику отдела кадров:



7.1. Представлять на последнее медицинское совещание года план учебы персонала на следующий год для его утверждения.

7.2. Ежемесячно докладывать о ходе его выполнения и имеющихся вакансиях.

8. Заведующим отделениями:

8.1. Представлять на последнее медицинское совещание года ежемесячный план учебы врачей на портале непрерывного медицинского образования, с обязательным включением циклов по онконастороженности, для его утверждения;

8.2. Ежемесячно докладывать о ходе его выполнения.

9. Заместителям руководителя, заведующим отделениями, выносить на обсуждение текущие вопросы, в том числе влияющие на качество оказания медицинской помощи, на оперативные совещания (понедельник 9:00, четверг 9:00).

10. Заведующему аптечным складом:

10.1. проводить мониторинг наличия в подразделениях лекарственных препаратов в соответствии с планами и ежемесячно докладывать данные на медицинской планерке.

10.2. проводить мероприятия 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;

11. Главной медицинской сестре:

11.1. проводить мониторинг наличия в подразделениях медицинских изделий в соответствии с планами и ежемесячно докладывать данные на медицинской планерке.

11.2. проводить мероприятия по организации безопасного применения медицинских изделий, в том числе:

- обеспечение контроля сроков годности лекарственных препаратов;
- обеспечение контроля условий хранения медицинских изделий, требующих особых условий хранения;
- хранение медицинских изделий в специально оборудованных помещениях и (или) зонах для хранения;

11.3. ежемесячно контролировать обучение среднего медицинского персонала на портале непрерывного медицинского образования;

12. Заместителю руководителя по хозяйственным вопросам:

12.1. представлять на первое медицинское совещание очередного года план проведения ремонтных работ подразделений и перечень планируемого к приобретению прочего оборудования, согласованные с руководителями соответствующих подразделений;

12.2. ежемесячно докладывать о ходе его выполнения на медицинской планерке.

13. Заведующему отделением скорой медицинской помощи обеспечить оказание гражданам медицинской помощи в экстренной форме, включая проведение регулярного обучения (тренингов), наличие лекарственных препаратов и медицинских изделий для оказания медицинской помощи в экстренной форме.

14. Должностным лицам, в соответствии с Приложением к Порядку проведения (осуществления) внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в БУ «Сургутская районная поликлиника» ежемесячно подавать сведения на очередное медицинское совещание об отклонениях в реализации вопросов, входящих в их сферу ответственности по подчиненности согласно Структуре управления БУ «Сургутская районная поликлиника».

15. Старшему фельдшеру клинико-диагностической лаборатории организовать безопасность деятельности клинико-диагностической лаборатории, наличие системы идентификации образцов и прослеживаемости результатов.

16. Начальнику отдела информации и автоматизации системы управления обеспечить соблюдение врачебной тайны, в том числе конфиденциальности персональных данных, используемых в медицинских информационных системах БУ «Сургутская районная поликлиника», при осуществлении медицинской деятельности.

17. Врачу методисту БУ «Сургутская районная поликлиника»:

17.1. готовить ежемесячно на медицинское совещание информацию об обращениях граждан.

18. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя руководителя по медицинской части.

19. Считать утратившим силу приказ № 214 от 11.11.2019г. «Об организации системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в БУ «Сургутская районная поликлиника».

И.о. главного врача



И.Р. Набиуллин

Состав комиссии по контролю качества медицинской деятельности  
в БУ «Сургутская районная поликлиника»

**Председатель комиссии:**

- Маковская В.Ю. - заместитель руководителя по медицинской части

**Члены комиссии:**

- Рассказова Т.И. – заведующая педиатрическим отделением
- Фейге Н.В. – заведующая терапевтическим отделением
- Бальгишиев У.Б. – заведующая отделением узких специалистов
- Климентов В.В. – заведующая отделением лучевой диагностики

**Секретарь комиссии:**

- Бабинер Я.В. – секретарь руководителя.

\*на время отсутствия члена комиссии (подкомиссии) обязанности исполняет лицо его заменяющее.



Состав комиссии по контролю внутренней безопасности медицинской  
деятельности в БУ «Сургутская районная поликлиника»

**Председатель комиссии:**

- Набиуллин И.Р. – главный врач

**Заместитель председателя комиссии:**

- Маковская В.Ю. - заместитель руководителя по медицинской части

**Члены комиссии:**

- Товкач Е.В. – главная медицинская сестра;
- Гордымова Е.В. – заместитель руководителя по хозяйственным вопросам;
- Озорнина О.И. – заведующая аптечным складом;
- Гагарина Л.С. – инженер по охране труда;
- Анискин В.П. – начальник штаба ГО;

**Секретарь комиссии:**

- Бабинер Я.В. – секретарь руководителя.

\*на время отсутствия члена комиссии (подкомиссии) обязанности исполняет лицо его заменяющее.

**ПОЛОЖЕНИЕ**  
**о внутреннем контроле качества и безопасности**  
**медицинской деятельности.**

1. Общие положения

1.1. Положение о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности в БУ ХМАО - Югры «Сургутская районная поликлиника» (далее - Учреждение) 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. Целью внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (далее - внутренний контроль) осуществляется с целью 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.

1.3. Задачами контроля качества медицинской помощи является организация и проведение внутреннего контроля, оказанной конкретным пациентам:

- выявление дефектов в организации лечебно-диагностического процесса, факторов, повлекших за собой снижение качества оказания медицинской помощи и установление причин их возникновения;

- выбор оптимальных управленческих решений и проведение мероприятий, направленных на предупреждение возникновения дефектов в организации оказания медицинской помощи, повышение эффективности использования ресурсов медицинской организации;

- предупреждение, выявление и пресечение нарушений требований безопасности условий труда, требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий и их утилизации(уничтожению);

- предупреждение, выявление и пресечение нарушений соблюдения медицинскими работниками, ограничений применяемых к ним при осуществлении профессиональной деятельности

1.4. Для организации внутреннего контроля утверждается состав комиссий по контролю качества медицинской деятельности (Приложение1) и по контролю внутренней безопасности медицинской деятельности (Приложение2).

1.5. Председателем комиссий назначается заместитель руководителя по медицинской части.

1.6. Комиссия по контролю качества медицинской деятельности утверждается приказом главного врача Учреждения в составе не менее 3 -х человек из числа врачей и секретаря.

1.7. Комиссия по контролю безопасности медицинской деятельности утверждается приказом главного врача Учреждения в составе не менее 3 -х человек из числа заместителей руководителя, главной медицинской сестры, начальника ГО, инженера по охране труда, заведующей аптечным складом и секретаря.

Ответственность за организацию и состояние внутреннего контроля в Учреждении несет главный врач.

1.8. 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 главного врача Учреждения.

1.10. 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;

1.11. Контроль за реализацией принятых управленческих решений по вопросам управления качеством медицинской помощи обеспечивается главным врачом БУ «Сургутская районная поликлиника».



## **1. Порядок организации и проведения контроля качества и безопасности медицинской помощи.**

Порядок организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской помощи в Учреждении утверждается приказом главного врача и регламентирует:

- Перечень должностей сотрудников Учреждения, на которых возложены обязанности по организации и проведению внутреннего контроля;
- Уровни проведения внутреннего контроля;
- Сроки проведения внутреннего контроля;
- Объемы проведения внутреннего контроля;
- Случаи оказания медицинской помощи, подлежащие внутреннему контролю;
- Порядок регистрации результатов внутреннего контроля;
- Принятие мер по управлению по контролю за качеством и безопасностью медицинской деятельности в Учреждении.

### **1. Порядок проведения внутреннего контроля качества медицинской деятельности**

1.1. Для организации внутреннего контроля утверждается состав комиссий по контролю качества медицинской деятельности (Приложение 1)

1.2. Внутренний контроль в Учреждении утверждается на трех уровнях:

- на первом уровне проводится самоконтроль сотрудниками, оказывающими медицинскую помощь;
- на втором уровне внутренний контроль качества и безопасности медицинской помощи осуществляется заведующими отделений, заместителями руководителя путем проведения контроля качества случаев оказания медицинской помощи первого уровня;
- на третьем уровне врачебной комиссией Учреждения в наиболее сложных и конфликтных ситуациях, требующих комиссионного рассмотрения и принятия решения о профессиональном и должностном соответствии медицинского работника.

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

- случаи летальных исходов у детей и лиц трудоспособного возраста ;
- случаи внутрибольничного инфицирования и нежелательных реакций на применение лекарственных препаратов;

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

1.4. устанавливаются следующие объемы проведения контроля качества:

- для заведующих отделениями не менее 0,5 процента законченных случаев оказания медицинской помощи;

- для заведующего отделением скорой медицинской помощи не менее 1 процентов случаев оказания медицинской помощи;

- для заместителя руководителя по медицинской части не менее 15 законченных случаев оказания медицинской помощи;

1.4. результаты контроля качества фиксируются в «Карте внутреннего контроля качества медицинской деятельности» (Приложение 5) и «Журнале внутреннего контроля качества медицинской деятельности» (Приложение 6)

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

1.6. 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.

1.7. Ответственным за организацию контроля качества и безопасности медицинской помощи в Учреждении является заместитель руководителя по медицинской части.

1.8. 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).

1.9. Проведение контроля качества медицинской помощи конкретному пациенту предусматривает оценку ее соответствия стандартам медицинской помощи, клиническим рекомендациям, 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.

1.10. Контроль качества медицинской помощи проводится по методике экспертной оценки конкретного случая оказания медицинской помощи, совокупности случаев оказания медицинской помощи, отобранных по тематическому признаку, на основании анализа первичной медицинской документации, иной документации, непосредственного осмотра пациента, 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.

1.11. 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.

1.12. Информация, полученная в результате оценки качества медицинской помощи, регистрируется в «Журнале внутреннего контроля качества медицинской помощи» (Приложение 6).

1.13. Журналы контроля качества медицинской помощи хранятся в Учреждении не менее 3 лет.

1.14. 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.

1.15. 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 главного врача Учреждения.

## **2. Порядок проведения контроля безопасности медицинской деятельности**

Объектом проведения внутреннего контроля безопасности медицинской деятельности являются условия труда медицинских работников, применение и эксплуатация медицинских изделий, их утилизация, а также соблюдение установленных для медицинских работников ограничений.

В ходе контроля безопасности оценивается:

- соблюдение требований трудового законодательства;
- соблюдение государственных нормативных требований охраны труда;
- соблюдение требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий и их утилизации;
- соблюдение требований к состоянию помещений, в которых располагаются медицинские изделия или проводится их утилизация (уничтожение);
- соблюдение требований противопожарной безопасности

Результаты внутреннего контроля безопасности медицинской деятельности фиксируются в «Карте внутреннего контроля безопасности медицинской деятельности» (Приложение 7) и в «Журнале внутреннего контроля безопасности медицинской деятельности» (Приложение 8).

## **3. Заключительные положения**

3.1. 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;

3.2. Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности Учреждения проводится не реже 1 раза в квартал.

3.3. Контроль за реализацией принятых управленческих решений по вопросам управления качеством медицинской помощи обеспечивается главным врачом БУ «Сургутская районная поликлиника».

Карта внутреннего контроля качества медицинской помощи

История болезни № \_\_\_\_\_ Отделение \_\_\_\_\_

Ф.И.О. пациента \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_ Возраст \_\_\_\_\_ Лечащий врач \_\_\_\_\_

Период лечения \_\_\_\_\_

Клинический диагноз \_\_\_\_\_

Код по МКБ \_\_\_\_\_

Сопутствующий диагноз \_\_\_\_\_

Составляющие случая оказания медицинской помощи	Критерии Оценки	Баллы	Варианты Оценки
Сбор жалоб и анамнеза	Критерии объемов	1 0,5 0	- в полном объеме; - не в полном объеме; - отсутствуют
Диагностические мероприятия	Критерий своевременности	1 0	- своевременно; - несвоевременно
	Критерий объемов	1 0,5 0	- в полном объеме; - не в полном объеме; - отсутствуют
	Критерий безопасности	1 0	- риск минимизирован; - риск не минимизирован
	Критерий эффективности	1 0	- целевой результат достигнут; - целевой результат не достигнут
Оформление диагноза	Критерий объемов	1 0,5 0	- в полном объеме; - не в полном объеме; - отсутствуют
	Критерий своевременности	1 0	- своевременно; - несвоевременно
	Критерий объемов	1 0,5 0	- в полном объеме; - не в полном объеме; - отсутствуют



Лечебные мероприятия	Критерий соблюдения медицинских технологий	1 0,5 0	- соблюдались; - соблюдались не в полном объеме; - не соблюдались
	Критерий безопасности	1 0	- риск минимизирован; - риск не минимизирован
	Критерий эффективности	1 0,5 0	- целевой результат достигнут; целевой результат достигнут не в полном объеме; - целевой результат не достигнут
	Критерий преемственности	1 0,5 0	- соблюдались; - не в полном объеме; - не соблюдались
Оформление медицинской документации	Критерии объемов	1 0,5 0	- в полном объеме; - не в полном объеме; - отсутствуют
Итого (сумма баллов)		---	
Количество рассмотренных критериев		---	
Средний балл= сумма баллов/ Количество рассмотренных критериев			

**Интерпретация результатов внутреннего контроля качества  
медицинской деятельности**

Средний балл	Характеристика показателя
1-0,8	Медицинская помощь оказана качественно, возможны незначительные дефекты
0,7-0,6	Медицинская помощь оказана удовлетворительно, имеются явные дефекты, не влияющие на исход заболевания
0,5-0	Медицинская помощь оказана неудовлетворительно

Внутренний контроль качества проводил:

Должность	подпись	Ф.И.О
С результатами внутреннего контроля качества медицинской деятельности ознакомлен:		
Должность	подпись	Ф.И.О

Приложение 6 к приказу  
 БУ «Сургутская районная поликлиника»  
 от «09» января 2020г. № 14

## ЖУРНАЛ контроля качества медицинской помощи

№ п/п	Проверяем ый период (месяц, квартал, год)	Отделение, либо Ф.И.О. врачей	Количество проведенн ых экспертиз ( % от законченны х случаев)	Количество медицинских карт с выявленными дефектами медицинской помощи (абс. и %)				Итого проверки отделения	Принятые управленчески е решения
				Медицинская помощь оказана качественно, возможны незначительные дефекты	Медицинская помощь оказана удовлетворительн о, имеются явные дефекты, не влияющие на исход заболевания	Медицинская помощь оказана неудовлетворительно	абс		
1	2	3	4	5	7	8	9	11	12
пример	январь	Отделение	абс %	абс %( от количества проверенн ых карт)	абс %( от количест ва провере нных карт)	абс	%( от количества проверенных карт)		



Приложение 7 к приказу  
БУ «Сургутская районная поликлиника»  
от «09» января 2020г. № 14

**Форма карты внутреннего контроля безопасности  
медицинской деятельности  
БУ «Сургутская районная поликлиника»**

Дата: \_\_\_\_\_

Отделение \_\_\_\_\_

Показатели	Замечания	С замечанием ознакомлен, согласен
1. Соблюдение требований охраны труда:		
2. Соблюдение требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий:		
3. Соблюдение требований по безопасному применению и эксплуатации лекарственных препаратов:		
4. Соблюдение требований к утилизации медицинских отходов, предусмотренных нормативными документами:		
5. Внешний вид сотрудников, применение СИЗ, соблюдение требований лечебно-охранительного режима, факты использования сотовых телефонов во время проведения процедур, курение на территории учреждения и др.		
6. Соблюдение санитарно-эпидемиологического режим		
7. Соблюдение противопожарной безопасности		

8. Техническое состояние помещений, мебели, необходимость проведения ремонтов и др.		
---	--	--

Внутренний контроль безопасности медицинской деятельности проводил:

Заместитель руководителя  
по медицинской части \_\_\_\_\_ В.Ю. Маковская

Главная медицинская сестра \_\_\_\_\_ Е.В. Товкач

Заместитель руководителя по АХЧ \_\_\_\_\_ Е.В. Гордымова

Специалист по охране труда \_\_\_\_\_ Л.С. Гагарина

Заведующий аптечным складом \_\_\_\_\_ О.И. Озорнина

Начальник штаба гражданской обороны \_\_\_\_\_ В.П. Анискин



Приложение 8 к приказу  
БУ «Сургутская районная поликлиника»  
от «09» января 2020г. № 14

**ЖУРНАЛ  
контроля безопасности медицинской деятельности**

№ п/п	Дата проверки	Проверяемый период	Структурное подразделение	Перечень выявленных нарушений	Принятые управленческие решения
1	2	3	4	5	6

### **Порядок рассмотрения обращений граждан в БУ ХМАО-Югры «Сургутская районная поликлиника»**

1. Обращения граждан могут поступать в БУ «Сургутская районная поликлиника» далее (Учреждение) в устной форме, письменной форме или по электронной почте.

2. Граждане (заявители) могут обращаться с жалобами, заявлениями или предложениями по вопросам организации и оказания медицинской помощи к главному врачу БУ «Сургутская районная поликлиника», или его заместителям, врачу методисту по обращениям граждан лично или через своего законного представителя.

3. В целях реализации прав граждан на обращение в Учреждение обеспечивается:

- информирование граждан об их праве на обращение;
- регистрация и учет поступивших обращений;
- рассмотрение поступивших обращений;
- принятие необходимых мер по результатам рассмотрения обращений;
- подготовка и направление ответов заявителям;
- проведение анализа поступивших обращений и разработка мероприятий

по устранению причин, вызвавших обращения.

4. 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)

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

6. Ответственность за ведение делопроизводства по обращениям граждан возлагается на секретаря.

7. 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.

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



9. Учет обращений, поступивших в письменной форме или по электронной почте, ведется в учреждении в журнале регистрации обращений граждан.

10. Учету подлежат все обращения, поступающие в Учреждение в письменной или электронной форме, в том числе обращения направленные из других органов или организаций.

11. 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.

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

13. 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.

14. Обращения граждан не должны направляться на рассмотрение работнику Учреждения действие (или бездействие) которого в них обжалуется.

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

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

17. Работник Учреждения, 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.

18. При рассмотрении обращений граждан должны соблюдаться права третьих лиц, установленные законодательством Российской Федерации.

19. 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 Учреждения принимает решение об оставлении обращения без рассмотрения по существу, уведомив об этом заявителя.

20. Письменные обращения, содержащие вопросы, решение которых не входит в компетенцию Учреждения, в течении семи дней с даты их регистрации

направляются с сопроводительным письмом в соответствующий орган или организацию, в компетенцию которых входит решение поставленных в обращении вопросов, с одновременным уведомлением заявителя о переадресации обращения.

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

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.

23. Ответы на обращения граждан оформляются на бланке исходящего письма Учреждения и подписываются главным врачом.

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

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

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

27. 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.

28. В Учреждение не реже одного раза в квартал проводится анализ поступивших обращений.

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

30. Устные обращения рассматриваются руководителем Учреждения, к которому обратился гражданин в ходе личного приема.