

ПОЛОЖЕНИЕ

о внутреннем контроле качества и безопасности комплексной медико-психолого-педагогической помощи получателей социальных услуг ГБУ РК «Многопрофильный комплексный реабилитационный центр для детей-инвалидов»

1. Общие положения

1.1. Настоящее положение о внутреннем контроле качества и безопасности комплексной медико-психолого-педагогической помощи (далее по тексту - Положение) отделения комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов ГБУ РК «Многопрофильный комплексный реабилитационный центр для детей-инвалидов» (далее по тексту - Учреждение) устанавливает порядок Организации и проведения внутреннего контроля за соответствием качества выполняемых социально-медицинских услуг установленным требованиям и безопасностью социально-медицинской помощи, оказываемой получателям социальных услуг в Учреждении.

1.2. Настоящее Положение разработано в соответствии с:

- Федеральным законом от 21.11.2011 г. N 323-03 "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";
- Законом Российской Федерации от 07.02.1992 г. N 2300-I "О защите прав потребителей";
- Постановлением Правительства Российской Федерации от 16.04.2012 г. N 291 "О лицензировании 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";
- Федеральным законом от 28 декабря 2013 года № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации»;
- Федеральным законом от 01.12.2014 г. № 419-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией Конвенции о правах инвалидов»;
- Государственной программой Российской Федерации «Доступная среда» на 2011 - 2020 годы (утв. Постановлением Правительства Российской Федерации от 01.12.2015 № 1297(с изменениями на 25 мая 2016 года));
- Приказом Министерства культуры России от 30 декабря 2016 года N 3019 «Об утверждении модельной программы социокультурной реабилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов»;
- Конвенцией о правах ребенка;
- Уставом и локальными актами Государственного бюджетного учреждения Республики Крым «Многопрофильный комплексный реабилитационный центр для детей-инвалидов».

2. Основные цели и задачи внутреннего контроля качества и безопасности медико-психолого-педагогической помощи

2.1. Целью внутреннего контроля качества и безопасности медико-психолого-педагогической помощи (далее по тексту - Внутренний контроль качества) является

обеспечение прав получателей социальных услуг на получение медицинской, социально-педагогической, социально-психологической, социально-бытовой помощи необходимого объема и надлежащего качества в Учреждении, на основе стандартов, установленных требований, а также требований, обычно предъявляемых к медицинской, социально-педагогической и социально-психологической помощи в реабилитационной практике, с учетом современного уровня развития науки и информационных технологий.

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

2.3. Задачами Внутреннего контроля качества являются:

- проведение контроля качества социально-медицинской помощи, оказанной конкретным получателям социальных услуг;
- выявление дефектов реабилитации и абилитации, установление причин их возникновения и степени их влияния на здоровье конкретных получателей социальных услуг;
- регистрация результатов проведенного Внутреннего контроля качества;
- изучение удовлетворенности получателей социальных услуг оказанной социально-медицинской помощью;
- анализ данных, полученных при проведении мониторинга качества оказания социально-медицинской помощи;
- подготовка предложений, направленных на устранение причин возникновения дефектов реабилитационного процесса, повышение качества эффективности оказываемой социально-медицинской помощи.

3. Порядок организации и проведения Внутреннего контроля качества оказания социально-медицинских услуг

3.1. Внутренний контроль качества оказания социально-медицинских услуг осуществляется работниками, назначенными приказом руководителя Учреждения ответственными за проведение Внутреннего контроля качества (далее по тексту - Ответственные за проведение контроля).

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

3.3. Ответственные за проведение контроля несут ответственность за объективность оценки качества оказанной социально-медицинской помощи при проведении Внутреннего контроля качества социально-медицинской помощи в соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации и должностными инструкциями.

3.4. Ответственным за Организацию Внутреннего контроля качества в Учреждении являются заместитель директора по реабилитационной работе.

3.5. В необходимых случаях при проведении Внутреннего контроля качества социально-медицинской помощи может проводиться осмотр получателей социальных услуг.

3.6. Ответственным за Внутренний контроль качества медицинской помощи является заведующий медицинским отделением.

3.6.1. Заведующий медицинским отделением в течение месяца обязан провести Внутренний контроль качества медицинской помощи по всем законченным случаям лечения, используя очный и ретроспективный анализ каждого случая, и оформить результаты не менее 100 процентов случаев в журнале контроля качества медицинской помощи.

3.6.2. Выявленные недостатки в оказании медицинской помощи анализируются и докладываются с предложениями в виде служебных записок ежемесячно заместителю директора по реабилитационной работе.

3.6.3. Выявленные недостатки при оказании социально-медицинских услуг анализируются, докладываются ежемесячно или по необходимости в виде служебных записок заместителем директора по реабилитационной работе руководителю Учреждения, для устранения и принятия управленческих решений.

3.6.4. При осуществлении Внутреннего контроля качества ответственный:

- проводит проверку качества оказания социально-медицинской помощи в Учреждении;
- рассматривает обращения физических и юридических лиц по вопросам качества социально-медицинской помощи;

3.7. Внутренний контроль качества проводится по случаям социально-медицинской помощи (законченным или незаконченным), оказанной в Учреждении, независимо от должностей и квалификации работников, оказывавших социально-медицинскую помощь, диагноза, возраста получателей социальных услуг.

3.8. Внутренний контроль качества проводится по установленной документации, содержащей информацию о социально-медицинских услугах, оказанных в конкретном проверяемом случае.

3.9. В обязательном порядке Внутреннему контролю качества подлежат следующие случаи:

- случаи смерти;
- случаи инфицирования внутри Учреждения и нежелательных реакций на применение лекарственных препаратов;
- случаи, сопровождавшиеся жалобами получателей социальных услуг или их законных представителей на качество оказания социально-медицинской помощи;
- иные случаи, указанные в нормативно-правовых документах, регламентирующих порядок осуществления контроля качества оказания социально-медицинской помощи.

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

Все случаи оказания реабилитационных услуг должны иметь одинаковую возможность быть подвергнутыми проверке.

3.11. В целях повышения эффективности контрольных мероприятий и своевременного устранения причин дефектов социально-медицинской помощи проведение Внутреннего контроля качества осуществляется в текущем режиме (не реже, чем 1 раз в квартал).

3.12. Проведение Внутреннего контроля качества конкретному получателю социальных услуг предусматривает оценку ее соответствия протоколам ведения больных, оформлению Реабилитационной карты, Индивидуальной программы предоставления социальных услуг, клинических особенностей каждого конкретного случая оказания социально-медицинской помощи.

3.13. При проведении Внутреннего контроля качества Ответственный за проведение контроля руководствуется протоколами ведения больных, другими нормативными правовыми документами, клиническими рекомендациями.

3.14. Внутренний контроль качества проводится по методике экспертной оценки конкретного случая оказания социально-медицинской помощи, заключающейся в проведении последовательной оценки каждой составляющей конкретного случая оказания реабилитации и абилитации получателя социальных услуг:

- 1) социально-бытовых – 10 баллов;
- 2) социально-медицинских (с учетом его клинических особенностей):
 - сбор жалоб и анамнеза – 3 балла;
 - проведение диагностических мероприятий – 3 балла;
 - постановка диагноза – 4 балла;
 - проведение лечебных, консультативных мероприятий – 4 балла;
 - проведение профилактических мероприятий – 4 балла;
 - оформление медицинской документации – 4 балла.
- 3) социально-психологических – 3 балла;

4) социально-педагогических – 3 балла.

3.15. При проведении Внутреннего контроля качества используются следующие критерии качества оказания реабилитационных услуг:

- критерий своевременности оказания социально-медицинской помощи - отражает своевременность оказанной социальной услуги в соответствии с объективными потребностям конкретного получателя социальных услуг;
- критерий объемов оказания социально-медицинской помощи - отражает соответствие объемов оказанной социальной услуги в соответствии с объективными потребностями конкретного получателя социальных услуг;
- критерий безопасности оказания социально-медицинской помощи - отражает оптимальность выбора социально-медицинских технологий при оказании социальных услуг, с учетом минимизации риска их применения для конкретного получателя, а также соблюдение в учреждении правил хранения и применения лекарственных препаратов и расходных материалов;
- критерий эффективности оказания социально-медицинской помощи - отражает достижение целевых результатов оказания социально-медицинской помощи конкретному получателю социальных услуг.

3.16. Результаты проверки каждого случая оказания социально-медицинской помощи регистрируются в журналах контроля качества медицинской и социально-психологической, социально-педагогической помощи, который ведется ответственными за проведение контроля, за объем социально-медицинской помощи, оказанный в полной мере начисляется 38 баллов, за незначительные нарушения вычитается 1 балл, за грубые нарушения вычитается 2 балла.

Учет результатов Внутреннего контроля качества осуществляется в соответствии с действующими нормативными правовыми документами Российской Федерации.

3.17. В случаях выявления дефектов социально-медицинской помощи или некачественно оказанных социальных услуг отражается в результатах Внутреннего контроля качества и доводится до сведения работников, оказывавших социально-медицинскую помощь в конкретном проверенном случае, при необходимости - под роспись.

3.18. Ответственным за проведение контроля по результатам Внутреннего контроля качества незамедлительно принимаются меры по недопущению повторения выявленных дефектов социальных услуг в случаях, если принятие вышеназванных мер находится в пределах его полномочий. В иных случаях предложения доводятся до руководителя Учреждения.

3.19. Журнал контроля качества медицинской помощи ведется заведующим медицинским отделением, хранится в Учреждении не менее 5 лет.

3.20. Журнал контроля качества социально-педагогической помощи ведется специалистом по социальной работе, хранится в Учреждении не менее 5 лет.

3.21. Учет результатов проведенного Внутреннего контроля качества реабилитационных услуг осуществляется в Учреждении в форме отчетов ежеквартально.

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

3.22.1. Отчетный период.

3.22.2. Объемы проведенного Внутреннего контроля качества:

- количество проверенных случаев;
- количество проверенных случаев, из числа подлежащих контролю в обязательном порядке и процентах от числа случаев, подлежащих контролю в обязательном порядке;
- объем проведенного Внутреннего контроля качества в процентах от установленных минимальных объемов.

3.22.3. Результаты проведенного Внутреннего контроля качества:

- количество выявленных дефектов социально-бытовых, социально-психологических, социально-педагогических, социально-медицинских по их видам (структура дефектов).

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

3.22.5. Предложения по итогам проведенного Внутреннего контроля качества для руководителя Учреждения.

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

3.23. Отчеты о проведенном Внутреннем контроле качества по Учреждению в целом доводятся до руководителя Учреждения ежемесячно, до сведения работников Учреждения ежеквартально.

3.24. Отчеты о проведенном Внутреннем контроле качества по итогам прошедшего года хранятся в Учреждении не менее 5 лет.

3.25. По результатам проведенного Внутреннего контроля в Учреждении планируются и реализуются мероприятия, направленные на устранение причин, вызвавших возникновение дефектов социально-медицинской помощи, на повышение качества и эффективности оказываемых социальных услуг:

- организационные мероприятия - проведение совещаний, конференций, инструктажей, издание приказов, инструкций, регламентов;
- образовательные мероприятия - проведение клинических разборов, направление работников на повышение квалификации, в том числе внеплановое;
- дисциплинарные мероприятия - применение дисциплинарных взысканий в соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации и должностными инструкциями работников;
- экономические мероприятия - применение материальных взысканий;
- мероприятия по совершенствованию материально-технической базы, информатизации Учреждения;
- мероприятия по совершенствованию укомплектованности Учреждения квалифицированными специалистами.

3.26. Контроль за реализацией принятых управленческих решений по вопросам управления качеством социально-медицинской помощи обеспечивается руководителем Учреждения.

4. Порядок рассмотрения обращений получателей социальных услуг

4.1. Обращения получателей социальных услуг могут поступать в Учреждение в письменной форме (в том числе в виде записей в книге жалоб и предложений) или по электронной почте.

4.2. Получатели социальных услуг (далее - заявители) могут обращаться с жалобами, заявлениями или предложениями по вопросам в Учреждение к руководителю Учреждения, его заместителю лично или через своего законного представителя.

4.3. В целях реализации прав заявителей на обращение в Учреждение обеспечивается:

- информирование заявителей об их праве на обращение;
- регистрация и учет поступивших обращений в письменной форме;
- рассмотрение поступивших обращений;
- принятие необходимых мер по результатам рассмотрения обращений;
- подготовка и направление ответов заявителям;
- проведение анализа поступивших обращений и разработка мероприятий по устранению причин, вызвавших обращения.

4.4. Информирование заявителей об их праве на обращение обеспечивается путем размещения в доступном для получателей социальных услуг месте оформленной в печатном виде информации:

- о фамилии, имени, отчестве, должности, графике работы, телефоне должностных лиц Учреждения, к которым могут обратиться заявители в случае возникновения претензий при оказании социальных услуг;
- об адресах электронной почты и официального интернет-сайта Учреждения;
- о графике личного приема граждан руководителем Учреждения;
- об адресах и телефонах контролирующих органов и организаций.

4.5. Все поступившие в письменной форме или по электронной почте обращения заявителей подлежат обязательной регистрации в день их поступления в Учреждение.

4.6. Делопроизводство по обращениям заявителей ведется в Учреждении отдельно от других видов делопроизводства.

4.7. Ответственный за ведение делопроизводства по обращениям заявителей определяется соответствующим приказом руководителя Учреждения.

4.8. В дело по рассмотрению обращения заявителя входят: обращение заявителя, письменное поручение или приказ руководителя Учреждения по рассмотрению обращения, материалы по рассмотрению обращения, копия ответа заявителю.

4.9. Срок хранения дел по обращениям заявителей в Учреждение составляет 5 лет с даты регистрации обращения.

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

4.11. Ответственность за ведение журнала регистрации обращений граждан возлагается приказом руководителя Учреждения.

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

4.13. В журнале регистрации обращений граждан в хронологическом порядке фиксируются:

- порядковый номер;
- фамилия, имя, отчество, заявителя;
- адрес места жительства заявителя;
- наименование организации, направившей обращения;
- дата поступления обращения;
- дата и номер регистрации обращения;
- краткое содержание (повод) обращения;
- фамилия, имя, отчество, должность работника, осуществляющего рассмотрение обращения;
- результат рассмотрения обращения;
- дата и номер регистрации ответа на обращение.

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

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

4.16. Жалобы заявителей не должны направляться на рассмотрение работнику Учреждения, действие (или бездействие) которого обжалуется.

5. Порядок проведения анкетирования получателей социальных услуг

5.1. В целях изучения удовлетворенности получателей социальных услуг оказанными социальными услугами в Учреждении организуется проведение анонимного анкетирования получателей социальных услуг каждого заезда.

5.2. Форма анкеты разрабатывается специалистами Учреждения и должна отражать объективную оценку получателями социальных услуг качества оказания социальных услуг в Учреждении.

5.3. Информация о результатах проведенного анкетирования является открытой.

5.4. Результаты проведенного анкетирования используются руководителем Учреждения и в целях совершенствования качества оказания социально-медицинских услуг в Учреждении.