

МИНИСТЕРСТВО ТРУДА И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ  
СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ

Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение  
«Ессентукский центр реабилитации инвалидов и лиц с ограниченными  
возможностями»

УТВЕРЖДЕНО

приказом директора  
ГБПОУ «Ессентукский  
ЦР»

от «11» января 2021 г.  
№07а-0

**ПОЛОЖЕНИЕ**

**о внутреннем контроле качества оказания медицинских услуг и безопасности  
медицинской деятельности в государственном бюджетном  
профессиональном образовательном учреждении «Ессентукский центр  
реабилитации инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья»**

**I. Общие положения.**

1.1. Положение о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности в государственном бюджетном профессиональном образовательном учреждении «Ессентукский центр реабилитации инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья» (далее—учреждение) устанавливает порядок организации и проведения внутреннего контроля за соответствием качества выполняемых медицинских услуг и безопасности медицинской помощи, оказываемой клиентам в учреждении.

1.2. Настоящее Положение разработано в соответствии с:

- Конституцией Российской Федерации, Гражданским кодексом РФ, Законом РФ от 07.02.1992 г. №2300-1 (ред. от 22.12.2020) «О защите прав потребителей», Федеральным законом от 28.12.2013 г. №442-ФЗ (ред. от 13.07.2020) «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации», Федеральным законом от 21.11.2011 г. №323-ФЗ (ред. от 26.05.2021) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Приказ Минздравсоцразвития России от 05.05.2012 N 502н (ред. от 02.12.2013) "Об

утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации" (Зарегистрировано в Минюсте России 09.06.2012 N 24516) другими правовыми актами, касающимися аспектов медицинской деятельности.

- Приказом Министерства Здравоохранения от 31 июля 2020 г. №785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности»

1.3. Целью внутреннего контроля качества оказания медицинских услуг (далее контроля качества медицинских услуг) является обеспечение прав клиентов учреждения на получение медицинских услуг необходимого объема и надлежащего качества, соответствующих порядку оказания медицинской помощи и стандартам медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее – порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи).

1.4. Задачами контроля качества оказания медицинских услуг являются:

- анализ качества медицинских услуг, оказанных клиентам учреждения; выявление дефектов медицинских услуг, установление причин их возникновения и степени их влияния на здоровье клиентов учреждения;
- оценка оптимальности использования кадровых и материально-технических средств, при оказании медицинских услуг;
- изучение удовлетворенности клиентов учреждения оказанными медицинскими услугами;
- анализ данных, полученных при проведении мониторинга качества оказания медицинских услуг;
- подготовка предложений, направленных на устранение причин возникновения дефектов медицинских услуг, повышение качества эффективности оказываемых медицинских услуг.

1.5. По итогам проведенного контроля качества медицинской помощи в учреждении разрабатываются и реализуются мероприятия по управлению качеством медицинских услуг;

принятие руководителем учреждения управленческих решений, направленных на устранение причин возникновения дефектов медицинских услуг, повышение качества и эффективности оказываемых медицинских услуг, совершенствование организационных технологий оказания медицинских услуг;

регистрация результатов проведенного контроля качества медицинских услуг;

осуществление контроля за реализацией принятых управленческих решений или выполнением плана мероприятий.



## **II. Основные цели и задачи внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности**

2.1. Целью внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (далее по тексту - Внутренний контроль качества медицинской помощи) является обеспечение прав граждан на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества в ГБПОУ «Ессентукский ЦР» 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 медицинской помощи является медицинская помощь, представляющая собой комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг.

2.3. Задачами Внутреннего контроля качества медицинской помощи являются:

- проведение контроля качества медицинской помощи, оказанной конкретным пациентам;
- выявление дефектов медицинской помощи, установление причин их возникновения и степени их влияния на здоровье конкретных пациентов;
- регистрация результатов проведенного Внутреннего контроля качества медицинской помощи;
- оценка оптимальности использования кадровых и материально-технических средств при оказании медицинской помощи;
- изучение удовлетворенности граждан оказанной медицинской помощью; - анализ данных, полученных при проведении мониторинга качества оказания медицинской помощи;
- подготовка предложений, направленных на устранение причин возникновения дефектов медицинской помощи, повышение качества эффективности оказываемой медицинской помощи.

### **III. Порядок организации и проведения контроля качества оказания медицинских услуг.**

3.1. Контроль качества медицинских услуг осуществляется заведующей медицинским отделением (далее ответственный за проведение контроля).

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

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

3.4. Внутренний контроль качества медицинской помощи осуществляется на трех уровнях:

- первый уровень контроля - заведующий медицинским отделением учреждения;
- второй уровень контроля - заместитель руководителя учреждения;
- третий уровень контроля - комиссия по контролю качества оказания медицинской помощи (далее по тексту - Комиссия).

3.4.1. Заведующий 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 30 процентов случаев в журнале учета работы отделения.

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

3.4.3. Заместитель руководителя учреждения осуществляет Внутренний контроль качества медицинской помощи на втором уровне контроля в соответствии с приказом руководителя и должностной инструкцией. Заместитель руководителя проводит контроль не менее 25 экспертиз законченных случаев в течение квартала с оформлением результатов в журнале учета работы учреждения.

3.4.4. Комиссия осуществляет Внутренний контроль качества медицинской помощи на третьем уровне. При осуществлении Внутреннего контроля качества оказанной медицинской помощи комиссия:



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

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

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

- случаи летальных исходов; - случаи внутрибольничного инфицирования и нежелательных реакций на применение лекарственных препаратов;

- случаи заболеваний со значительно (более 30% от средних) удлиненными или укороченными сроками лечения;

- случаи, сопровождавшиеся жалобами пациентов или их законных представителей на качество оказания медицинской помощи;

- иные случаи, указанные в нормативно-правовых документах, регламентирующих порядок осуществления контроля качества оказания медицинской помощи.

3.8. Случаи, подлежащие Внутреннему контролю качества медицинской помощи в обязательном порядке, отбираются для проверки и проверяются в первую очередь. Все случаи оказания медицинской помощи должны иметь одинаковую возможность быть подвергнутыми проверке.

3.9. В целях повышения эффективности контрольных мероприятий и своевременного устранения причин дефектов медицинской помощи проведение Внутреннего контроля качества медицинской помощи на первом уровне осуществляется в текущем режиме не реже, чем 1 раз в неделю.

3.10. Проведение Внутреннего контроля качества медицинской помощи конкретному пациенту предусматривает оценку ее соответствия стандартам медицинской помощи, протоколам ведения больных, зарегистрированным медицинским технологиям, установленным или обычно предъявляемым в медицинской практике требованиям к проведению диагностических, лечебных,



профилактических мероприятий, оформлению медицинской документации, с учетом современного уровня развития медицинской науки, медицинских технологий и клинических особенностей каждого конкретного случая оказания медицинской помощи.

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

3.12. Внутренний контроль качества медицинской помощи проводится по методике экспертной оценки конкретного случая оказания медицинской помощи, заключающейся в проведении последовательной оценки каждой составляющей конкретного случая оказания медицинской помощи, с учетом его клинических особенностей: - сбор жалоб и анамнеза; - проведение диагностических мероприятий; - проведение диагноза; - проведение лечебных мероприятий; - проведение профилактических мероприятий; - проведение медицинской экспертизы или медицинского освидетельствования; - оформление медицинской документации.

3.13. При проведении Внутреннего 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 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.

3.14. 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. Учет результатов Внутреннего контроля качества медицинской помощи, проведенного комиссией, осуществляется в соответствии с действующими нормативными правовыми документами Российской Федерации.

3.15. 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.

3.16. В случаях выявления дефектов медицинской помощи или некачественно оказанной медицинской помощи информация о результатах Внутреннего контроля качества медицинской помощи доводится до сведения медицинских работников, оказывавших медицинскую помощь в конкретном проверенном случае, при необходимости - под роспись.

3.17. Ответственными за проведение контроля по результатам Внутреннего контроля качества медицинской помощи незамедлительно принимаются меры по недопущению повторения выявленных дефектов медицинской помощи в случаях, если принятие вышеуказанных мер находится в пределах их полномочий. В иных случаях предложения доводятся до руководителя Организации.

3.18. Журналы контроля качества медицинской помощи хранятся в Организации не менее 5 лет.

3.19. Учет результатов проведенного Внутреннего контроля качества медицинской помощи осуществляется в Организации в форме отчетов ежемесячно и по итогам прошедшего года на каждом уровне контроля качества медицинской помощи и по Организации в целом.

3.20. Отчеты о проведенном Внутреннем контроле качества медицинской помощи должны содержать следующие сведения:

3.20.1. Отчетный период.



3.20.2. Объемы проведенного Внутреннего контроля качества медицинской помощи: - 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 медицинской помощи в процентах от установленных минимальных объемов.

3.20.3. Результаты проведенного Внутреннего контроля качества 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 (структура дефектов): Дефекты сбора жалоб или анамнеза; Дефекты диагностических мероприятий; Дефекты оформления диагноза; Дефекты лечебных мероприятий; Дефекты профилактических мероприятий; Дефекты медицинской экспертизы или медицинского освидетельствования; Дефекты оформления медицинской документации.

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

3.20.5. Предложения по итогам проведенного Внутреннего контроля качества медицинской помощи для руководителя Организации.

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

3.21. Отчеты о проведенном Внутреннем контроле качества медицинской помощи по учреждению в целом доводятся до руководителя учреждения ежемесячно, до сведения медицинских работников учреждения не реже, чем 1 раза в месяц.

3.22. Отчеты о проведенном Внутреннем контроле качества медицинской помощи по итогам прошедшего года хранятся в учреждении не менее 5 лет.

3.23. По результатам проведенного Внутреннего 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), научно-практические конференции, обеспечение медицинских работников современной медицинской литературой (в том числе через Интернет) и другие;

- 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 медицинскими работниками.

3.24. Контроль за реализацией принятых управленческих решений по вопросам управления качеством медицинской помощи обеспечивается заместителем руководителя учреждения.

3.25. Ответственный за проведение контроля несет ответственность за объективность оценки качества оказанных медицинских услуг при проведении контроля качества медицинских услуг в соответствии с должностной инструкцией.

3.26. В необходимых случаях для проведения контроля качества медицинских услуг могут по согласованию привлекаться в качестве экспертов работники медицинских вузов, работники медицинских научно-исследовательских институтов, а также работники медицинских организаций.

3.27. Система внутреннего контроля качества медицинской помощи в подведомственных учреждениях включает:

- текущую (плановую) экспертизу;
- целевую экспертизу.

3.27.1. Текущая (плановая) экспертиза направлена на выявление и обсуждение дефектов обследования и лечения в процессе оказания медицинских услуг с целью общей системной оценки обследования и лечения клиентов учреждения. Включает в себя достоверную оценку физического состояния клиента и оперативную коррекцию лечебно-диагностических мероприятий, а также экспертизу качества оформления медицинской документации клиентов учреждения.



Текущая экспертиза проводится один раз в месяц ответственным за проведение контроля. Выявленные недостатки обсуждаются с медицинскими работниками и по решению руководителя учреждения могут влиять на дифференцированную оплату труда медицинских работников учреждения.

3.27.2. Целевая экспертиза проводится для оценки оказания качества медицинских услуг по конкретным направлениям медицинской услуги, жалобе, случаю летального исхода и внутрибольничного инфицирования. При целевом экспертном контроле анализируются медицинские карты клиентов, отобранные методом целевой выборки, отвечающие теме целевой экспертизы.

3.28. Контроль качества медицинских услуг осуществляется:

3.28.1. медицинским персоналом учреждения (самоконтроль). Лечащий врач, старшая медицинская сестра, медицинская сестра при анализе медицинской документации, объективном осмотре, выполнении медицинских манипуляций исключают дефекты, наличие которых способствует снижению качества медицинских услуг, и своевременно проводят корректировку лечебных мероприятий. Самоконтроль осуществляется в текущем режиме.

3.28.2. На I уровне ответственный за проведение контроля осуществляет контроль качества медицинских услуг, проводя анализ в течение месяца не менее 10 процентов медицинских карт клиентов. Результаты проверки оформляются актом экспертизы и регистрируются в журнале учета экспертиз.

3.28.3. На II уровне специалистами отдела организации медицинского обслуживания в подведомственных учреждениях Министерства труда и социальной защиты населения Ставропольского края. Специалисты министерства осуществляют контроль качества медицинских услуг в ходе проведения плановых и целевых проверок, также по обращениям физических и юридических лиц по вопросам качества медицинских услуг. Результаты контроля качества оформляются в виде справок.

3.29. Контроль качества медицинских услуг проводится по медицинской документации (медицинской карте, иной медицинской документации, содержащей информацию о медицинской услуге, оказанной в конкретном проверяемом случае).

3.30. В обязательном порядке контролю качества медицинских услуг дополнительно к плановой экспертизе подлежат:

- случаи летальных исходов (кроме смерти от естественных причин); случаи травматизма с составлением акта о несчастном случае;
- случаи внутрибольничного инфицирования и возникновения массовых заболеваний;
- случаи нежелательных реакций на применение лекарственных препаратов;



- случаи, сопровождающиеся жалобами пациентов или их законных представителей на качество оказания медицинских услуг;

- иные случаи, указанные в нормативных правовых документах, регламентирующих порядок осуществления контроля качества оказания медицинских услуг.

3.31. Случаи, подлежащие контролю качества медицинских услуг в обязательном порядке, отбираются для проверки и проверяются в первую очередь.

3.32. При проведении контроля качества медицинских услуг ответственный за проведение контроля руководствуется порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи, другими нормативными документами.

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

- сбор жалоб и анамнеза;
- проведение объективного осмотра;
- проведение диагностических мероприятий;
- установление диагноза;
- проведение лечебных мероприятий;
- преемственность оказания медицинской помощи;
- оформление медицинской документации.

3.34. При проведении контроля качества медицинских услуг используется следующие критерии качества медицинских услуг:

- своевременность оказания медицинской услуги отражает своевременность оказанной медицинской услуги объективным потребностям конкретного клиента;
- объем оказания медицинской услуги отражает соответствие объемов оказанной медицинской услуги объективным потребностям конкретного клиента;
- преемственность оказания медицинской услуги отражает соблюдение преемственности при оказании медицинской услуги и подразделениями (отделениями, медицинскими работниками);

- соблюдение медицинских технологий – отражает соблюдение медицинскими работниками зарегистрированных медицинских технологий при их назначении и непосредственно в процессе оказания медицинской услуги;

- безопасность оказания медицинской услуги отражает оптимальность выбора медицинских технологий при оказании медицинской услуги с учетом минимизации риска их применения для конкретного клиента, а также соблюдение в учреждении правил хранения и применения лекарственных препаратов и расходных материалов;



- эффективность оказания медицинской услуги отражает достижение целевых результатов оказания медицинской услуги клиенту.

3.35. Результаты проверки каждого случая оказания медицинской услуги оформляются актами контроля качества и регистрируются в журналах учета проведения экспертизы контроля качества медицинской услуги, которые ведутся каждым ответственным за проведение контроля.

3.36. По результатам проверки каждого случая оказания медицинской услуги ответственный за проведение контроля кратко формулируют в актах контроля качества медицинской услуги дефекты медицинской услуги, выявленные по каждой составляющей случая оказания медицинской услуги, а также итоговое заключение о качестве медицинской услуги в каждом конкретном случае оказания медицинской услуги:

- качественно оказанная медицинская услуга, сопровождавшаяся единичными дефектами медицинской услуги, которые не привели и не могли привести к ухудшению состояния здоровья обеспечиваемого или его смерти;
- некачественно оказанная медицинская услуга, создавшая риск ухудшения состояния здоровья или приведшая к смерти клиента.

3.37. Ответственным за проведение контроля по результатам контроля качества медицинской услуги незамедлительно принимаются меры по недопущению повторения выявленных дефектов медицинской услуги в случаях, если принятие вышеназванных мер находится в пределах его полномочий. В иных случаях предложения доводятся до руководителя учреждения.

3.38. Акты, журналы учета экспертиз, отчеты о проведенном контроле качества медицинских услуг по итогам прошедшего года хранятся в учреждении не менее 3 лет.

3.39. Учет результатов проведенного контроля качества медицинских услуг осуществляется в учреждении в форме ежемесячных отчетов. Отчеты о проведенном контроле качества медицинских услуг по учреждению целом доводятся до руководителя и медицинских работников учреждения ежемесячно.

3.40. По результатам проведенного контроля медицинских услуг в учреждении планируются и реализуются мероприятия, направленные устранение причин, вызвавших возникновение дефектов медицинских услуг:

- организационные мероприятия проведение совещаний, конференций, инструктажей, издание приказов, инструкций, регламентов, совершенствование организационных технологий, оказания медицинских услуг и другие;
- образовательные мероприятия проведение клинических разборов, направление медицинских работников на повышение квалификации (в том числе внеплановое), научно-практические конференции, обеспечение медицинских



работников современной медицинской литературой (в том числе через интернет) и другие;

- дисциплинарные мероприятия – принятие дисциплинарных взысканий в соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации и должностными инструкциями работников;

- мероприятия по совершенствованию материально-технической базы, информатизации учреждения;

- мероприятия по укомплектованности учреждения медицинскими работниками.

#### **IV. Порядок рассмотрения обращений граждан**

4.1. Обращения граждан могут поступать в учреждение, в устной форме, письменной форме (в том числе в виде записей в книге жалоб и предложений) или по электронной почте.

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

4.3. В целях реализации прав граждан на обращение в учреждении 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.

4.4. 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 учреждения (при их наличии); - 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 граждан (заявителей) подлежат обязательной регистрации в день их



поступления в учреждение. Делопроизводство по обращениям граждан ведется в учреждении отдельно от других видов делопроизводства. Ответственный за ведение делопроизводства по обращениям граждан определяется соответствующим приказом руководителя учреждения. В дело по рассмотрению обращения гражданина входят: обращение гражданина, письменное поручение или приказ руководителя учреждения по рассмотрению обращения, материалы по рассмотрению обращения, копия ответа заявителю. Срок хранения дел по обращениям граждан в учреждении составляет 25 лет с даты регистрации обращения.

4.6. Учет обращений, поступивших в письменной форме или по электронной почте, ведется в учреждении в журнале регистрации обращений граждан. Ответственность за ведение журнала регистрации обращений граждан возлагается приказом руководителя учреждения. 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. В журнале регистрации обращений граждан в хронологическом порядке фиксируются: - порядковый номер; - фамилия, имя, отчество, заявителя; - адрес места жительства заявителя; - наименование учреждения, 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.

4.7. Все поступившие в учреждение обращения граждан подлежат рассмотрению, за исключением анонимных обращений (обращений, не содержащих фамилии и адреса заявителя). Решение о направлении обращения на рассмотрение к конкретному работнику учреждения принимает руководитель учреждения в форме письменного поручения или приказа в срок, не превышающий трех дней с даты регистрации обращения. Жалобы граждан не должны направляться на рассмотрение работнику учреждения, действие (или бездействие) которого обжалуется.

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

4.9. 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. Работник учреждения, получивший поручение руководителя



учреждения о рассмотрении обращения, несет ответственность за объективное, всестороннее и своевременное рассмотрение обращения в соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации и должностными инструкциями.

4.10. При рассмотрении обращений граждан должны соблюдаться права третьих лиц, установленные законодательством Российской Федерации. В случае, если при рассмотрении обращения, поданного в интересах третьих лиц (являющихся дееспособными гражданами), выяснилось, что они в письменной форме возражают против его рассмотрения, руководитель учреждения принимает решение об оставлении обращения без рассмотрения по существу, уведомив об этом заявителя.

4.11. Письменные обращения, содержащие вопросы, решение которых не входит в компетенцию учреждения, в течение семи дней с даты их регистрации направляются с сопроводительным письмом в соответствующий орган или учреждение, в компетенцию которых входит решение поставленных в обращении вопросов, с одновременным уведомлением заявителя о переадресации обращения.

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

4.13. Ответ на обращение, поступившее в письменной форме или по электронной почте, дается в течение 30 дней с даты регистрации обращения, за исключением обращений, поступивших через органы государственной власти или иные Организации, по исполнению которых может быть указан другой срок. Ответы на обращения граждан оформляются на бланке исходящего письма учреждения и подписываются руководителем. В случае подтверждения фактов, изложенных в жалобе, в ответе указываются меры, принятые к виновным работникам.

4.14. В случае, если обращение поступило в учреждение в письменной форме, ответ направляется на почтовый адрес, указанный в обращении. В случае, если обращение поступило в учреждение по электронной почте, ответ на обращение направляется на адрес электронной почты, указанный в обращении.

4.15. По результатам рассмотрения жалоб, в случае подтверждения изложенных в них обстоятельств, к виновным работникам принимаются меры, в соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации и должностными инструкциями.

4.16. В учреждении не реже одного раза в квартал проводится анализ поступивших обращений.



4.17. Результаты анализа поступивших обращений ежеквартально и по итогам года представляются руководителю учреждения.

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

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

4.20. В случае, если изложенные в устном обращении заявителя обстоятельства не требуют дополнительной проверки, ответ на обращение с согласия может быть дан устно в ходе личного приема, о чем делается запись в журнале личного приема граждан.

4.21. В случае несогласия заявителя с результатами рассмотрения его обращения, он может обратиться в вышестоящую Организацию или в суд.

#### **V. Порядок проведения анкетирования граждан**

5.1. В целях изучения удовлетворенности клиентов учреждений оказанными медицинскими услугами в учреждении организуется проведение анонимного анкетирования клиентов с периодичностью не реже одного раза в квартал.

5.2. Форма анкеты разрабатывается специалистами учреждения и должна отражать объективную оценку клиентов качеством оказания медицинских услуг в учреждении.

5.3. Информация о результатах проведенного анкетирования является открытой.

5.4. Результаты проведенного анкетирования используется директором учреждения в целях совершенствования качества медицинских услуг, оказываемых клиентам учреждения, организационных технологий оказания медицинских услуг.

Заместитель директора  
по информационно – аналитической работе



И.А. Басова

Заведующая социально-медицинским  
отделением



Л.Г. Викулина