

Утверждаю:
Директор ГБУ ПК РЦДПОВ
Г.Е. Петухова
«04» февраля 2019 г.



Положение о внутреннем контроле качества медицинских услуг

**государственного бюджетного учреждения
Пермского края
«Реабилитационный центр для детей и подростков с
ограниченными возможностями» г. Чайковского**

2019 г.

Настоящее положение разработано в соответствии со следующими нормативными документами:

-Национальным стандартом Российской Федерации « Основные виды социальных услуг»ГОСТ Р 52143-2003

-Национальным стандартом Российской Федерации Социальное обслуживание населения «Качество социальных услуг» ГОСТ Р 52142-2003

-Национальным стандартом Российской ФедерацииГОСТ Р 52495-2005. Социальное обслуживание населения. Термины и определения

-Национальным стандартом Российской Федерации ГОСТ Р 52496-2005. Контроль качества социальных услуг. Основные положения

-Национальным стандартом Российской Федерации ГОСТ Р 52497-2005. Система качества учреждений социального обслуживания

-Национальным стандартом Российской Федерации ГОСТ Р 52884-2007. Порядок и условия предоставления социальных услуг гражданам пожилого возраста и инвалидам

-Национальным стандартом Российской ФедерацииГОСТ Р 53059-2008. Социальные услуги инвалидам

-Национальным стандартом Российской Федерации ГОСТ Р 52888-2007. Социальные услуги детям

-Национальным стандартом Российской ФедерацииГОСТ Р 53061-2008. Контроль качества социальных услуг детям

1. Общие положения

Деятельность ГБУ ПК РЦДПОВ в области качества услуг направлена на полное удовлетворение нужд клиентов, непрерывное повышение качества услуг и эффективности социальной адаптации и реабилитации.

Руководитель учреждения несет полную ответственность за политику в области качества услуг, представляющую собой задачи, основные направления и цели учреждения в области качества. Он должен обеспечить разъяснение и доведение этой политики до всех структурных подразделений и сотрудников учреждения, четко определить полномочия, ответственность и взаимодействие всего персонала учреждения, осуществляющего руководство, исполнение услуг и контроль деятельности, влияющей на качество услуг.

1.1. Контроль качества медицинских услуг заключается в проверке полноты, своевременности предоставления этих услуг, а также их результативности, определяющей степень повышения физического состояния клиента.

1.2. В настоящем положении контролю подлежит качество всех медицинских услуг, оказываемых в учреждении .

2. Контроль качества медицинских услуг

2.1. Контроль качества социально-медицинских услуг, направленных на поддержание и улучшение здоровья клиентов:

- Обеспечение ухода с учетом состояния здоровья, в том числе оказание санитарно-гигиенических услуг: обтирание, обмывание, гигиенические ванны, стрижка ногтей, причесывание (наличие записей в «Журнале проведения гигиенических процедур», опрос самого ребенка, родителя или лица его заменяющего о качестве проведения процедур, наличие регламента проведения процедуры)
- Обеспечение техническими средствами ухода и реабилитации (предоставление инвалидных колясок, вертикализаторов, туторов).
- Проведение систематического медицинского осмотра детей, поступающих и находящихся на реабилитации: первичный, промежуточный, заключительный перед выпиской (наличие записей в амбулаторных картах клиентов с указанием даты осмотра)
- Оказание первой доврачебной помощи (наличие и укомплектованность медицинских аптечек с указанием ответственных лиц, опрос самого ребенка, родителя или лица его заменяющего о качестве проведения первой доврачебной помощи)
- Проведение процедур, связанных со здоровьем: прием лекарств, закапывание капель и др. (отметки о выполнении в тетради медицинских назначений, опрос самого ребенка, родителя или лица его заменяющего о качестве проведения процедур)
- Проведение процедур в физиотерапевтическом кабинете (наличие и соблюдение инструкций, регламентов по проведению процедуры, соблюдение техники безопасности, укомплектованность аптечки ФТК, наличие и состояние документов на оборудование, приборы, аппаратуру физиотерапевтического кабинета, отметки о проведении процедуры в журнале посещаемости ФТК, в книжке медико-социальной реабилитации)
- Проведение санитарно-просветительной работы с детьми и их родителями (наличие записей в журнале СПР с отметкой даты проведения и росписью родителей, прослушавших беседу, лекцию, с указанием времени и количества детей, прослушавших беседу, лекцию)
- Индивидуальная работа с несовершеннолетними, связанная с предупреждением появления вредных привычек и избавлением от них, работа по формированию здорового образа жизни (наличие записей в журнале СПР с указанием времени и количества детей, прослушавших беседу, лекцию)
- Обучение родителей детей с ОВЗ практическим навыкам общего ухода за ними (наличие записей в журнале «Родительская школа», наличие записей в журнале СПР, опрос самого ребенка, родителя или лица его заменяющего о качестве проведения обучения)
- Проведение в соответствии с назначением лечащего врача медицинских процедур: подкожные и внутримышечные введения лекарственных препаратов, наложение компрессов, перевязка, обработка пролежней (тетрадь медицинских назначений, опрос самого ребенка, родителя или лица его заменяющего о качестве проведения процедур)
- Обучение членов семьи основам медико-психологических и социально-медицинских знаний для проведения реабилитационных мероприятий в домашних условиях (наличие

записей в журнале «Родительская школа», опрос родителей или лиц их заменяющих о качестве проведения занятия)

-Наблюдение за состоянием здоровья: измерение температуры тела, артериального давления, осмотр на педикулез (1 раз в неделю)(соответствующие записи в тетрадях проверок на педикулез, тетради проверок температуры и стула)

- систематический контроль за санитарным состоянием Центра, содержанием территории и всех помещений, соблюдение норм и правил санитарной обработки помещений согласно СанПиН2.4.1201-03 п.(наличие записей в «Журнале контроля санитарного состояния центра (журнал «сантрук»)»)

-контроль за работой пищеблока и питанием детей, соблюдение требований СанПиН2.4.1201-03 п.3.1 (наличие своевременных записей в бракеражном журнале сырой продукции, бракеражном журнале готовых блюд, наличие сертификатов качества на продукты)

-Соблюдение требований к мытью и обработке посуды согласно СанПиН2.4.1201-03 п.3.7-3.15 (наличие инструкций и регламентов по санитарной обработке столовой посуды, отсутствие замечаний СЭС)

- проверяется наличие амбулаторных карт детей, находящихся на реабилитации в течение заезда.

3.Организация и порядок проведения внутреннего контроля качества оказания медицинских услуг.

Настоящее положение является элементом контроля деятельности отделений и сотрудников по оказанию медицинских услуг на их соответствие государственным стандартам социального обслуживания, другим нормативным документам в области социального обслуживания населения.

Эффективность системы контроля качества обеспечивается:

- 1) разработкой планов работы учреждения и его структурных подразделений по контролю качества предоставляемых услуг;
- 2) составлением графиков проверок и списка вопросов к ним;
- 3) оформлением результатов проверок;
- 4) выработкой и реализацией мероприятий по устранению выявленных недостатков.

3.1.ОРГАНИЗАЦИОННАЯ СТРУКТУРА СИСТЕМЫ КАЧЕСТВА

В учреждении действует 3-х уровневая система контроля за деятельностью подразделений и отдельных сотрудников в области качества предоставления медицинских услуг:

- 1) Система плановых проверок
- 2) Система внезапных проверок
- 3) Система самоконтроля

Наличие 3-уровневой системы контроля способствует соблюдению принципа предупреждения проблем качества услуг, профилактике возможных нарушений в области качества предоставления услуг, в случае нестандартной или конфликтной ситуации, изучению и выработке плана по улучшению оказания качества медицинских услуг.

1-й уровень. Система плановых проверок осуществляется комиссией по внутреннему контролю оказания медицинских услуг, состав которой утвержден приказом директора. Плановая проверка может использовать многофункциональный подход: тематический, фронтальный, сравнительный. Плановая проверка проводится согласно плану работы учреждения в области контроля качества.

2-й уровень. Внезапные проверки осуществляются по устному указанию директора в случае нестандартной или конфликтной ситуации. Внезапная проверка направлена на изучение ситуации и выработку плана по улучшению работы учреждения.

3-й уровень. Система самоконтроля заключается в ежедневном систематическом контроле качества услуг внутри каждого отделения.

Основными критериями проверок являются:

- соответствие предоставляемых услуг государственным стандартам и другим нормативным документам в области социального обслуживания
- соответствие предоставляемых услуг назначениям врача, прописанным в амбулаторной карте, в книжке медико-социальной реабилитации
- наличие и состояние документов на оборудование, приборы, аппаратуру медицинского и физиотерапевтического кабинетов
- хранение и выдача лекарственных препаратов, соблюдение сроков годности лекарственных средств (записи в «Журнале учета и расходования лекарственных средств»)
- наличие информации о медицинских услугах, порядке и правилах их предоставления

3.2. ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА оказания медицинских услуг.

Комиссия по внутреннему контролю качества оказания медицинских услуг возглавляется врачом-педиатром Центра, состав комиссии ежегодно утверждается приказом директора Центра.

3.2.1. Комиссия осуществляет плановую проверку еженедельно, согласно плану проверок качества работы.

Вопросы для проведения проверок разрабатываются врачом-педиатром и утверждаются директором Центра индивидуально для каждой проверки.

Конкретный список вопросов проверки с указанием сроков ее проведения вручается для ознакомления старшей медицинской сестре за один день до ее начала под роспись.

После окончания проверки комиссия по внутреннему контролю качества медицинских услуг в течение 3 дня документально оформляет результаты проверки, составляет перечень выявленных недостатков и знакомит с ним старшую медсестру под роспись.

Старшая медицинская сестра в 10-тидневный срок на основании справок и рекомендаций разрабатывает и согласовывает с директором Центра план мероприятий по устранению недостатков, с указанием ответственных лиц и сроков их выполнения.

Для повышения эффективности проверок, направленных на контроль качества выполнения услуг и их соответствие государственным стандартам, список клиентов для проведения опроса определяется путем случайного выбора (лотереи).

3.2.2. Внезапная проверка комиссией по внутреннему контролю качества медицинских услуг осуществляется для изучения ситуации и выработки плана по улучшению работы учреждения в случае нестандартной или конфликтной ситуации.

Вопросы для проведения проверок разрабатываются врачом-педиатром и утверждаются директором Центра индивидуально для каждой проверки.

Конкретный список вопросов проверки с указанием сроков ее проведения вручается для ознакомления старшей медицинской сестре за один день до ее начала под роспись.

После окончания проверки комиссия в течение 3 дней документально оформляет результаты проверки, составляет перечень выявленных недостатков и знакомит с ним старшую медсестру под роспись.

Старшая медицинская сестра в 10-тидневный срок на основании справок и рекомендаций разрабатывает и согласовывает с директором Центра план мероприятий по устранению недостатков с указанием ответственных лиц и сроков их выполнения.

Для повышения эффективности проверок, направленных на контроль качества выполнения услуг и их соответствие государственным стандартам, список клиентов для проведения опроса определяется путем случайного выбора (лотереи).

4. НОРМАТИВНО-МЕТОДИЧЕСКАЯ СИСТЕМА КАЧЕСТВА

В комплект документов учреждения, необходимый для организации работы системы контроля качества входит:

1. Приказ о создании комиссии по внутреннему контролю оказания медицинских услуг.
2. Государственные стандарты социального обслуживания. (ГОСТ Р52142 «Социальное обслуживание населения. Качество социальных услуг»)
3. Годовой план работы учреждения в области качества.
4. Графики плановых проверок.
5. Список вопросов для проведения проверки.
6. Акты о проверке качества услуг.

7. План мероприятий по устранению недостатков (если такие выявлены).
8. Журнал контроля качества.
9. Годовой анализ работы учреждения в области качества предоставления услуг.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ПОЛИТИКУ В ОБЛАСТИ КАЧЕСТВА

- 5.1. Ответственность учреждения за качество предоставляемых услуг, разработку, внедрение и контроль эффективности системы качества, за определение политики в области качества, организацию и общее руководство работами по обеспечению качества, а также за обеспечение понимания всеми сотрудниками учреждения требований системы качества несет директор Центра.
- 5.2. Ответственность за обеспечение качества медицинских услуг несет врач-педиатр и старшая медицинская сестра.
- 5.3. Ответственность за качество услуг лежит на каждом исполнителе, предоставляющем услуги клиентам центра.

