

УТВЕРЖДАЮ

Директор ООО «Дентал-Арт»

_____ В. А. Саркисян

«____» _____ 2026 г.

ПОЛОЖЕНИЕ О ВНУТРЕННЕМ КОНТРОЛЕ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Порядок организации и проведения внутреннего контроля в ООО «Дентал-Арт»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящее Положение устанавливает цели, задачи, порядок организации и проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (далее — внутренний контроль) в ООО «Дентал-Арт» (далее — Клиника).

1.2. Положение разработано в соответствии со статьями 87 и 90 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Требованиями к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, утверждёнными приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 785н, и критериями оценки качества медицинской помощи, утверждёнными приказом Минздрава России от 10.05.2017 № 203н.

1.3. Внутренний контроль распространяется на все виды медицинской деятельности Клиники, осуществляемые по всем адресам мест осуществления медицинской деятельности.

2. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ

2.1. Целью внутреннего контроля является обеспечение прав пациентов на получение медицинской помощи необходимого объёма и надлежащего качества, а также безопасности медицинской деятельности.

2.2. Задачи внутреннего контроля:

- оценка соответствия оказываемой медицинской помощи порядкам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям, стандартам медицинской помощи и критериям оценки качества;
- выявление и предупреждение нарушений и рисков, связанных с оказанием медицинской помощи;
- анализ причин выявленных нарушений и разработка мер по их устранению;
- совершенствование организации медицинской помощи и повышение удовлетворённости пациентов.

3. ОРГАНИЗАЦИЯ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ

3.1. Ответственным за организацию и проведение внутреннего контроля является директор Клиники.

3.2. Внутренний контроль проводит уполномоченное лицо или комиссия по внутреннему контролю, состав которой утверждается приказом директора. В состав комиссии включаются врачи, имеющие достаточный стаж и квалификацию. Работник не проверяет случаи, в которых сам участвовал в оказании медицинской помощи.

3.3. Директор утверждает ежегодный план проверок и обеспечивает комиссию доступом к необходимой документации.

4. ПРЕДМЕТ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ

4.1. В ходе внутреннего контроля оцениваются:

- соблюдение порядков оказания медицинской помощи по профилю «стоматология», клинических рекомендаций и критериев оценки качества медицинской помощи;
- соблюдение прав пациентов, в том числе порядка оформления информированного добровольного согласия и отказа от медицинского вмешательства, сохранения врачебной тайны;
- полнота и правильность ведения медицинской документации;
- соблюдение санитарно-эпидемиологических требований и мер профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, в том числе обработки и стерилизации инструментов;
- соблюдение требований к обращению лекарственных препаратов и медицинских изделий: сроков годности, условий хранения, учёта, а также сообщение о нежелательных реакциях в установленном порядке;
- техническое состояние, обслуживание и поверка медицинского оборудования;
- соответствие квалификации медицинских работников занимаемым должностям, наличие действующих сертификатов специалиста или свидетельств об аккредитации, своевременное повышение квалификации;
- обращения, жалобы и претензии пациентов, результаты анкетирования об удовлетворённости медицинской помощью.

5. ВИДЫ И ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ ПРОВЕРОК

5.1. Внутренний контроль проводится в форме плановых и целевых (внеплановых) проверок.

5.2. Плановые проверки проводятся в соответствии с ежегодным планом не реже одного раза в квартал. Объём проверяемых случаев лечения определяется планом проверок.

5.3. Целевые проверки проводятся в течение 10 рабочих дней:

- при поступлении жалобы или претензии пациента;
- при развитии осложнений и повторных обращениях пациента по поводу одного заболевания в течение гарантийного срока;
- при выявлении нежелательных реакций на лекарственные препараты или неблагоприятных событий при применении медицинских изделий;
- по поручению директора Клиники и по требованию контрольных (надзорных) органов.

5.4. При проверке используются экспертиза медицинской документации по критериям оценки качества, наблюдение за работой, беседа с пациентом и медицинским работником, анкетирование пациентов.

6. ОФОРМЛЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

6.1. По результатам каждой проверки составляется акт, в котором указываются дата и предмет проверки, сведения о проверяющих, выявленные нарушения, их причины и предложения по их устранению.

6.2. Результаты проверок регистрируются в журнале внутреннего контроля и доводятся до сведения работников, в отношении которых проводилась проверка.

6.3. По итогам каждого полугодия уполномоченное лицо (председатель комиссии) готовит для директора сводный отчёт о результатах внутреннего контроля и выполнении мероприятий по

устранению нарушений.

7. МЕРЫ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ

7.1. По результатам внутреннего контроля директор Клиники утверждает план мероприятий, который может включать обучение и повышение квалификации работников, изменение организации работы и внутренних процедур, замену или обслуживание оборудования, а также иные меры, направленные на предупреждение нарушений.

7.2. При выявлении обстоятельств, о которых медицинская организация обязана сообщать в уполномоченные органы, Клиника направляет такие сообщения в установленном порядке.

8. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

8.1. Положение вступает в силу со дня его утверждения директором Клиники и действует до его отмены или замены новым.

8.2. Изменения в Положение вносятся приказом директора Клиники.