

**АДМИНИСТРАЦИЯ МУНИЦИПАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
ЗАТО г. СЕВЕРОМОРСК**

П О С Т А Н О В Л Е Н И Е

от 10.01.2012 г. № 6

Об утверждении стандартов качества предоставления муниципальных услуг в сфере «здравоохранение»

На основании Федерального закона от 06.10.2003 № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации», Федерального закона от 08.05.2010 № 83-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений», в целях исполнения постановления администрации ЗАТО г.Североморск от 09.06.2011 № 439 «О стандартах качества предоставления муниципальных услуг», администрация муниципального образования ЗАТО г.Североморск

ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Утвердить прилагаемые стандарты качества предоставления муниципальных услуг в сфере «Здравоохранение» (далее – Стандарты качества):

1.1. Стандарт качества предоставления муниципальных услуг первичной медико-санитарной помощи в стационарных условиях (приложение №1);

1.2. Стандарт качества предоставления муниципальных услуг по оказанию первичной медико-санитарной помощи, специализированной помощи в амбулаторно-поликлинических условиях (приложение №2);

1.3. Стандарт качества предоставления муниципальных услуг по оказанию первичной медико-санитарной помощи в условиях дневных стационаров всех типов (приложение №3);

1.4. Стандарт качества предоставления муниципальных услуг по оказанию скорой медицинской помощи (приложение №4).

2. Главному врачу МУЗ «ЦРБ ЗАТО г.Североморск» (**Цыганенко А.К.**):

2.1. Довести настоящее постановление до сотрудников МУЗ «ЦРБ ЗАТО г.Североморск», оказывающих медицинскую помощь.

2.2. Обеспечить соблюдение установленных требований Стандарта качества сотрудниками МУЗ «ЦРБ ЗАТО г.Североморск».

3. Настоящее постановление вступает в силу со дня его официального опубликования.

4. Опубликовать настоящее постановление в газете «Североморские вести».

5. Настоящее постановление распространяется на правоотношения с 01.12.2011.

Глава администрации
муниципального образования
ЗАТО г.Североморск
В.И. Волошин

Стандарт качества предоставления муниципальных услуг первичной медико-санитарной помощи в стационарных условиях

1. Разработчик Стандарта качества предоставления муниципальных услуг в сфере «Здравоохранение» – Муниципальное учреждение здравоохранения «Центральная районная больница ЗАТО г. Североморск».

2. Область применения стандарта - настоящий стандарт распространяется на услуги в области здравоохранения, предоставляемые населению муниципальным учреждением здравоохранения – МУЗ «ЦРБ ЗАТО г. Североморск» (далее по тексту – учреждение), и устанавливает основные положения, определяющие качество предоставления следующей муниципальной услуги:

- оказание первичной медико-санитарной помощи в стационарных условиях;

3. Термины и определения, используемые в настоящем стандарте, закреплены отраслевым стандартом ОСТ 91500.01.0005 2001 «Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении», утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22.01.2001 № 12:

- медицинская деятельность – деятельность, направленная на оказание медицинских услуг;

- безопасность – отсутствие недопустимого риска, связанного с возможностью нанесения ущерба;

- требование – положение нормативного документа, содержащее критерии, которые должны быть соблюдены;

- эффективность медицинской помощи – объем медицинской помощи, при которой соответствующий тип медицинского обслуживания и помощи достигает своей цели - улучшения состояния пациента;

- медицинские работники – сотрудники учреждения, имеющие непосредственное отношение к оказанию медицинских услуг;

- пациент – потребитель медицинской услуги, обращающийся в учреждение или к медицинскому работнику за медицинской помощью.

4. Нормативные правовые акты, регламентирующие качество услуги.

Настоящий стандарт качества разработан и действует в соответствии с:

- Конституцией Российской Федерации;

- Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22.07.1993 № 5487-1 (ред. от 18.07.2011);

- Федеральный закон Российской Федерации от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» (ред. от 29.11.2010);

- Федеральным законом от 24.07.1998 № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» (ред. от 09.12.2010);

- Федеральным законом от 17.07.1999 № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» (ред. от 01.07.2011);

- Федеральный закон от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» (ред. от 19.10.2011, с изм. от 21.22.2011);

- Федеральным законом от 06.10.2003 № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» (ред. от 21.11.2011);

- Федеральным законом от 02.05.2006 № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации» (ред. от 27.07.2010);
- постановлением Правительства Российской Федерации от 13.01.1996 № 27 «Об утверждении Правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями»;
- приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 29.07.2005 № 487 «Об утверждении Порядка организации оказания первичной медико-санитарной помощи»;
- приказом комитета по здравоохранению Мурманской области от 22.07.2005 №390 «О госпитализации в стационары Мурманской области».

5. Наименование услуги.

Оказание первичной медико-санитарной помощи в стационарных условиях.

6. Содержание услуги.

Медицинская помощь предоставляется в учреждении, имеющем лицензию на соответствующий вид деятельности, в соответствующих структурных подразделениях в случаях плановой или экстренной госпитализации, требующих применения интенсивных методов диагностики и лечения, круглосуточного медицинского наблюдения и (или) изоляции, в том числе по эпидемиологическим показаниям:

- при заболеваниях, в том числе острых, и при обострениях хронических болезней, отравлениях и травмах;
- при патологии беременности, родах и абортах;
- в период новорожденности.

7. Единица измерения услуги:

- количество пациентов в год
- количество койко-дней в год

7.1. Срок предоставления услуги зависит от тяжести и вида заболевания.

8. Порядок получения доступа к услуге.

8.1. Получатель услуги – физические лица.

В соответствии с Территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Мурманской области бесплатной медицинской помощи медицинская помощь оказывается гражданам Российской Федерации, иностранным гражданам, лицам без гражданства при предоставлении:

Для детей до 14 лет:

- свидетельство о рождении ребенка
- действующий полис обязательного медицинского страхования (далее– ОМС)
- паспорт (иной документ, удостоверяющий личность) одного из родителей (законного представителя) с регистрацией по месту жительства
- согласие на обработку персональных данных (заполняется при первом обращении в АПП)

Для детей старше 14 лет и взрослых:

- действующий полис ОМС
- паспорт (иной документ, удостоверяющий личность) с регистрацией по месту жительства;
- согласие на обработку персональных данных (заполняется при первом обращении в АПП)

Лицам, не имеющим вышеуказанных документов или имеющим документы, оформленные ненадлежащим образом, оказывается только экстренная и неотложная помощь по жизненным показаниям.

8.2. В стационар с круглосуточным пребыванием госпитализируются пациенты, нуждающиеся в круглосуточном наблюдении медицинским персоналом, проведением интенсивной терапии, осуществлении изоляции по эпидемическим

показаниям. Госпитализация в стационар осуществляется при наличии медицинских показаний по:

- направлению врача лечебно-профилактического учреждения;
- скорой медицинской помощи;
- при самостоятельном обращении больного (экстренные показания).

8.3. При оказании услуг гражданам в стационарных условиях используются возможности лечебно-диагностической базы учреждения для необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий.

9. Требования к качеству услуг по оказанию стационарной медицинской помощи.

Качество услуг по оказанию медицинской помощи гражданам в стационарных условиях, исходя из числа выбывших больных и числа койко-дней, проведенных больными в учреждениях.

Своевременность и качество оказания медицинской помощи в условиях стационаров напрямую влияют на количество выбывших больных.

Медицинская помощь должна оказываться в отделениях в соответствии с профилем заболевания.

Выполнение лечебно-диагностических мероприятий должно осуществляться в соответствии с утвержденными клинико-экономическими стандартами.

Пациенты размещаются по палатам до 6 мест. При отсутствии мест допускается (на срок не более 1 суток) размещение больных вне палаты (коридорная госпитализация).

При наличии медицинских показаний госпитализация детей проводится совместно с лицом, осуществляющим уход (одним из родителей или иным законным представителем).

Проведение лечебно-диагностических манипуляций, лекарственное обеспечение начинаются с момента поступления в стационар, оказываются в соответствии с утвержденными формализованными протоколами ведения больных. Пациенты и лица, осуществляющие уход за детьми до одного года, обеспечиваются лечебным питанием.

Организация обследования пациентов в стационаре должна обеспечивать точность и быстроту диагностирования заболевания. При этом должно обеспечиваться посещение пациентом соответствующих специалистов и сбор всех документов, необходимых для установки диагноза.

Качество диагностических процедур должно определяться быстротой и точностью установления диагноза, что способствует выявлению заболеваний на ранних стадиях, их быстрому лечению и восстановлению здоровья пациентов.

Организация диагностических мероприятий должна обеспечивать наличие необходимого диагностического оборудования (по проведению рентгенологического, ультразвукового, лабораторного, функционального, бактериологического и других исследований).

Организация помощи в период установления диагноза заключается в правильном выборе и получении лекарств, порядке их приема до установления окончательного диагноза. Пациентам необходимо проводить разъяснения о пагубности вредных привычек (употребление алкоголя, наркотиков, курения и так далее), которые усугубляют выявляющиеся заболевания, давать необходимые рекомендации по предупреждению или преодолению их.

Обеспечение ухода за пациентами в стационарных учреждениях с учетом состояния здоровья должно включать в себя такие услуги, как наблюдение (готовность в любой момент прийти на помощь), проведение медицинских процедур, выдача лекарств, в соответствии с назначением лечащих врачей, оказание помощи в передвижении (при необходимости) и в других действиях пациента. Должен быть обеспечен необходимый запас медикаментов и препаратов для оказания медицинских процедур.

Проведение медицинских процедур (измерение температуры тела, артериального давления, наложение компрессов, перевязок, обработка пролежней, раневых поверхностей, очистительные клизмы и другие) и оказание помощи при выполнении других процедур (прием, внутреннее введение лекарств, закапывание капель, пользование катетерами и другие) должны осуществляться с максимальной аккуратностью и осторожностью без причинения вреда пациентам, с обязательным оформлением добровольного информированного согласия.

Услуги по оказанию медицинской помощи в стационарных условиях должны обеспечиваться необходимым количеством медицинского (врачи, фельдшеры, медицинские сестры и так далее) и вспомогательного персонала. Максимальная внимательность, аккуратность и осторожность лечащих врачей к клиентам должна обеспечивать недопущение врачебных ошибок.

Содействие в оказании медицинской помощи в стационарных условиях должно обеспечивать необходимое время для лечения пациентов лечащим врачом (достаточное количество времени для ежедневного обследования больного), необходимый уход и чуткое обращение со стороны медперсонала, что должно способствовать более быстрому выздоровлению клиентов. Услуги лечебно-вспомогательных отделений (кабинетов) должны обеспечивать получение пациентами назначенных им процедур с учетом характера заболевания, медицинских показаний, физического состояния пациентов. Должна быть обеспечена своевременность и максимальная непрерывность получения услуги в соответствии с предписанием лечащего врача.

Оказание услуги должно производиться в индивидуальном порядке в комфортных для пациента условиях. При необходимости место оказания услуг должно быть ограждено от посторонних глаз.

Уход за лежащими больными должен обеспечивать выполнение необходимых процедур без причинения какого-либо вреда их здоровью, физических или моральных страданий и неудобств.

Оказание помощи пациентам, нуждающимся в операции, должно обеспечивать все необходимые мероприятия, начиная с подготовки больного к операции (его обследование, необходимость назначения препаратов для улучшения показателей здоровья, необходимых для проведения операции, проверка на переносимость к анестезии). Проведение самой операции должно происходить в соответствующих санитарным нормам и правилам условиях и в необходимом для каждой операции составе медперсонала. Мероприятия в послеоперационный период должны включать в себя повышенный уход за пациентом по сравнению с другими, своевременное оказание помощи по обезболиванию, проведению процедур, перевязок и других мероприятий, необходимых для скорейшего выздоровления.

Питание в стационаре должно быть полноценным, в зависимости от заболевания. Блюда должны быть приготовлены из доброкачественных продуктов, удовлетворять потребности пациентов по калорийности, соответствовать установленным нормам питания и санитарно – гигиеническим требованиям.

Социально - бытовые условия пребывания пациентов в стационаре должны обеспечивать определенную комфортность, которая заключается в непричинении неудобств пациентам. Мебель и постельные принадлежности должны быть удобными в пользовании, подобранными с учетом физического состояния клиентов. Для пациентов при необходимости должна быть предоставлена одежда, обувь, нательное белье, которые должны быть удобны в носке, соответствовать размерам пациентов, а также отвечать санитарно-гигиеническим нормам и требованиям.

Помещения для физиотерапевтических услуг, услуг по массажу, лечебной физкультуре, по размерам, расположению и конфигурации должны обеспечивать проведение в них указанных услуг с учетом специфики обслуживаемого контингента.

Помещения должны быть оснащены необходимым специальным оборудованием, инвентарем, находящимся в исправном состоянии и должны соответствовать установленным санитарно-гигиеническим нормам.

В стационарах должны быть отведены помещения для посещения пациентов родственниками и предусмотрены удобные графики для этого.

При оказании услуг гражданам в стационарных условиях используются возможности лечебно-диагностической базы учреждения с обеспечением необходимых диагностических, лечебных, реабилитационных мероприятий, ухода со стороны среднего медицинского персонала.

После прекращения пребывания пациента в стационаре выписка из его истории болезни должна быть передана в поликлинику по месту регистрации. Пациент может быть ознакомлен с медицинской документацией и получить копию по личному заявлению.

10. Основные факторы, влияющие на качество предоставления муниципальной услуги

На качество предоставления муниципальных услуг влияют факторы:

- наличие и состояние документов, в соответствии с которыми функционирует учреждение;

- условия размещения учреждения;

- организационно-технические условия и материально-техническое оснащение учреждения (медицинское, технологическое и прочее оборудование);

- укомплектованность учреждения специалистами и их квалификация;

- особенности информационного сопровождения деятельности учреждения, предоставляющего услугу;

- наличие ведомственной и вневедомственной систем контроля качества оказания медицинской помощи;

- соответствие клинко-экономическим стандартам оказания медицинской помощи.

10.1. Документы, в соответствии с которыми функционирует учреждение:

10.1.1. Устав учреждения - является основным, организационным документом, регламентирующим деятельность учреждения и должен включать в себя следующие сведения:

• предназначение учреждения;

• порядок формирования деятельности, реорганизации и ликвидации;

• юридический статус (организационно-правовая форма и форма собственности);

• ведомственная принадлежность и подчиненность;

• основные задачи деятельности, категории обслуживаемых лиц;

• структурные подразделения учреждения, основные направления их деятельности, объем и порядок предоставления ими услуг в соответствии с государственными, региональными (в случае их утверждения) или муниципальными стандартами в области здравоохранения.

10.1.2. Лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложениями;

10.1.3. Лицензии на фармацевтическую деятельность, деятельность, связанную с оборотом наркотических средств и психотропных веществ с приложениями, а также других лицензий, необходимых для деятельности медицинских учреждений в соответствии с действующей нормативной базой.

10.1.4. Приказы, решения, правила, инструкции, методики, положения, определяющие способы предоставления услуг и контроля их качества, предусматривающие меры совершенствования работы медицинского учреждения.

Основными Положениями являются:

• положение о системе ведомственного контроля качества;

- положение о врачебной комиссии, утверждаемое приказом руководителя учреждения;
- положение о порядке предоставления платных услуг, утверждаемое приказом руководителя учреждения.

10.1.5. Эксплуатационные документы на медицинское оборудование, приборы и аппаратуру;

10.1.6. Государственные, региональные и муниципальные стандарты в области здравоохранения.

10.2. Условия размещения и режим работы учреждений.

Учреждение должно размещаться в специально предназначенных зданиях и помещениях, доступных для населения.

Площадь, занимаемая учреждением, должна обеспечивать размещение работников и населения и предоставление им услуг в соответствии с санитарными правилами и нормами.

По площади и техническому состоянию помещения должны отвечать требованиям противопожарной безопасности, безопасности труда и быть защищены от воздействия факторов, отрицательно влияющих на качество предоставляемых услуг (повышенная температура воздуха, влажность воздуха, запыленность, загрязненность, шум, вибрация и так далее) и должна быть оснащена необходимым специальным оборудованием и инструментом.

10.3. Техническое оснащение учреждения.

Каждое подразделение должно быть оснащено медицинским, технологическим и прочим оборудованием, отвечающим требованиям стандартов и обеспечивающим надлежащее качество предоставляемых услуг.

Оборудование, приборы и аппаратуру следует использовать строго по назначению в соответствии с эксплуатационными документами, содержать в технически исправном состоянии, которое следует систематически проверять.

10.4. Укомплектованность учреждения кадрами и их квалификация.

Учреждение должно располагать необходимым числом специалистов в соответствии со штатным расписанием.

Каждый медицинский работник должен иметь соответствующее образование, сертификат, квалификацию, профессиональную подготовку, обладать знаниями и опытом, необходимыми для выполнения возложенных на него обязанностей. Квалификацию медицинских работников следует поддерживать на высоком уровне постоянной (не реже 1 раза в 5 лет) учебой на курсах переподготовки и повышения квалификации, проведением конференций, семинаров, разборов сложных случаев и выявленной дефектуры.

У каждого медицинского работника должны быть должностные инструкции, устанавливающие их обязанности и права.

10.5. Особенности информационного сопровождения деятельности учреждения:

10.5.1. Учреждение обеспечивает граждан бесплатной, доступной и достоверной информацией, включающей в себя сведения о наименовании учреждения и его местонахождении (месте государственной регистрации), режиме работы, перечне основных видов медицинской помощи, предоставляемых учреждением.

10.5.2. Пациент имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

10.5.3. В каждом АПП Учреждения в общедоступных местах на информационных стендах размещаются сведения:

- режим работы;

- виды медицинской помощи, оказываемой бесплатно в рамках Программы государственных гарантий на текущий год;
- перечень оказываемых платных услуг и их стоимость;
- условия предоставления и получения платных услуг;
- перечень специалистов, ведущих прием;
- перечень категорий лиц, имеющих право на обслуживание вне очереди;
- перечень необходимых документов для оказания медицинской помощи в данном медицинском учреждении и при направлении на консультацию в другие медицинские учреждения.

Сведения о графике работы Учреждения сообщаются по телефону (регистратура), а также размещаются на вывесках при входе в здания.

Информирование о порядке предоставления Услуги осуществляется должностными лицами Учреждения, ответственными за организацию медицинской помощи.

Информирование осуществляется в виде:

- устного консультирования;
- письменного консультирования.

Информирование осуществляется с использованием:

- средств телефонной связи;
- средств почтовой связи;
- электронной почты;
- средств массовой информации;
- печатных информационных материалов;
- информационных стендов.

Режим работы Учреждения устанавливается в соответствии с требованиями Трудового кодекса Российской Федерации и правилами внутреннего трудового распорядка, с учетом специфики предоставления конкретных видов муниципальных услуг и типа учреждения.

11. Контроль качества оказания муниципальной услуги

11.1. Наличие внутренней и внешней систем контроля за деятельностью учреждения:

11.1.1. Внутренний (ведомственный) контроль качества оказания медицинской помощи осуществляется должностными лицами учреждения, врачебными комиссиями.

11.1.2. Внешний (вневедомственный) контроль осуществляют страховые медицинские организации, областной Территориальный фонд ОМС, территориальный орган социального страхования РФ.

11.2. При оценке качества услуг используются следующие критерии:

- своевременность предоставления;
- соответствие оказываемой медицинской помощи медико-экономическим стандартам;
- объем оказания медицинской помощи;
- отсутствие обоснованных жалоб.

Текущий контроль за соблюдением и исполнением должностными лицами, ответственными за предоставление Услуги, также принятием решений вышеуказанными лицами, осуществляют заведующие отделениями, заместители главного врача по городской, детской, стоматологической поликлиникам, заместитель главного врача по медицинской части.

В лечебных учреждениях проводятся плановые проверки полноты и качества предоставления Услуги в том числе:

- путем реализации системы ведомственного многоуровневого контроля качества в учреждении (заместитель главного врача по лечебной работе, зав. отделением);

- контроль качества оказания медицинской помощи в рамках переданных полномочий в субъекты Российской Федерации по лицензированию;
- контроль за соблюдением законодательства при оказании платных медицинских услуг, определенных Программой государственных гарантий;
- комплексные проверки учреждений здравоохранения.

Порядок и периодичность осуществления плановых и внеплановых проверок полноты и качества исполнения предоставления Услуги, в том числе порядок и формы контроля за полнотой и качеством предоставления Услуги осуществляется согласно плану проверок или по мере поступления претензий.

Перечень решений, которые могут быть приняты по итогам оценки фактического качества оказания муниципальной услуги:

- оформление по итогам проверки справки/акта/предписания с указанием выявленных нарушений и сроков их устранения с предоставлением в управление здравоохранения письменного уведомления об исполнении (при необходимости с приложением подтверждающих документов);
- организация внеплановой проверки для контроля устранения выявленных нарушений;
- оказание дополнительной организационно-методической помощи учреждению здравоохранения;
- применение мер дисциплинарного воздействия к руководителю муниципального учреждения здравоохранения;
- материалы проверок, проведенных в рамках реализации переданных полномочий по контролю качества оказания медицинской помощи, могут быть направлены в правоохранительные органы.

11.3. Ответственность за качество оказания медицинских услуг.

В учреждении должно быть назначено лицо, ответственное за качество предоставления медицинских услуг. За решения, принимаемые (осуществляемые) в ходе предоставления Услуги, и действия (бездействия), осуществляемые в ходе предоставления Услуги, должностные лица, ответственные за предоставление Услуги, несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации. Руководитель учреждения несет полную ответственность за соблюдение настоящего Стандарта и определяет основные цели, задачи и направления деятельности учреждения в области совершенствования качества предоставляемых услуг.

11.4. Качественную медицинскую помощь характеризуют:

- доступность, безопасность, адекватность и эффективность медицинской помощи;
- обоснованность применяемых медицинских технологий (выполнение медицинского процесса);
- отсутствие врачебных ошибок и нарушений технологии оказания медицинской помощи;
- оптимальность использования ресурсов учреждения;
- удовлетворенность больного медицинским обслуживанием.

11.5. Требования к технологии оказания услуг.

Получателю услуги предоставляется право доступа к:

- перечню документов, необходимых для получения муниципальной услуги;
- составу и последовательности действий получателя муниципальной услуги и учреждения;
- объему и содержанию услуги, включая удельные показатели объема услуги на одного потенциального потребителя услуги;
- сроку оказания муниципальной услуги, а также к срокам на совершение действий (принятие решений) в процессе оказания муниципальной услуги, срокам ожидания получения услуги после оформления соответствующего запроса;

- очередности предоставления муниципальной услуги (совершению действий и принятию решений) в случае превышения спроса на муниципальную услугу над возможностью ее предоставления без ожидания, в том числе к срокам и условиям ожидания оказания данной услуги;

- результатам, который должен получить получатель муниципальной услуги.

11.6. Проверка исполнения стандарта контролируется ответственными должностными лицами в ходе оценки соответствия фактически предоставленных услуг стандарту.

По результатам оценки применяются:

- стимулирующие меры административного и финансового характера в отношении руководителей подразделений, предоставляющих муниципальные услуги;

- дисциплинарные меры в отношении руководителей подразделений, предоставляющих муниципальные услуги.

12. Порядок обжалования действий (бездействий) исполнителя и ответственных должностных лиц, оказывающих муниципальную услугу

12.1. Общие положения.

12.1.1. Обжаловать нарушение требований настоящего стандарта качества муниципальной услуги может любое лицо, являющееся потребителем муниципальной услуги. За несовершеннолетних лиц обжаловать нарушение настоящего стандарта могут родители (законные представители).

12.1.2. Правозащитные организации могут представлять интересы вышеуказанных лиц.

12.1.3. Лицо, подающее жалобу на нарушение требований стандарта качества муниципальной услуги (далее - заявитель) при условии его дееспособности, может обжаловать нарушение настоящего стандарта следующими способами:

1) указание на нарушение требований стандарта сотруднику учреждения;

2) жалоба на нарушение требований стандарта должностному лицу учреждения;

3) жалоба на нарушение требований стандарта в администрацию ЗАТО города Североморска;

4) обращение в суд.

12.2. Указание на нарушение требований стандарта сотруднику учреждения.

12.2.1. При выявлении нарушения требований, установленных настоящим стандартом, заявитель вправе указать на это сотруднику учреждения, с целью незамедлительного устранения нарушения и (или) получения извинений в случае, когда нарушение требований стандарта было допущено непосредственно по отношению к заявителю (лицу, которого он представляет).

12.2.2. При невозможности, отказе или неспособности сотрудника учреждения, устранить допущенное нарушение требований стандарта и (или) принести извинения, заявитель может использовать иные способы обжалования.

Обжалование в форме указания на нарушение требований стандарта сотруднику учреждения, не является обязательным для использования иных, предусмотренных настоящим стандартом, способов обжалования.

12.3. Жалоба на нарушение требований стандарта должностному лицу учреждения.

12.3.1. При выявлении нарушения требований, установленных настоящим стандартом, заявитель может обратиться с жалобой на допущенное нарушение к должностному лицу учреждения.

12.3.2. Обращение заявителя с жалобой к должностному лицу организации учреждения, может быть осуществлено в письменной или устной форме. Учреждение не вправе требовать от заявителя подачи жалобы в письменной форме.

12.3.3. Должностное лицо учреждения, при приеме жалобы заявителя может совершить одно из следующих действий:

а) принять меры по установлению факта нарушения требований стандарта и удовлетворению требований заявителя;

б) аргументировано отказать заявителю в удовлетворении его требований.

12.3.4. Должностное лицо учреждения, может отказать заявителю в удовлетворении его требований в случае несоответствия предъявляемых требований требованиям настоящего стандарта, при наличии оснований для того, чтобы считать жалобу заявителя безосновательной, в случае несоответствия срокам, указанным в пункте 4.4. настоящего раздела, а также по иным причинам.

В случае аргументированного отказа, по просьбе заявителя учреждение, должно в день подачи жалобы предоставить официальное письмо, содержащее следующую информацию:

- фамилия имя отчество заявителя;
- фамилия имя отчество лица, которого он представляет;
- адрес проживания заявителя;
- контактный телефон;
- наименование учреждения, принявшего жалобу;
- содержание жалобы заявителя;
- дата и время фиксации нарушения заявителем;
- причины отказа в удовлетворении требований заявителя.

12.3.5. При личном обращении заявителя с жалобой с целью установления факта нарушения требований стандарта и удовлетворения требований заявителя (полного или частичного), должностное лицо учреждения, должен совершить следующие действия:

12.3.5.1. Совместно с заявителем и при его помощи удостовериться в наличии факта нарушения требований стандарта (в случае возможности его фиксации на момент подачи жалобы заявителем).

12.3.5.2. Совместно с заявителем и при его помощи установить сотрудников, которые, по мнению заявителя, ответственны за нарушение требований стандарта (в случае персонального нарушения требований стандарта).

12.3.5.3. По возможности организовать устранение зафиксированного нарушения требований стандарта в присутствии заявителя.

12.3.5.4. Принести извинения заявителю от имени учреждения за имевший место факт нарушения требований стандарта, допущенный непосредственно по отношению к заявителю (лицу, которое он представляет) в случае, если такое нарушение имело место и должностное лицо не считает для этого целесообразным проведение дополнительных служебных расследований.

12.3.5.5. В случае удовлетворения всех требований заявителя, действия, указанные в пунктах 12.3.5.6-12.3.5.12 настоящего раздела не осуществляются.

12.3.5.6. Если требования заявителя не были полностью удовлетворены, по требованию заявителя предоставить ему расписку в получении жалобы. Расписка должна содержать следующую информацию:

- фамилия имя отчество заявителя;
- фамилия имя отчество лица, которого он представляет;
- адрес проживания заявителя;
- контактный телефон;
- наименование учреждения, принявшего жалобу;
- содержание жалобы заявителя;
- дата и время фиксации нарушения заявителем;
- факты нарушения требований стандарта, совместно зафиксированные заявителем и ответственным сотрудником учреждения;
- лицо, допустившее нарушение требований стандарта (при персональном нарушении) – по данным заявителя, либо согласованные данные;

- нарушения требований стандарта, устраненные непосредственно в присутствии заявителя;

- подпись должностного лица;

- печать организации;

- подпись заявителя, удостоверяющая верность указанных данных.

12.3.5.7. Провести служебное расследование с целью установления фактов нарушения требований стандарта, обозначенных заявителем, и ответственных за это сотрудников.

12.3.5.8. Устранить нарушения требований стандарта, зафиксированные совместно с заявителем.

12.3.6.9. Применить дисциплинарные взыскания к сотрудникам, ответственным за допущенные нарушения требований стандарта.

12.3.5.10. Обеспечить в течение не более 15 дней после подачи жалобы уведомление заявителя (лично или по телефону) о предпринятых мерах, в том числе:

- об устранении зафиксированных в жалобе нарушений (с перечислением устраненных нарушений);

- о примененных дисциплинарных взысканиях в отношении конкретных сотрудников (с указанием конкретных мер и сотрудников);

- об отказе в удовлетворении требований заявителя (в том числе в применении дисциплинарных взысканий в отношении конкретных сотрудников с аргументацией отказа).

12.3.5.11. По просьбе заявителя в течение 3 дней со дня уведомления предоставить ему в виде официального письма информацию, о которой заявитель был уведомлен в соответствии с пункте 12.3.6.10 настоящего раздела.

12.3.5.12. Принести извинения заявителю (лицу, в отношении которого было допущено нарушение требований стандарта) от имени организации за имевший место факт нарушения требований стандарта, допущенный непосредственно по отношению к заявителю (лицу, которое он представляет) в случае, если такие извинения не были принесены ранее.

12.3.6. В случае отказа учреждения, от удовлетворения отдельных требований заявителя, либо в случае нарушения сроков, указанных в пунктах 12.3.6.10-12.3.6.11 настоящего раздела, заявитель может использовать иные способы обжалования.

Жалоба на нарушение требований стандарта должностному лицу учреждения, не является обязательной для использования иных, предусмотренных настоящим Стандартом, способов обжалования.

12.4. Порядок осуществления проверочных действий в случае подачи жалобы на нарушение требований стандарта в администрацию ЗАТО города Североморска.

12.4.1. При выявлении нарушения требований, установленных настоящим стандартом, заявитель может обратиться с жалобой на допущенное нарушение в администрацию ЗАТО города Североморска на имя главы администрации города.

12.4.2. Подача и рассмотрение жалобы в администрации ЗАТО города Североморска осуществляются в порядке, установленном Федеральным законом от 02.05.2006

№ 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации».

12.4.3. Проверочные действия с целью установления факта нарушения отдельных требований стандарта (далее – проверочных действий) осуществляет ответственное подразделение, за исключением случаев, когда обжалуются действия (бездействие) данного подразделения.

12.4.4. Заявителю может быть отказано в осуществлении проверочных действий в соответствии с установленным настоящим стандартом порядком в следующих случаях:

- предоставление заявителем заведомо ложных сведений;

- содержание жалобы не относится к требованиям настоящего стандарта.

Отказ в осуществлении проверочных действий по иным основаниям не допускается.

В случае отказа в осуществлении проверочных действий в ответе заявителю в обязательном порядке должны быть указаны причины этого отказа.

12.4.5. Если в жалобе обжалуются действия (бездействие) ответственного подразделения, проверочные действия осуществляются в форме служебной проверки в соответствии с регламентом;

В иных случаях проверочные действия осуществляются в соответствии с п.п. 12.4.6-12.4.11.

12.4.6. Факт нарушения отдельных требований стандарта, на который было указано в жалобе заявителя, должен быть установлен в течение 25 дней с момента регистрации жалобы.

12.4.7. Ответственное структурное подразделение может осуществить проверочные действия:

а) посредством поручения руководителю подведомственной организации, жалоба на которую была подана заявителем, установить факт нарушения отдельных требований стандарта и выявить ответственных за это сотрудников;

б) собственными силами.

Осуществление проверочных действий по жалобам, содержащим указание на наличие официального отказа учреждения, от удовлетворения требований заявителя, либо на действие (бездействие) руководителя оказывающего услугу учреждения осуществляется исключительно в соответствии с подпунктом «б» настоящего пункта.

Установление факта нарушения требований стандарта в соответствии с пунктом «а» настоящего пункта может осуществляться только администрацией ЗАТО города Североморска.

12.4.8. Установление факта нарушения требований стандарта силами организации, оказывающей услугу, осуществляется посредством проведения руководителем данной организации проверки и/или служебного расследования по содержанию поступившей жалобы.

Сроки установления факта нарушения требований стандарта учреждением, определяются в соответствии с поручением ответственного подразделения администрации ЗАТО города Североморска.

По результатам проведения проверки и/или служебного расследования руководитель учреждения:

- устраняет выявленные нарушения требований стандарта, на которые было указано в жалобе заявителя;

- привлекает сотрудников, признанных виновными за нарушение требований стандарта, к ответственности;

- представляет ответственному подразделению отчет об установленных и неустановленных фактах нарушения отдельных требований настоящего стандарта с указанием действий, предпринятых руководителем в части устранения нарушения требований стандарта и наказания ответственных сотрудников учреждения.

На основании данных отчета ответственное подразделение может провести проверочные действия по соответствующей жалобе самостоятельно в случае возникновения сомнений в достоверности результатов представленного отчета.

12.4.9. С целью установления факта нарушения требований стандарта ответственным подразделением вправе:

- использовать подтверждающие материалы, представленные заявителем;

- привлекать заявителя с целью установления факта нарушения;

- проводить опросы свидетелей факта нарушения отдельных требований стандарта (при их согласии);

- проверить текущее выполнение требований настоящего стандарта, на нарушение которых было указано в жалобе заявителя;
- осуществлять иные действия, способствующие установлению факта нарушения стандарта.

Выявление в ходе проведения проверки текущего несоблюдения требований настоящего Стандарта, на нарушение которых было указано в жалобе, является достаточным основанием для установления факта нарушения требований стандарта в соответствии с жалобой заявителя.

12.4.10. По результатам осуществленных проверочных действий ответственное подразделение:

а) готовит соответствующий акт проверки учреждения, допустившего нарушение стандарта;

б) обеспечивает применение мер ответственности к учреждению, ее руководителю.

12.4.11. В сроки, установленные Федеральным законом от 02.05.2006 № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации» для рассмотрения обращений граждан, но не позднее 30 дней с момента регистрации жалобы, на имя заявителя должно быть направлено официальное письмо, содержащее следующую информацию:

- установленные факты нарушения требований стандарта, о которых было сообщено заявителем;

- неустановленные факты нарушения требований стандарта, о которых было сообщено заявителем;

- принятые меры ответственности в отношении учреждения, и отдельных сотрудников данного учреждения;

- принесение от имени учреждения извинений в связи с имевшим место фактом нарушения отдельных требований стандарта (в случае установления фактов нарушения требований стандарта);

- о передаче материалов жалобы и результатов осуществления проверочных действий в органы государственной власти;

- иную информацию в соответствии с федеральным законом, регулирующим порядок рассмотрения обращений граждан.

12.5. Особенности обжалования нарушения стандарта несовершеннолетними:

12.5.1. При подаче жалобы должностному лицу организации, оказывающей услугу, жалоба подается в устной и (или) письменной форме.

12.5.2. Должностное лицо организации, оказывающей услугу, должно уведомить родителей (законных представителей) заявителя о факте подачи жалобы и принятом им решении.

12.5.3. Расписка в получении жалобы, поданной должностному лицу организации, оказывающей услугу, не предоставляется.

13. Ответственность за нарушение требований стандарта качества оказания муниципальной услуги

13.1. Ответственность сотрудников учреждения.

Меры ответственности за нарушение требований стандарта к сотрудникам учреждения, устанавливаются руководителем данного учреждения в соответствии с внутренними документами учреждения и требованиями настоящего Стандарта.

13.2. Ответственность за нарушение требований стандарта руководителя учреждения.

К ответственности за нарушение требований стандарта могут быть привлечены только руководители учреждения по результатам установления имевшего место факта нарушения требований стандарта в результате проверочных действий ответственного структурного подразделения или судебного решения.

Меры ответственности за нарушение требований стандарта к руководителю учреждения определяются администрацией ЗАТО города Североморска.

**Стандарт качества предоставления муниципальной услуги по оказанию
первичной медико-санитарной помощи, специализированной помощи в
амбулаторно-поликлинических условиях**

1. Разработчик Стандарта качества предоставления муниципальных услуг в сфере «Здравоохранение» – Муниципальное учреждение здравоохранения «Центральная районная больница ЗАТО г.Североморск».

2. Область применения стандарта - настоящий стандарт распространяется на услуги в области здравоохранения, предоставляемые населению муниципальным учреждением здравоохранения – МУЗ «ЦРБ ЗАТО г.Североморск» (далее по тексту – учреждение), и устанавливает основные положения, определяющие качество предоставления следующей муниципальной услуги:

- оказание первичной медико-санитарной помощи, специализированной помощи в амбулаторно-поликлинических условиях;

3. Термины и определения, используемые в настоящем стандарте, закреплены отраслевым стандартом ОСТ 91500.01.0005 2001 «Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении», утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22.01.2001 № 12:

- медицинская деятельность – деятельность, направленная на оказание медицинских услуг;

- безопасность – отсутствие недопустимого риска, связанного с возможностью нанесения ущерба;

- требование – положение нормативного документа, содержащее критерии, которые должны быть соблюдены;

- эффективность медицинской помощи – объем медицинской помощи, при которой соответствующий тип медицинского обслуживания и помощи достигает своей цели - улучшения состояния пациента;

- медицинские работники – сотрудники учреждения, имеющие непосредственное отношение к оказанию медицинских услуг;

- пациент – потребитель медицинской услуги, обращающийся в учреждение или к медицинскому работнику за медицинской помощью.

4. Нормативные правовые акты, регламентирующие качество услуги.

Настоящий стандарт качества разработан и действует в соответствии с:

- Конституцией Российской Федерации;

- Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22.07.1993 № 5487-1 (ред. от 18.07.2011);

- Федеральный закон Российской Федерации от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» (ред. от 29.11.2010);

- Федеральным законом от 24.07.1998 № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» (ред. от 09.12.2010);

- Федеральным законом от 17.07.1999 № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» (ред. от 01.07.2011);

- Федеральный закон от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» (ред. от 19.10.2011, с изм. от 21.22.2011);

- Федеральным законом от 06.10.2003 № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» (ред. от 21.11.2011);
- Федеральным законом от 02.05.2006 № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации» (ред. от 27.07.2010);
- постановлением Правительства Российской Федерации от 13.01.1996 № 27 «Об утверждении Правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями»;
- приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 29.07.2005 № 487 «Об утверждении Порядка организации оказания первичной медико-санитарной помощи»;
- приказом комитета по здравоохранению Мурманской области от 22.07.2005 №390 «О госпитализации в стационары Мурманской области».

5. Наименование услуги.

Оказание первичной медико-санитарной помощи, специализированной помощи в амбулаторно-поликлинических условиях.

Оказание первичной медико-санитарной помощи, специализированной помощи в амбулаторно-поликлинических условиях включает в себя лечение наиболее распространенных болезней, а также травм, отравлений и других, требующих неотложной помощи состояний, медицинскую профилактику заболеваний, осуществление мероприятий по проведению профилактических прививок, профилактических осмотров, диспансерного наблюдения здоровых детей, лиц с хроническими заболеваниями, а также по предупреждению абортов, прерывание беременности в ранние сроки (мини-аборты), дородовой и послеродовой патронаж, санитарно-гигиеническое просвещение граждан и проведение других мероприятий, связанных с оказанием амбулаторной помощи гражданам по месту жительства.

6. Содержание услуги.

В содержание услуги входит:

- оказание первой (доврачебной, врачебной) и неотложной медицинской помощи больным при острых заболеваниях, травмах и других неотложных состояниях;
- проведение профилактических мероприятий по предупреждению и снижению заболеваемости, абортов, выявление ранних и скрытых форм заболеваний, социально значимых болезней и факторов риска;
- диагностику и лечение различных заболеваний и состояний;
- восстановительное лечение;
- экспертизу временной нетрудоспособности;
- диспансерное наблюдение больных, в том числе отдельных категорий граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг;
- диспансеризацию беременных женщин, родильниц;
- диспансеризацию здоровых и больных детей;
- динамическое медицинское наблюдение за ростом и развитием ребенка;
- организацию дополнительной бесплатной медицинской помощи отдельным категориям граждан, в том числе обеспечение необходимыми лекарственными средствами;
- установление медицинских показаний и направление в учреждения государственной системы здравоохранения для получения специализированных видов помощи;
- врачебную консультацию и профориентацию;
- установление показаний и направление в бюро медико-социальной экспертизы;
- установление показаний и направление на санаторно-курортное лечение;
- проведение санитарно - гигиенических и противоэпидемических мероприятий;
- вакцинопрофилактика;

- осуществление санитарно - гигиенического образования, в том числе по вопросам формирования здорового образа жизни.

Гарантированный объем и виды бесплатной медицинской помощи предоставляются населению в соответствии с Программой государственных гарантий оказания населению Мурманской области бесплатной медицинской помощи.

7. Единица измерения - посещение.

Посещение - это комплекс всех оказанных лечебно-диагностических амбулаторно-поликлинических услуг учреждением своему прикрепленному, застрахованному населению в виде контакта пациента с врачом, средним медицинским персоналом на самостоятельном приеме вместо врача, медсестрой кабинета врача общей практики по поводу страхового случая, с последующей записью в карте амбулаторного пациента (назначение лечения, записи динамического наблюдения, постановки диагноза, профилактики, реабилитации и другие записи на основании наблюдения за пациентом).

Отдельная медицинская услуга - амбулаторно-поликлиническая услуга, оказываемая:

а) медицинской организацией по направлению другой медицинской организации, не имеющей возможности оказать эту услугу собственными силами;

б) в приемном отделении стационара без последующей, в течение одних суток, госпитализации.

7.1. Срок предоставления услуги зависит от тяжести и вида заболевания.

8. Порядок получения доступа к услуге:

Получатель муниципальной услуги - физические лица.

В соответствии с Территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Мурманской области бесплатной медицинской помощи медицинская помощь оказывается гражданам Российской Федерации, иностранным гражданам, лицам без гражданства при предоставлении:

Для детей до 14 лет:

- свидетельство о рождении ребенка
- действующий полис обязательного медицинского страхования (далее – ОМС)
- паспорт (иной документ, удостоверяющий личность) одного из родителей (законного представителя) с регистрацией по месту жительства
- согласие на обработку персональных данных (заполняется при первичном обращении в АПП)

Для детей старше 14 лет и взрослых:

- действующий полис ОМС
- паспорт (иной документ, удостоверяющий личность) с регистрацией по месту жительства;
- согласие на обработку персональных данных (заполняется при первичном обращении в АПП)

Лицам, не имеющим вышеуказанных документов или имеющим документы, оформленные ненадлежащим образом, оказывается только экстренная и неотложная помощь по жизненным показаниям.

8.1. Плановая амбулаторная помощь предоставляется с учетом следующих условий:

- прикрепление к АПП, выбор застрахованным лицом врача, в том числе семейного (врача общей практики) и участкового (с учетом согласия этого врача), а также выбор медицинской организации в соответствии с договором обязательного медицинского страхования;

- запись на прием к врачу осуществляется по предварительной записи, в том числе по телефону и путем самозаписи.

- возможно наличие очередности плановых больных на прием к врачу, отдельных диагностических исследований, консультативной помощи специалистов: очередность к врачу-терапевту участковому, (врачу общей врачебной практики) составляет не более 6 рабочих дней, к врачу-педиатру участковому - не более 5 рабочих дней, на диагностические исследования и прием врачей других специальностей - не более 12 рабочих дней (в диагностических центрах - до 1 месяца).

- запись на диагностические исследования в областных медицинских учреждениях осуществляется путем внесения в лист ожидания – при этом сроки ожидания зависят от количества заявленных исследований и квоты, выделенной ЗАТО и могут составлять несколько месяцев;

- время ожидания на госпитализацию в дневной стационар всех типов - не более 7 дней;

- определение времени, отведенного на прием больного в поликлинике, действующими расчетными нормативами. Время ожидания приема - не более 20 минут с момента, назначенного пациенту, за исключением случаев, когда врач участвует в оказании экстренной помощи другому пациенту или осмотр сложного больного; Вызова на дому обслуживаются в течение рабочего дня. В период эпидемического подъема заболеваемости время ожидания может увеличиваться;

- обеспечение обязательного присутствия родителей или законных представителей при оказании медицинской помощи и консультативных услуг детям до 15 лет. В случае оказания медицинской помощи детям до 15 лет в отсутствие их родителей или законных представителей (при необходимости оказания экстренной помощи), решение о медицинском вмешательстве принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащим (дежурным) врачом с последующим уведомлением должностных лиц Учреждения и законных представителей.

8.2. Амбулаторно-поликлиническая помощь по экстренным показаниям обеспечивается при острых и внезапных ухудшениях в состоянии здоровья, а именно:

- острые и внезапные боли любой локализации,
- судороги,
- кровотечения,
- иные состояния заболевания, отравления и травмы, требующие экстренной помощи и консультации врача)

Прием пациента осуществляется вне очереди и без предварительной записи, независимо от прикрепления пациента к поликлинике;

Отсутствие страхового полиса и личных документов не является причиной отказа в экстренном приеме;

Гражданам, не имеющим полиса ОМС бесплатно экстренная помощь оказывается только в день обращения, в ходе которого решается вопрос о необходимости дальнейшего лечения в условиях стационара или в амбулаторно-поликлинических условиях. Экстренная медицинская помощь оказывается до устранения угрозы жизни и (или) здоровью гражданина.

При отсутствии показаний для госпитализации дальнейшие приемы и консультации незастрахованным гражданам оказываются по договорам на платной основе.

Экстренная и неотложная помощь в праздничные нерабочие и выходные дни осуществляется скорой медицинской помощью, и дежурными врачами стационара Учреждения.

8.3. Консультации врачей-специалистов осуществляются по направлению лечащего врача поликлиники прикрепления с соблюдением следующих условий:

- В учреждении должна быть доступная для пациента информация о консультативных приемах, которые он может получить в данной поликлинике.

- Обеспечение реализации права пациента на обращение за консультацией к врачу-специалисту по собственной инициативе, без направления, при неудовлетворенности результатами лечения.

- Консультативный прием осуществляется на условиях планового амбулаторного приема.

8.4. Медицинская помощь на дому обеспечивается врачами участковой сети (врачами общей практики, врачами терапевтами и педиатрами участковыми), а в эпидемические периоды и фельдшерами и оказывается в следующих случаях:

- при наличии острого внезапного ухудшения состояния здоровья, тяжелых хронических заболеваниях (при невозможности передвижения пациента);

- при необходимости соблюдения строгого домашнего режима, рекомендованного лечащим врачом;

- при патронаже детей до одного года;

- при патронаже беременных женщин и женщин в течение послеродового периода;

- при необходимости наблюдения детей в возрасте до 3 лет до их выздоровления (при инфекционных заболеваниях - независимо от возраста).

- иные случаи оказания медицинской помощи на дому могут быть установлены действующим законодательством.

Время ожидания медицинского работника не превышает 8 часов с момента вызова, за исключением следующих случаев:

- для детей первого года жизни время ожидания не должно превышать 3 часов;

- для детей медико-биологического риска время ожидания не должно превышать одного часа.

8.5. При оказании услуг гражданам в условиях амбулаторно-поликлинического учреждения используются возможности лечебно-диагностической базы учреждения для проведения необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий. Один раз в год оформляется добровольное информированное согласие на проведение манипуляций.

Направление на консультацию в другие лечебно-профилактические учреждения, в том числе и вышестоящие, осуществляется по направлению врача поликлиники по месту жительства или на платной основе по договору с этими учреждениями.

Для получения консультации необходимо иметь:

- направление от лечащего врача поликлиники прикрепления. Направление с результатами клинико-лабораторных исследований оформляется на бланке лечебного учреждения за подписью лечащего врача и заверяется печатью лечебного учреждения:

- паспорт и полис ОМС.

Результат консультации оформляется медицинским заключением специалиста и предоставляется пациентом лечащему врачу.

9. Требования к качеству услуг по оказанию медицинской помощи в амбулаторных условиях.

Медицинская помощь в амбулаторных условиях предоставляется непосредственно в учреждении или на дому. Оказание медицинской помощи осуществляется участковым врачом, врачом общей практики или специалистом в соответствии с профилем заболевания, особенностями течения заболевания и стандартами медицинской помощи. Своевременность и качество оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях напрямую влияют на сроки выздоровления и качество жизни пациентов. Качество диагностических процедур должно определяться быстротой и точностью установления диагноза, что способствует выявлению заболеваний на ранних стадиях, их быстрому лечению и восстановлению здоровья пациентов.

Организация диагностических мероприятий должна обеспечивать наличие необходимого диагностического оборудования (по проведению рентгенологического, ультразвукового, лабораторного, функционального, бактериологического и других исследований).

Организация помощи в период установления диагноза заключается в правильном выборе и получении лекарств, порядке их приема до установления окончательного диагноза. Пациентам необходимо проводить разъяснения о пагубности вредных привычек (употребление алкоголя, наркотиков, курения и так далее), которые усугубляют выявляющиеся заболевания, давать необходимые рекомендации по предупреждению или преодолению их.

Услуги лечебно-вспомогательных отделений (кабинетов) должны обеспечивать получение пациентами назначенных им процедур с учетом характера заболевания, медицинских показаний, физического состояния пациентов. Должна быть обеспечена своевременность и максимальная непрерывность получения услуги в соответствии с предписанием лечащего врача.

Помещения для физиотерапевтических услуг, услуг по массажу, лечебной физкультуре, по размерам, расположению и конфигурации должны обеспечивать проведение в них указанных услуг с учетом специфики обслуживаемого контингента. Помещения должны быть оснащены необходимым специальным оборудованием, инвентарем, находящимся в исправном состоянии и должны соответствовать установленным санитарно-гигиеническим нормам.

При лечении пациента в амбулаторных условиях ведется необходимая медицинская документация, отражающая данные о состоянии здоровья пациента, а также оформляются документы, подтверждающие его временную нетрудоспособность.

10. Основные факторы, влияющие на качество предоставления муниципальной услуги

На качество предоставления муниципальных услуг влияют факторы:

- наличие и состояние документов, в соответствии с которыми функционирует учреждение;
- условия размещения учреждения;
- организационно-технические условия и материально-техническое оснащение учреждения (медицинское, технологическое и прочее оборудование);
- укомплектованность учреждения специалистами и их квалификация;
- особенности информационного сопровождения деятельности учреждения, предоставляющего услугу;
- наличие ведомственной и вневедомственной систем контроля качества оказания медицинской помощи;
- соответствие клинико-экономическим стандартам оказания медицинской помощи.

10.1. Документы, в соответствии с которыми функционирует учреждение:

10.1.1. Устав учреждения - является основным, организационным документом, регламентирующим деятельность учреждения и должен включать в себя следующие сведения:

- предназначение учреждения;
- порядок формирования деятельности, реорганизации и ликвидации;
- юридический статус (организационно-правовая форма и форма собственности);
- ведомственная принадлежность и подчиненность;
- основные задачи деятельности, категории обслуживаемых лиц;
- структурные подразделения учреждения, основные направления их деятельности, объем и порядок предоставления ими услуг в соответствии с государственными, региональными (в случае их утверждения) или муниципальными стандартами в области здравоохранения.

10.1.2. Лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложениями;

10.1.3. Лицензии на фармацевтическую деятельность, деятельность, связанную с оборотом наркотических средств и психотропных веществ с приложениями, а также других лицензий, необходимых для деятельности медицинских учреждений в соответствии с действующей нормативной базой.

10.1.4. Приказы, решения, правила, инструкции, методики, положения, определяющие способы предоставления услуг и контроля их качества, предусматривающие меры совершенствования работы медицинского учреждения.

Основными Положениями являются:

- положение о системе ведомственного контроля качества;
- положение о врачебной комиссии, утверждаемое приказом руководителя учреждения;
- положение о порядке предоставления платных услуг, утверждаемое приказом руководителя учреждения.

10.1.5. Эксплуатационные документы на медицинское оборудование, приборы и аппаратуру;

10.1.6. Государственные, региональные и муниципальные стандарты в области здравоохранения.

10.2. Условия размещения и режим работы учреждений.

Учреждение должно размещаться в специально предназначенных зданиях и помещениях, доступных для населения.

Площадь, занимаемая учреждением, должна обеспечивать размещение работников и населения и предоставление им услуг в соответствии с санитарными правилами и нормами.

По площади и техническому состоянию помещения должны отвечать требованиям противопожарной безопасности, безопасности труда и быть защищены от воздействия факторов, отрицательно влияющих на качество предоставляемых услуг (повышенная температура воздуха, влажность воздуха, запыленность, загрязненность, шум, вибрация и так далее) и должна быть оснащена необходимым специальным оборудованием и инструментом.

В зданиях поликлиник должны быть предусмотрены помещения для регистратур, приема больных и ожидания в очереди

10.3. Техническое оснащение учреждения.

Каждое подразделение должно быть оснащено медицинским, технологическим и прочим оборудованием, отвечающим требованиям стандартов и обеспечивающим надлежащее качество предоставляемых услуг.

Оборудование, приборы и аппаратуру следует использовать строго по назначению в соответствии с эксплуатационными документами, содержать в технически исправном состоянии, которое следует систематически проверять.

10.4. Укомплектованность учреждения кадрами и их квалификация.

Учреждение должно располагать необходимым числом специалистов в соответствии со штатным расписанием.

Каждый медицинский работник должен иметь соответствующее образование, сертификат, квалификацию, профессиональную подготовку, обладать знаниями и опытом, необходимыми для выполнения возложенных на него обязанностей. Квалификацию медицинских работников следует поддерживать на высоком уровне постоянной (не реже 1 раза в 5 лет) учебой на курсах переподготовки и повышения квалификации, проведением конференций, семинаров, разборов сложных случаев и выявленной дефектуры.

У каждого медицинского работника должны быть должностные инструкции, устанавливающие их обязанности и права.

10.5. Особенности информационного сопровождения деятельности учреждения:

10.5.1. Учреждение обеспечивает граждан бесплатной, доступной и достоверной информацией, включающей в себя сведения о наименовании учреждения и его местонахождении (месте государственной регистрации), режиме работы, перечне основных видов медицинской помощи, предоставляемых учреждением.

10.5.2. Пациент имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

10.5.3. В каждом АПП Учреждения в общедоступных местах на информационных стендах размещаются сведения:

- режим работы;
- виды медицинской помощи, оказываемой бесплатно в рамках Программы государственных гарантий на текущий год;
- перечень оказываемых платных услуг и их стоимость;
- условия предоставления и получения платных услуг;
- перечень специалистов, ведущих прием;
- перечень категорий лиц, имеющих право на обслуживание вне очереди;
- перечень необходимых документов для оказания медицинской помощи в данном медицинском учреждении и при направлении на консультацию в другие медицинские учреждения.

Сведения о графике работы Учреждения сообщаются по телефону (регистратура), а также размещаются на вывесках при входе в здания.

Информирование о порядке предоставления Услуги осуществляется должностными лицами Учреждения, ответственными за организацию медицинской помощи.

Информирование осуществляется в виде:

- устного консультирования
- письменного консультирования.

Информирование осуществляется с использованием:

- средств телефонной связи;
- средств почтовой связи;
- электронной почты;
- средств массовой информации;
- печатных информационных материалов;
- информационных стендов.

Режим работы Учреждения устанавливается в соответствии с требованиями Трудового кодекса Российской Федерации и правилами внутреннего трудового распорядка, с учетом специфики предоставления конкретных видов муниципальных услуг и типа учреждения.

11. Контроль качества оказания муниципальной услуги

11.1. Наличие внутренней и внешней систем контроля за деятельностью учреждения:

11.1.1. Внутренний (ведомственный) контроль качества оказания медицинской помощи осуществляется должностными лицами учреждения, врачебными комиссиями.

11.1.2. Внешний (вневедомственный) контроль осуществляют страховые медицинские организации, областной Территориальный фонд ОМС, территориальный орган социального страхования РФ.

11.2. При оценке качества услуг используются следующие критерии:

- своевременность предоставления;
- соответствие оказываемой медицинской помощи медико-экономическим стандартам;
- объем оказания медицинской помощи;

- отсутствие обоснованных жалоб.

Текущий контроль за соблюдением и исполнением должностными лицами, ответственными за предоставление Услуги, также принятием решений вышеуказанными лицами, осуществляют заведующие амбулаториями, заместители главного врача по городской, детской, стоматологической поликлиникам, заместитель главного врача по медицинской части.

В лечебных учреждениях проводятся плановые проверки полноты и качества предоставления Услуги в том числе:

- путем реализации системы ведомственного многоуровневого контроля качества в учреждении (заместитель главного врача по поликлинике, зав. отделением);
- контроль качества оказания медицинской помощи в рамках переданных полномочий в субъекты Российской Федерации по лицензированию;
- контроль за соблюдением законодательства при оказании платных медицинских услуг, определенных Программой государственных гарантий;
- комплексные проверки учреждений здравоохранения.

Порядок и периодичность осуществления плановых и внеплановых проверок полноты и качества исполнения предоставления Услуги, в том числе порядок и формы контроля за полнотой и качеством предоставления Услуги осуществляется согласно плану проверок или по мере поступления претензий.

Перечень решений, которые могут быть приняты по итогам оценки фактического качества оказания муниципальной услуги:

- оформление по итогам проверки справки/акта/предписания с указанием выявленных нарушений и сроков их устранения с предоставлением в управление здравоохранения письменного уведомления об исполнении (при необходимости с приложением подтверждающих документов);
- организация внеплановой проверки для контроля устранения выявленных нарушений;
- оказание дополнительной организационно-методической помощи учреждению здравоохранения;
- применение мер дисциплинарного воздействия к руководителю муниципального учреждения здравоохранения;
- материалы проверок, проведенных в рамках реализации переданных полномочий по контролю качества оказания медицинской помощи, могут быть направлены в правоохранительные органы.

11.3. Ответственность за качество оказания медицинских услуг.

В учреждении должно быть назначено лицо, ответственное за качество предоставления медицинских услуг. За решения, принимаемые (осуществляемые) в ходе предоставления Услуги, и действия (бездействия), осуществляемые в ходе предоставления Услуги, должностные лица, ответственные за предоставление Услуги, несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации. Руководитель учреждения несет полную ответственность за соблюдение настоящего Стандарта и определяет основные цели, задачи и направления деятельности учреждения в области совершенствования качества предоставляемых услуг.

11.4. Качественную медицинскую помощь характеризуют:

- доступность, безопасность, адекватность и эффективность медицинской помощи;
- обоснованность применяемых медицинских технологий (выполнение медицинского процесса);
- отсутствие врачебных ошибок и нарушений технологии оказания медицинской помощи;
- оптимальность использования ресурсов учреждения;
- удовлетворенность больного медицинским обслуживанием.

11.5. Требования к технологии оказания услуг.

Получателю услуги предоставляется право доступа к:

- перечню документов, необходимых для получения муниципальной услуги;
- составу и последовательности действий получателя муниципальной услуги и учреждения;
- объему и содержанию услуги, включая удельные показатели объема услуги на одного потенциального потребителя услуги;
- сроку оказания муниципальной услуги, а также к срокам на совершение действий (принятие решений) в процессе оказания муниципальной услуги, срокам ожидания получения услуги после оформления соответствующего запроса;
- очередности предоставления муниципальной услуги (совершению действий и принятию решений) в случае превышения спроса на муниципальную услугу над возможностью ее предоставления без ожидания, в том числе к срокам и условиям ожидания оказания данной услуги;
- результатам, который должен получить получатель муниципальной услуги.

11.6. Проверка исполнения стандарта контролируется ответственными должностными лицами в ходе оценки соответствия фактически предоставленных услуг стандарту.

По результатам оценки применяются:

- стимулирующие меры административного и финансового характера в отношении руководителей подразделений, предоставляющих муниципальные услуги;
- дисциплинарные меры в отношении руководителей подразделений, предоставляющих муниципальные услуги.

12. Порядок обжалования действий (бездействий) исполнителя и ответственных должностных лиц, оказывающих муниципальную услугу

12.1. Общие положения.

12.1.1. Обжаловать нарушение требований настоящего стандарта качества муниципальной услуги может любое лицо, являющееся потребителем муниципальной услуги. За несовершеннолетних лиц обжаловать нарушение настоящего стандарта могут родители (законные представители).

12.1.2. Правозащитные организации могут представлять интересы вышеуказанных лиц.

12.1.3. Лицо, подающее жалобу на нарушение требований стандарта качества муниципальной услуги (далее - заявитель) при условии его дееспособности, может обжаловать нарушение настоящего стандарта следующими способами:

- 1) указание на нарушение требований стандарта сотруднику учреждения;
- 2) жалоба на нарушение требований стандарта должностному лицу учреждения;
- 3) жалоба на нарушение требований стандарта в администрацию ЗАТО города Североморска;
- 4) обращение в суд.

12.2. Указание на нарушение требований стандарта сотруднику учреждения.

12.2.1. При выявлении нарушения требований, установленных настоящим стандартом, заявитель вправе указать на это сотруднику учреждения, с целью незамедлительного устранения нарушения и (или) получения извинений в случае, когда нарушение требований стандарта было допущено непосредственно по отношению к заявителю (лицу, которого он представляет).

12.2.2. При невозможности, отказе или неспособности сотрудника учреждения, устранить допущенное нарушение требований стандарта и (или) принести извинения, заявитель может использовать иные способы обжалования.

Обжалование в форме указания на нарушение требований стандарта сотруднику учреждения, не является обязательным для использования иных, предусмотренных настоящим стандартом, способов обжалования.

12.3. Жалоба на нарушение требований стандарта должностному лицу учреждения.

12.3.1. При выявлении нарушения требований, установленных настоящим стандартом, заявитель может обратиться с жалобой на допущенное нарушение к должностному лицу учреждения.

12.3.2. Обращение заявителя с жалобой к должностному лицу организации учреждения, может быть осуществлено в письменной или устной форме. Учреждение не вправе требовать от заявителя подачи жалобы в письменной форме.

12.3.3. Должностное лицо учреждения, при приеме жалобы заявителя может совершить одно из следующих действий:

а) принять меры по установлению факта нарушения требований стандарта и удовлетворению требований заявителя;

б) аргументировано отказать заявителю в удовлетворении его требований.

12.3.4. Должностное лицо учреждения, может отказать заявителю в удовлетворении его требований в случае несоответствия предъявляемых требований требованиям настоящего стандарта, при наличии оснований для того, чтобы считать жалобу заявителя безосновательной, в случае несоответствия срокам, указанным в пункте 4.4. настоящего раздела, а также по иным причинам.

В случае аргументированного отказа, по просьбе заявителя учреждение, должно в день подачи жалобы предоставить официальное письмо, содержащее следующую информацию:

- фамилия имя отчество заявителя;
- фамилия имя отчество лица, которого он представляет;
- адрес проживания заявителя;
- контактный телефон;
- наименование учреждения, принявшего жалобу;
- содержание жалобы заявителя;
- дата и время фиксации нарушения заявителем;
- причины отказа в удовлетворении требований заявителя.

12.3.5. При личном обращении заявителя с жалобой с целью установления факта нарушения требований стандарта и удовлетворения требований заявителя (полного или частичного), должностное лицо учреждения, должен совершить следующие действия:

12.3.5.1. Совместно с заявителем и при его помощи удостовериться в наличии факта нарушения требований стандарта (в случае возможности его фиксации на момент подачи жалобы заявителем).

12.3.5.2. Совместно с заявителем и при его помощи установить сотрудников, которые, по мнению заявителя, ответственны за нарушение требований стандарта (в случае персонального нарушения требований стандарта).

12.3.5.3. По возможности организовать устранение зафиксированного нарушения требований стандарта в присутствии заявителя.

12.3.5.4. Принести извинения заявителю от имени учреждения за имевший место факт нарушения требований стандарта, допущенный непосредственно по отношению к заявителю (лицу, которое он представляет) в случае, если такое нарушение имело место и должностное лицо не считает для этого целесообразным проведение дополнительных служебных расследований.

12.3.5.5. В случае удовлетворения всех требований заявителя, действия, указанные в пунктах 12.3.5.6-12.3.5.12 настоящего раздела не осуществляются.

12.3.5.6. Если требования заявителя не были полностью удовлетворены, по требованию заявителя предоставить ему расписку в получении жалобы. Расписка должна содержать следующую информацию:

- фамилия имя отчество заявителя;

- фамилия имя отчество лица, которого он представляет;
- адрес проживания заявителя;
- контактный телефон;
- наименование учреждения, принявшего жалобу;
- содержание жалобы заявителя;
- дата и время фиксации нарушения заявителем;
- факты нарушения требований стандарта, совместно зафиксированные заявителем и ответственным сотрудником учреждения;
- лицо, допустившее нарушение требований стандарта (при персональном нарушении) – по данным заявителя, либо согласованные данные;
- нарушения требований стандарта, устраненные непосредственно в присутствии заявителя;
- подпись должностного лица;
- печать организации;
- подпись заявителя, удостоверяющая верность указанных данных.

12.3.5.7. Провести служебное расследование с целью установления фактов нарушения требований стандарта, обозначенных заявителем, и ответственных за это сотрудников.

12.3.5.8. Устранить нарушения требований стандарта, зафиксированные совместно с заявителем.

12.3.5.9. Применить дисциплинарные взыскания к сотрудникам, ответственным за допущенные нарушения требований стандарта.

12.3.5.10. Обеспечить в течение не более 15 дней после подачи жалобы уведомление заявителя (лично или по телефону) о предпринятых мерах, в том числе:

- об устранении зафиксированных в жалобе нарушений (с перечислением устраненных нарушений);
- о примененных дисциплинарных взысканиях в отношении конкретных сотрудников (с указанием конкретных мер и сотрудников);
- об отказе в удовлетворении требований заявителя (в том числе в применении дисциплинарных взысканий в отношении конкретных сотрудников с аргументацией отказа).

12.3.5.11. По просьбе заявителя в течение 3 дней со дня уведомления предоставить ему в виде официального письма информацию, о которой заявитель был уведомлен в соответствии с пункте 12.3.6.10 настоящего раздела.

12.3.5.12. Принести извинения заявителю (лицу, в отношении которого было допущено нарушение требований стандарта) от имени организации за имевший место факт нарушения требований стандарта, допущенный непосредственно по отношению к заявителю (лицу, которое он представляет) в случае, если такие извинения не были принесены ранее.

12.3.6. В случае отказа учреждения, от удовлетворения отдельных требований заявителя, либо в случае нарушения сроков, указанных в пунктах 12.3.6.10-12.3.6.11 настоящего раздела, заявитель может использовать иные способы обжалования.

Жалоба на нарушение требований стандарта должностному лицу учреждения, не является обязательной для использования иных, предусмотренных настоящим Стандартом, способов обжалования.

12.4. Порядок осуществления проверочных действий в случае подачи жалобы на нарушение требований стандарта в администрацию ЗАТО города Североморска.

12.4.1. При выявлении нарушения требований, установленных настоящим стандартом, заявитель может обратиться с жалобой на допущенное нарушение в администрацию ЗАТО города Североморска на имя главы администрации города.

12.4.2. Подача и рассмотрение жалобы в администрации ЗАТО города Североморска осуществляются в порядке, установленном Федеральным законом

от 02.05.2006 № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации».

12.4.3. Проверочные действия с целью установления факта нарушения отдельных требований стандарта (далее – проверочных действий) осуществляет ответственное подразделение, за исключением случаев, когда обжалуются действия (бездействие) данного подразделения.

12.4.4. Заявителю может быть отказано в осуществлении проверочных действий в соответствии с установленным настоящим стандартом порядком в следующих случаях:

- предоставление заявителем заведомо ложных сведений;
- содержание жалобы не относится к требованиям настоящего стандарта.

Отказ в осуществлении проверочных действий по иным основаниям не допускается.

В случае отказа в осуществлении проверочных действий в ответе заявителю в обязательном порядке должны быть указаны причины этого отказа.

12.4.5. Если в жалобе обжалуются действия (бездействие) ответственного подразделения, проверочные действия осуществляются в форме служебной проверки в соответствии с регламентом;

В иных случаях проверочные действия осуществляются в соответствии с п.п. 12.4.6-12.4.11.

12.4.6. Факт нарушения отдельных требований стандарта, на который было указано в жалобе заявителя, должен быть установлен в течение 25 дней с момента регистрации жалобы.

12.4.7. Ответственное структурное подразделение может осуществить проверочные действия:

а) посредством поручения руководителю подведомственной организации, жалоба на которую была подана заявителем, установить факт нарушения отдельных требований стандарта и выявить ответственных за это сотрудников;

б) собственными силами.

Осуществление проверочных действий по жалобам, содержащим указание на наличие официального отказа учреждения, от удовлетворения требований заявителя, либо на действие (бездействие) руководителя оказывающего услугу учреждения осуществляется исключительно в соответствии с подпунктом «б» настоящего пункта.

Установление факта нарушения требований стандарта в соответствии с пунктом «а» настоящего пункта может осуществляться только администрацией ЗАТО города Североморска.

12.4.8. Установление факта нарушения требований стандарта силами организации, оказывающей услугу, осуществляется посредством проведения руководителем данной организации проверки и/или служебного расследования по содержанию поступившей жалобы.

Сроки установления факта нарушения требований стандарта учреждением, определяются в соответствии с поручением ответственного подразделения администрации ЗАТО города Североморска.

По результатам проведения проверки и/или служебного расследования руководитель учреждения:

- устраняет выявленные нарушения требований стандарта, на которые было указано в жалобе заявителя;

- привлекает сотрудников, признанных виновными за нарушение требований стандарта, к ответственности;

- представляет ответственному подразделению отчет об установленных и неустановленных фактах нарушения отдельных требований настоящего стандарта с указанием действий, предпринятых руководителем в части устранения нарушения требований стандарта и наказания ответственных сотрудников учреждения.

На основании данных отчета ответственное подразделение может провести проверочные действия по соответствующей жалобе самостоятельно в случае возникновения сомнений в достоверности результатов представленного отчета.

12.4.9. С целью установления факта нарушения требований стандарта ответственное подразделение вправе:

- использовать подтверждающие материалы, представленные заявителем;
- привлекать заявителя с целью установления факта нарушения;
- проводить опросы свидетелей факта нарушения отдельных требований стандарта (при их согласии);
- проверить текущее выполнение требований настоящего стандарта, на нарушение которых было указано в жалобе заявителя;
- осуществлять иные действия, способствующие установлению факта нарушения стандарта.

Выявление в ходе проведения проверки текущего несоблюдения требований настоящего Стандарта, на нарушение которых было указано в жалобе, является достаточным основанием для установления факта нарушения требований стандарта в соответствии с жалобой заявителя.

12.4.10. По результатам осуществленных проверочных действий ответственное подразделение:

- а) готовит соответствующий акт проверки учреждения, допустившего нарушение стандарта;
- б) обеспечивает применение мер ответственности к учреждению, ее руководителю.

12.4.11. В сроки, установленные Федеральным законом от 02.05.2006 № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации» для рассмотрения обращений граждан, но не позднее 30 дней с момента регистрации жалобы, на имя заявителя должно быть направлено официальное письмо, содержащее следующую информацию:

- установленные факты нарушения требований стандарта, о которых было сообщено заявителем;
- неустановленные факты нарушения требований стандарта, о которых было сообщено заявителем;
- принятые меры ответственности в отношении учреждения, и отдельных сотрудников данного учреждения;
- принесение от имени учреждения извинений в связи с имевшим место фактом нарушения отдельных требований стандарта (в случае установления фактов нарушения требований стандарта);
- о передаче материалов жалобы и результатов осуществления проверочных действий в органы государственной власти;
- иную информацию в соответствии с федеральным законом, регулирующим порядок рассмотрения обращений граждан.

12.5. Особенности обжалования нарушения стандарта несовершеннолетними:

12.5.1. При подаче жалобы должностному лицу организации, оказывающей услугу, жалоба подается в устной и (или) письменной форме.

12.5.2. Должностное лицо организации, оказывающей услугу, должно уведомить родителей (законных представителей) заявителя о факте подачи жалобы и принятом им решении

12.5.3. Расписка в получении жалобы, поданной должностному лицу организации, оказывающей услугу, не предоставляется.

13. Ответственность за нарушение требований стандарта качества оказания муниципальной услуги

13.1. Ответственность сотрудников учреждения.

Меры ответственности за нарушение требований стандарта к сотрудникам учреждения, устанавливаются руководителем данного учреждения в соответствии с внутренними документами учреждения и требованиями настоящего Стандарта.

13.2. Ответственность за нарушение требований стандарта руководителя учреждения.

К ответственности за нарушение требований стандарта могут быть привлечены только руководители учреждения по результатам установления имевшего место факта нарушения требований стандарта в результате проверочных действий ответственного структурного подразделения или судебного решения.

Меры ответственности за нарушение требований стандарта к руководителю учреждения определяются администрацией ЗАТО города Североморска.

**Стандарт качества предоставления муниципальных услуг по оказанию
первичной медико-санитарной помощи в условиях дневных стационаров всех
типов**

1. Разработчик Стандарта качества предоставления муниципальных услуг в сфере «Здравоохранение» – Муниципальное учреждение здравоохранения «Центральная районная больница ЗАТО г. Североморск».

2. Область применения стандарта - настоящий стандарт распространяется на услуги в области здравоохранения, предоставляемые населению муниципальным учреждением здравоохранения – МУЗ «ЦРБ ЗАТО г.Североморск» (далее по тексту – учреждение), и устанавливает основные положения, определяющие качество предоставления следующей муниципальной услуги:

- оказание первичной медико-санитарной помощи в условиях дневных стационаров всех типов;

3. Термины и определения, используемые в настоящем стандарте, закреплены отраслевым стандартом ОСТ 91500.01.0005 2001 «Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении», утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22.01.2001 № 12:

- медицинская деятельность – деятельность, направленная на оказание медицинских услуг;

- безопасность – отсутствие недопустимого риска, связанного с возможностью нанесения ущерба;

- требование – положение нормативного документа, содержащее критерии, которые должны быть соблюдены;

- эффективность медицинской помощи – объем медицинской помощи, при которой соответствующий тип медицинского обслуживания и помощи достигает своей цели - улучшения состояния пациента;

- медицинские работники – сотрудники учреждения, имеющие непосредственное отношение к оказанию медицинских услуг;

- пациент – потребитель медицинской услуги, обращающийся в учреждение или к медицинскому работнику за медицинской помощью.

4. Нормативные правовые акты, регламентирующие качество услуги.

Настоящий стандарт качества разработан и действует в соответствии с:

- Конституцией Российской Федерации;

- Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22.07.1993 № 5487-1 (ред. от 18.07.2011);

- Федеральный закон Российской Федерации от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» (ред. от 29.11.2010);

- Федеральным законом от 24.07.1998 № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» (ред. от 09.12.2010);

- Федеральным законом от 17.07.1999 № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» (ред. от 01.07.2011);

- Федеральный закон от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» (ред. от 19.10.2011, с изм. от 21.22.2011);

- Федеральным законом от 06.10.2003 № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» (ред. от 21.11.2011);

- Федеральным законом от 02.05.2006 № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации» (ред. от 27.07.2010);

- постановлением Правительства Российской Федерации от 13.01.1996 № 27 «Об утверждении Правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями»;

- приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 29.07.2005 № 487 «Об утверждении Порядка организации оказания первичной медико-санитарной помощи»;

- приказом комитета по здравоохранению Мурманской области от 22.07.2005 №390 «О госпитализации в стационары Мурманской области».

5. Наименование услуги.

Оказание первичной медико-санитарной помощи в условиях дневных стационаров всех типов.

Медицинская помощь в условиях дневных стационаров подразделяется на:

а) стационары дневного пребывания – оказание первичной медико-санитарной помощи без круглосуточного наблюдения за пациентом на базе стационарных отделений;

б) стационарзамещающая помощь в амбулаторно-поликлинических подразделениях:

- дневной стационар при поликлинике - оказание первичной медико-санитарной помощи на койках дневных стационаров поликлинических подразделений;

- дневной стационар на дому – оказание первичной медико-санитарной помощи на дому.

Гарантированный объем и виды бесплатной медицинской помощи предоставляются населению в соответствии с Программой государственных гарантий оказания населению Мурманской области бесплатной медицинской помощи.

6. Содержание услуги.

В содержание услуги входит:

- оказание врачебной и неотложной медицинской помощи больным при острых заболеваниях, обострениях хронических заболеваний и травмах;

- диагностика и лечение различных заболеваний и состояний;

- восстановительное лечение;

- установление медицинских показаний и направление в учреждения государственной системы здравоохранения для получения специализированных видов помощи.

7. Единица измерения услуги - количество пациенто-дней в год.

7.1. Срок предоставления услуги зависит от тяжести и вида заболевания.

8. Порядок получения доступа к услуге.

8.1. Получатель услуги – физические лица.

Получатели услуги - В соответствии с Территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Мурманской области бесплатной медицинской помощи медицинская помощь оказывается гражданам Российской Федерации, иностранным гражданам, лицам без гражданства при предоставлении:

Для детей до 14 лет:

– свидетельство о рождении ребенка

– действующий полис обязательного медицинского страхования (далее– ОМС)

– паспорт (иной документ, удостоверяющий личность) одного из родителей (законного представителя) с регистрацией по месту жительства

– согласие на обработку персональных данных (заполняется при первом обращении в АПП)

Для детей старше 14 лет и взрослых:

- действующий полис ОМС
- паспорт (иной документ, удостоверяющий личность) с регистрацией по месту

жительства;

- согласие на обработку персональных данных (заполняется при первичном обращении в АПП)

Лицам, не имеющим вышеуказанных документов или имеющим документы, оформленные ненадлежащим образом, оказывается только экстренная и неотложная помощь по жизненным показаниям.

8.2. На стационарзамещающую помощь направляются пациенты, не нуждающиеся в круглосуточном наблюдении медицинским персоналом, но имеющие показания для проведения терапии.

8.3. Условиями оказания медицинской помощи в условиях дневных стационаров являются:

- наличие направления на плановую госпитализацию;
- плановая госпитализация в порядке очередности на срок до 1 месяца;
- госпитализация в палату на 4 - 8 мест в стационаре дневного пребывания;
- обеспечение лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения, перевязочными средствами для лечения основного и сопутствующих заболеваний по назначению лечащего врача и врачей-консультантов;
- обеспечение больных лечебным питанием не менее двух раз в день при получении помощи на базе отделений стационаров;
- определение лечащим врачом объема диагностических и лечебных мероприятий для конкретного пациента;
- реализация рекомендаций врачей-консультантов только по согласованию с лечащим врачом;
- обеспечение перевода в стационар круглосуточного пребывания при наличии показаний.

8.4. При оказании услуг гражданам в условиях дневных стационаров всех типов используются возможности лечебно-диагностической базы учреждения для проведения необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий.

9. Требования к качеству услуг по оказанию медицинской помощи в условиях дневных стационаров.

Медицинская помощь в условиях дневных стационаров предоставляется непосредственно в учреждении здравоохранения или на дому.

Оказание медицинской помощи осуществляется в соответствии с профилем заболевания, особенностями течения заболевания и стандартами медицинской помощи. При этом используются возможности лечебно - диагностической базы учреждения и обеспечивается преемственность в оказании медицинской помощи между стационарным и амбулаторно-поликлиническим этапами.

Своевременность и качество оказания медицинской помощи в условиях дневных стационаров напрямую влияют на количество выписанных больных.

При госпитализации пациенту предоставляется койка.

Проведение лечебно-диагностических манипуляций, лекарственное обеспечение начинаются с момента поступления на курс лечения, оказываются в соответствии с утвержденными формализованными протоколами ведения больных.

Качество диагностических процедур должно определяться быстротой и точностью установления диагноза, что способствует выявлению заболеваний на ранних стадиях, их быстрому лечению и восстановлению здоровья пациентов.

Организация диагностических мероприятий должна обеспечивать наличие необходимого диагностического оборудования (по проведению рентгенологического, ультразвукового, лабораторного, функционального, бактериологического и других исследований).

Организация помощи в период установления диагноза заключается в правильном

выборе и получении лекарств, порядке их приема до установления окончательного диагноза.

Проведение медицинских процедур (измерение температуры тела, артериального давления, наложение компрессов, перевязок и другие) и оказание помощи при выполнении других процедур (прием, внутреннее введение лекарств, закапывание капель и другие) должны осуществляться с максимальной аккуратностью и осторожностью без причинения вреда пациентам, с обязательным оформлением добровольного информированного согласия.

Услуги по оказанию медицинской помощи в стационарных условиях должны обеспечиваться необходимым количеством медицинского (врачи, фельдшеры, медицинские сестры и так далее) и вспомогательного персонала. Максимальная внимательность, аккуратность и осторожность медицинского персонала к пациентам должна обеспечивать недопущение врачебных ошибок.

Содействие в оказании медицинской помощи в условиях дневных стационаров должно обеспечивать необходимое время для лечения пациентов лечащим врачом (достаточное количество времени для ежедневного обследования больного), необходимый уход и чуткое обращение со стороны медперсонала, что должно способствовать более быстрому выздоровлению клиентов. Услуги лечебно-вспомогательных отделений (кабинетов) должны обеспечивать получение пациентами назначенных им процедур с учетом характера заболевания, медицинских показаний, физического состояния пациентов. Должна быть обеспечена своевременность и максимальная непрерывность получения услуги в соответствии с предписанием лечащего врача.

Оказание услуги должно производиться в индивидуальном порядке в комфортных для пациента условиях. При необходимости место оказания услуг должно быть ограждено от посторонних глаз.

Социально - бытовые условия пребывания пациентов должны обеспечивать определенную комфортность, которая заключается в непричинении неудобства пациентам.

Мебель и постельные принадлежности должны быть удобными в пользовании, подобранными с учетом физического состояния клиентов. Для пациентов при необходимости должна быть предоставлена одежда, обувь, нательное белье, которые должны быть удобны в носке, соответствовать размерам пациентов, а также отвечать санитарно-гигиеническим нормам и требованиям.

Помещения для физиотерапевтических услуг, услуг по массажу, лечебной физкультуре, по размерам, расположению и конфигурации должны обеспечивать проведение в них указанных услуг с учетом специфики обслуживаемого контингента. Помещения должны быть оснащены необходимым специальным оборудованием, инвентарем, находящимся в исправном состоянии и должны соответствовать установленным санитарно-гигиеническим нормам.

При выписке пациента из дневного стационара на руки ему выдается выписка из его истории болезни.

10. Основные факторы, влияющие на качество предоставления муниципальной услуги

На качество предоставления муниципальных услуг влияют факторы:

- наличие и состояние документов, в соответствии с которыми функционирует учреждение;
- условия размещения учреждения;
- организационно-технические условия и материально-техническое оснащение учреждения (медицинское, технологическое и прочее оборудование);
- укомплектованность учреждения специалистами и их квалификация; особенности информационного сопровождения деятельности учреждения, предоставляющего услугу;
- наличие ведомственной и вневедомственной систем контроля качества оказания медицинской помощи;
- соответствие клинико-экономическим стандартам оказания медицинской помощи.

10.1. Документы, в соответствии с которыми функционирует учреждение:

10.1.1. Устав учреждения - является основным, организационным документом, регламентирующим деятельность учреждения и должен включать в себя следующие сведения:

- предназначение учреждения;
- порядок формирования деятельности, реорганизации и ликвидации;
- юридический статус (организационно-правовая форма и форма собственности);
- ведомственная принадлежность и подчиненность;
- основные задачи деятельности, категории обслуживаемых лиц;
- структурные подразделения учреждения, основные направления их деятельности, объем и порядок предоставления ими услуг в соответствии с государственными, региональными (в случае их утверждения) или муниципальными стандартами в области здравоохранения.

10.1.2. Лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложениями;

10.1.3. Лицензии на фармацевтическую деятельность, деятельность, связанную с оборотом наркотических средств и психотропных веществ с приложениями, а также других лицензий, необходимых для деятельности медицинских учреждений в соответствии с действующей нормативной базой.

10.1.4. Приказы, решения, правила, инструкции, методики, положения, определяющие способы предоставления услуг и контроля их качества, предусматривающие меры совершенствования работы медицинского учреждения.

Основными Положениями являются:

- положение о системе ведомственного контроля качества;
- положение о врачебной комиссии, утверждаемое приказом руководителя учреждения;
- положение о порядке предоставления платных услуг, утверждаемое приказом руководителя учреждения.

10.1.5. Эксплуатационные документы на медицинское оборудование, приборы и аппаратуру;

10.1.6. Государственные, региональные и муниципальные стандарты в области здравоохранения.

10.2. Условия размещения и режим работы учреждений.

Учреждение должно размещаться в специально предназначенных зданиях и помещениях, доступных для населения.

Площадь, занимаемая учреждением, должна обеспечивать размещение работников и населения и предоставление им услуг в соответствии с санитарными правилами и нормами.

По площади и техническому состоянию помещения должны отвечать требованиям противопожарной безопасности, безопасности труда и быть защищены от воздействия факторов, отрицательно влияющих на качество предоставляемых услуг

(повышенная температура воздуха, влажность воздуха, запыленность, загрязненность, шум, вибрация и так далее) и должна быть оснащена необходимым специальным оборудованием и инструментом.

10.3. Техническое оснащение учреждения.

Каждое подразделение должно быть оснащено медицинским, технологическим и прочим оборудованием, отвечающим требованиям стандартов и обеспечивающим надлежащее качество предоставляемых услуг.

Оборудование, приборы и аппаратуру следует использовать строго по назначению в соответствии с эксплуатационными документами, содержать в технически исправном состоянии, которое следует систематически проверять.

10.4. Укомплектованность учреждения кадрами и их квалификация.

Учреждение должно располагать необходимым числом специалистов в соответствии со штатным расписанием.

Каждый медицинский работник должен иметь соответствующее образование, сертификат, квалификацию, профессиональную подготовку, обладать знаниями и опытом, необходимыми для выполнения возложенных на него обязанностей. Квалификацию медицинских работников следует поддерживать на высоком уровне постоянной (не реже 1 раза в 5 лет) учебной подготовкой на курсах переподготовки и повышения квалификации, проведением конференций, семинаров, разборов сложных случаев и выявленной дефектуры.

У каждого медицинского работника должны быть должностные инструкции, устанавливающие их обязанности и права.

10.5. Особенности информационного сопровождения деятельности учреждения:

10.5.1. Учреждение обеспечивает граждан бесплатной, доступной и достоверной информацией, включающей в себя сведения о наименовании учреждения и его местонахождении (месте государственной регистрации), режиме работы, перечне основных видов медицинской помощи, предоставляемых учреждением.

10.5.2. Пациент имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

10.5.4. В каждом АПП Учреждения в общедоступных местах на информационных стендах размещаются сведения:

- режим работы;
- виды медицинской помощи, оказываемой бесплатно в рамках программы государственных гарантий на текущий год;
- перечень оказываемых платных услуг и их стоимость;
- условия предоставления и получения платных услуг;
- перечень специалистов, ведущих прием;
- перечень категорий лиц, имеющих право на обслуживание вне очереди;
- перечень необходимых документов для оказания медицинской помощи в данном медицинском учреждении и при направлении на консультацию в другие медицинские учреждения.

Сведения о графике работы Учреждения сообщаются по телефону (регистратура), а также размещаются на вывесках при входе в здания.

Информирование о порядке предоставления Услуги осуществляется должностными лицами Учреждения, ответственными за организацию медицинской помощи.

Информирование осуществляется в виде:

- устного консультирования
- письменного консультирования.

Информирование осуществляется с использованием:

- средств телефонной связи;
- средств почтовой связи;
- электронной почты;
- средств массовой информации;
- печатных информационных материалов;
- информационных стендов.

Режим работы Учреждения устанавливается в соответствии с требованиями Трудового кодекса Российской Федерации и правилами внутреннего трудового распорядка, с учетом специфики предоставления конкретных видов муниципальных услуг и типа учреждения.

11. Контроль качества оказания муниципальной услуги

11.1. Наличие внутренней и внешней систем контроля за деятельностью учреждения:

11.1.1. Внутренний (ведомственный) контроль качества оказания медицинской помощи осуществляется должностными лицами учреждения, врачебными комиссиями.

11.1.2. Внешний (вневедомственный) контроль осуществляют страховые медицинские организации, областной Территориальный фонд ОМС, территориальный орган социального страхования РФ.

11.2. При оценке качества услуг используются следующие критерии:

- своевременность предоставления;
- соответствие оказываемой медицинской помощи медико-экономическим стандартам;
- объем оказания медицинской помощи;
- отсутствие обоснованных жалоб.

Текущий контроль за соблюдением и исполнением должностными лицами, ответственными за предоставление Услуги, также принятием решений вышеуказанными лицами, осуществляют заведующие отделениями, заместители главного врача по городской, детской, стоматологической поликлиникам, заместитель главного врача по медицинской части.

В лечебных учреждениях проводятся плановые проверки полноты и качества предоставления Услуги в том числе:

- путем реализации системы ведомственного многоуровневого контроля качества в учреждении (заместитель главного врача по лечебной работе, зав. отделением);
- контроль качества оказания медицинской помощи в рамках переданных полномочий в субъекты Российской Федерации по лицензированию;
- контроль за соблюдением законодательства при оказании платных медицинских услуг, определенных Программой государственных гарантий;
- комплексные проверки учреждений здравоохранения.

Порядок и периодичность осуществления плановых и внеплановых проверок полноты и качества исполнения предоставления Услуги, в том числе порядок и формы контроля за полнотой и качеством предоставления Услуги осуществляется согласно плану проверок или по мере поступления претензий.

Перечень решений, которые могут быть приняты по итогам оценки фактического качества оказания муниципальной услуги:

- оформление по итогам проверки справки/акта/предписания с указанием выявленных нарушений и сроков их устранения с предоставлением в управление здравоохранения письменного уведомления об исполнении (при необходимости с приложением подтверждающих документов);
- организация внеплановой проверки для контроля устранения выявленных нарушений;
- оказание дополнительной организационно-методической помощи учреждению здравоохранения;

- применение мер дисциплинарного воздействия к руководителю муниципального учреждения здравоохранения;
- материалы проверок, проведенных в рамках реализации переданных полномочий по контролю качества оказания медицинской помощи, могут быть направлены в правоохранительные органы.

11.3. Ответственность за качество оказания медицинских услуг.

В учреждении должно быть назначено лицо, ответственное за качество предоставления медицинских услуг. За решения, принимаемые (осуществляемые) в ходе предоставления Услуги, и действия (бездействия), осуществляемые в ходе предоставления Услуги, должностные лица, ответственные за предоставление Услуги, несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации. Руководитель учреждения несет полную ответственность за соблюдение настоящего Стандарта и определяет основные цели, задачи и направления деятельности учреждения в области совершенствования качества предоставляемых услуг.

11.4. Качественную медицинскую помощь характеризуют:

- доступность, безопасность, адекватность и эффективность медицинской помощи;
- обоснованность применяемых медицинских технологий (выполнение медицинского процесса);
- отсутствие врачебных ошибок и нарушений технологии оказания медицинской помощи;
- оптимальность использования ресурсов учреждения;
- удовлетворенность больного медицинским обслуживанием.

11.5. Требования к технологии оказания услуг.

Получателю услуги предоставляется право доступа к:

- перечню документов, необходимых для получения муниципальной услуги;
- составу и последовательности действий получателя муниципальной услуги и учреждения;
- объему и содержанию услуги, включая удельные показатели объема услуги на одного потенциального потребителя услуги;
- сроку оказания муниципальной услуги, а также к срокам на совершение действий (принятие решений) в процессе оказания муниципальной услуги, срокам ожидания получения услуги после оформления соответствующего запроса;
- очередности предоставления муниципальной услуги (совершению действий и принятию решений) в случае превышения спроса на муниципальную услугу над возможностью ее предоставления без ожидания, в том числе к срокам и условиям ожидания оказания данной услуги;
- результатам, который должен получить получатель муниципальной услуги.

11.6. Проверка исполнения стандарта контролируется ответственными должностными лицами в ходе оценки соответствия фактически предоставленных услуг стандарту.

По результатам оценки применяются:

- стимулирующие меры административного и финансового характера в отношении руководителей подразделений, предоставляющих муниципальные услуги;
- дисциплинарные меры в отношении руководителей подразделений, подразделений, предоставляющих муниципальные услуги.

12. Порядок обжалования действий (бездействий) исполнителя и ответственных должностных лиц, оказывающих муниципальную услугу

12.1. Общие положения.

12.1.1. Обжаловать нарушение требований настоящего стандарта качества муниципальной услуги может любое лицо, являющееся потребителем муниципальной

услуги. За несовершеннолетних лиц обжаловать нарушение настоящего стандарта могут родители (законные представители).

12.1.2. Правозащитные организации могут представлять интересы вышеуказанных лиц.

12.1.3. Лицо, подающее жалобу на нарушение требований стандарта качества муниципальной услуги (далее - заявитель) при условии его дееспособности, может обжаловать нарушение настоящего стандарта следующими способами:

- 1) указание на нарушение требований стандарта сотруднику учреждения;
- 2) жалоба на нарушение требований стандарта должностному лицу учреждения;
- 3) жалоба на нарушение требований стандарта в администрацию ЗАТО города Североморска;
- 4) обращение в суд.

12.2. Указание на нарушение требований стандарта сотруднику учреждения.

12.2.1. При выявлении нарушения требований, установленных настоящим стандартом, заявитель вправе указать на это сотруднику учреждения, с целью незамедлительного устранения нарушения и (или) получения извинений в случае, когда нарушение требований стандарта было допущено непосредственно по отношению к заявителю (лицу, которого он представляет).

12.2.2. При невозможности, отказе или неспособности сотрудника учреждения, устранить допущенное нарушение требований стандарта и (или) принести извинения, заявитель может использовать иные способы обжалования.

Обжалование в форме указания на нарушение требований стандарта сотруднику учреждения, не является обязательным для использования иных, предусмотренных настоящим стандартом, способов обжалования.

12.3. Жалоба на нарушение требований стандарта должностному лицу учреждения.

12.3.1. При выявлении нарушения требований, установленных настоящим стандартом, заявитель может обратиться с жалобой на допущенное нарушение к должностному лицу учреждения.

12.3.2. Обращение заявителя с жалобой к должностному лицу организации учреждения, может быть осуществлено в письменной или устной форме. Учреждение не вправе требовать от заявителя подачи жалобы в письменной форме.

12.3.3. Должностное лицо учреждения, при приеме жалобы заявителя может совершить одно из следующих действий:

а) принять меры по установлению факта нарушения требований стандарта и удовлетворению требований заявителя;

б) аргументировано отказать заявителю в удовлетворении его требований.

12.3.4. Должностное лицо учреждения, может отказать заявителю в удовлетворении его требований в случае несоответствия предъявляемых требований требованиям настоящего стандарта, при наличии оснований для того, чтобы считать жалобу заявителя безосновательной, в случае несоответствия срокам, указанным в пункте 4.4. настоящего раздела, а также по иным причинам.

В случае аргументированного отказа, по просьбе заявителя учреждение, должно в день подачи жалобы предоставить официальное письмо, содержащее следующую информацию:

- фамилия имя отчество заявителя;
- фамилия имя отчество лица, которого он представляет;
- адрес проживания заявителя;
- контактный телефон;
- наименование учреждения, принявшего жалобу;
- содержание жалобы заявителя;
- дата и время фиксации нарушения заявителем;

- причины отказа в удовлетворении требований заявителя.

12.3.5. При личном обращении заявителя с жалобой с целью установления факта нарушения требований стандарта и удовлетворения требований заявителя (полного или частичного), должностное лицо учреждения, должен совершить следующие действия:

12.3.5.1. Совместно с заявителем и при его помощи удостовериться в наличии факта нарушения требований стандарта (в случае возможности его фиксации на момент подачи жалобы заявителем).

12.3.5.2. Совместно с заявителем и при его помощи установить сотрудников, которые, по мнению заявителя, ответственны за нарушение требований стандарта (в случае персонального нарушения требований стандарта).

12.3.5.3. По возможности организовать устранение зафиксированного нарушения требований стандарта в присутствии заявителя.

12.3.5.4. Принести извинения заявителю от имени учреждения за имевший место факт нарушения требований стандарта, допущенный непосредственно по отношению к заявителю (лицу, которое он представляет) в случае, если такое нарушение имело место и должностное лицо не считает для этого целесообразным проведение дополнительных служебных расследований.

12.3.5.5. В случае удовлетворения всех требований заявителя, действия, указанные в пунктах 12.3.5.6-12.3.5.12 настоящего раздела не осуществляются.

12.3.5.6. Если требования заявителя не были полностью удовлетворены, по требованию заявителя предоставить ему расписку в получении жалобы. Расписка должна содержать следующую информацию:

- фамилия имя отчество заявителя;
- фамилия имя отчество лица, которого он представляет;
- адрес проживания заявителя;
- контактный телефон;
- наименование учреждения, принявшего жалобу;
- содержание жалобы заявителя;
- дата и время фиксации нарушения заявителем;
- факты нарушения требований стандарта, совместно зафиксированные заявителем и ответственным сотрудником учреждения;
- лицо, допустившее нарушение требований стандарта (при персональном нарушении) – по данным заявителя, либо согласованные данные;
- нарушения требований стандарта, устраненные непосредственно в присутствии заявителя;
- подпись должностного лица;
- печать организации;
- подпись заявителя, удостоверяющая верность указанных данных.

12.3.5.7. Провести служебное расследование с целью установления фактов нарушения требований стандарта, обозначенных заявителем, и ответственных за это сотрудников.

12.3.5.8. Устранить нарушения требований стандарта, зафиксированные совместно с заявителем.

12.3.5.9. Применить дисциплинарные взыскания к сотрудникам, ответственным за допущенные нарушения требований стандарта.

12.3.5.10. Обеспечить в течение не более 15 дней после подачи жалобы уведомление заявителя (лично или по телефону) о предпринятых мерах, в том числе:

- об устранении зафиксированных в жалобе нарушений (с перечислением устраненных нарушений);
- о примененных дисциплинарных взысканиях в отношении конкретных сотрудников (с указанием конкретных мер и сотрудников);

- об отказе в удовлетворении требований заявителя (в том числе в применении дисциплинарных взысканий в отношении конкретных сотрудников с аргументацией отказа).

12.3.5.11. По просьбе заявителя в течение 3 дней со дня уведомления предоставить ему в виде официального письма информацию, о которой заявитель был уведомлен в соответствии с пункте 12.3.6.10 настоящего раздела.

12.3.5.12. Принести извинения заявителю (лицу, в отношении которого было допущено нарушение требований стандарта) от имени организации за имевший место факт нарушения требований стандарта, допущенный непосредственно по отношению к заявителю (лицу, которое он представляет) в случае, если такие извинения не были принесены ранее.

12.3.6. В случае отказа учреждения, от удовлетворения отдельных требований заявителя, либо в случае нарушения сроков, указанных в пунктах 12.3.6.10-12.3.6.11 настоящего раздела, заявитель может использовать иные способы обжалования.

Жалоба на нарушение требований стандарта должностному лицу учреждения, не является обязательной для использования иных, предусмотренных настоящим Стандартом, способов обжалования.

12.4. Порядок осуществления проверочных действий в случае подачи жалобы на нарушение требований стандарта в администрацию ЗАТО города Североморска.

12.4.1. При выявлении нарушения требований, установленных настоящим стандартом, заявитель может обратиться с жалобой на допущенное нарушение в администрацию ЗАТО города Североморска на имя главы администрации города.

12.4.2. Подача и рассмотрение жалобы в администрации ЗАТО города Североморска осуществляются в порядке, установленном Федеральным законом от 02.05.2006 № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации».

12.4.3. Проверочные действия с целью установления факта нарушения отдельных требований стандарта (далее – проверочных действий) осуществляет ответственное подразделение, за исключением случаев, когда обжалуются действия (бездействие) данного подразделения.

12.4.4. Заявителю может быть отказано в осуществлении проверочных действий в соответствии с установленным настоящим стандартом порядком в следующих случаях:

- предоставление заявителем заведомо ложных сведений;
- содержание жалобы не относится к требованиям настоящего стандарта.

Отказ в осуществлении проверочных действий по иным основаниям не допускается.

В случае отказа в осуществлении проверочных действий в ответе заявителю в обязательном порядке должны быть указаны причины этого отказа.

12.4.5. Если в жалобе обжалуются действия (бездействие) ответственного подразделения, проверочные действия осуществляются в форме служебной проверки в соответствии с регламентом;

В иных случаях проверочные действия осуществляются в соответствии с п.п. 12.4.6-12.4.11.

12.4.6. Факт нарушения отдельных требований стандарта, на который было указано в жалобе заявителя, должен быть установлен в течение 25 дней с момента регистрации жалобы.

12.4.7. Ответственное структурное подразделение может осуществить проверочные действия:

а) посредством поручения руководителю подведомственной организации, жалоба на которую была подана заявителем, установить факт нарушения отдельных требований стандарта и выявить ответственных за это сотрудников;

б) собственными силами.

Осуществление проверочных действий по жалобам, содержащим указание на наличие официального отказа учреждения, от удовлетворения требований заявителя, либо

на действие (бездействие) руководителя оказывающего услугу учреждения осуществляется исключительно в соответствии с подпунктом «б» настоящего пункта.

Установление факта нарушения требований стандарта в соответствии с пунктом «а» настоящего пункта может осуществляться только администрацией ЗАТО города Североморска.

12.4.8. Установление факта нарушения требований стандарта силами организации, оказывающей услугу, осуществляется посредством проведения руководителем данной организации проверки и/или служебного расследования по содержанию поступившей жалобы.

Сроки установления факта нарушения требований стандарта учреждением, определяются в соответствии с поручением ответственного подразделения администрации ЗАТО города Североморска.

По результатам проведения проверки и/или служебного расследования руководитель учреждения:

- устраняет выявленные нарушения требований стандарта, на которые было указано в жалобе заявителя;
- привлекает сотрудников, признанных виновными за нарушение требований стандарта, к ответственности;
- представляет ответственному подразделению отчет об установленных и неустановленных фактах нарушения отдельных требований настоящего стандарта с указанием действий, предпринятых руководителем в части устранения нарушения требований стандарта и наказания ответственных сотрудников учреждения.

На основании данных отчета ответственное подразделение может провести проверочные действия по соответствующей жалобе самостоятельно в случае возникновения сомнений в достоверности результатов представленного отчета.

12.4.9. С целью установления факта нарушения требований стандарта ответственное подразделение вправе:

- использовать подтверждающие материалы, представленные заявителем;
- привлекать заявителя с целью установления факта нарушения;
- проводить опросы свидетелей факта нарушения отдельных требований стандарта (при их согласии);
- проверить текущее выполнение требований настоящего стандарта, на нарушение которых было указано в жалобе заявителя;
- осуществлять иные действия, способствующие установлению факта нарушения стандарта.

Выявление в ходе проведения проверки текущего несоблюдения требований настоящего Стандарта, на нарушение которых было указано в жалобе, является достаточным основанием для установления факта нарушения требований стандарта в соответствии с жалобой заявителя.

12.4.10. По результатам осуществленных проверочных действий ответственное подразделение:

а) готовит соответствующий акт проверки учреждения, допустившего нарушение стандарта;

б) обеспечивает применение мер ответственности к учреждению, ее руководителю.

12.4.11. В сроки, установленные Федеральным законом от 02.05.2006 № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации» для рассмотрения обращений граждан, но не позднее 30 дней с момента регистрации

жалобы, на имя заявителя должно быть направлено официальное письмо, содержащее следующую информацию:

- установленные факты нарушения требований стандарта, о которых было сообщено заявителем;

- не установленные факты нарушения требований стандарта, о которых было сообщено заявителем;

- принятые меры ответственности в отношении учреждения, и отдельных сотрудников данного учреждения;

- принесение от имени учреждения извинений в связи с имевшим место фактом нарушения отдельных требований стандарта (в случае установления фактов нарушения требований стандарта);

- о передаче материалов жалобы и результатов осуществления проверочных действий в органы государственной власти;

- иную информацию в соответствии с федеральным законом, регулирующим порядок рассмотрения обращений граждан.

12.5. Особенности обжалования нарушения стандарта несовершеннолетними:

12.5.1. При подаче жалобы должностному лицу организации, оказывающей услугу, жалоба подается в устной и (или) письменной форме.

12.5.2. Должностное лицо организации, оказывающей услугу, должно уведомить родителей (законных представителей) заявителя о факте подачи жалобы и принятом им решении.

12.5.3. Расписка в получении жалобы, поданной должностному лицу организации, оказывающей услугу, не предоставляется.

13. Ответственность за нарушение требований стандарта качества оказания муниципальной услуги

13.1. Ответственность сотрудников учреждения.

Меры ответственности за нарушение требований стандарта к сотрудникам учреждения, устанавливаются руководителем данного учреждения в соответствии с внутренними документами учреждения и требованиями настоящего Стандарта.

13.2. Ответственность за нарушение требований стандарта руководителя учреждения.

К ответственности за нарушение требований стандарта могут быть привлечены только руководители учреждения по результатам установления имевшего место факта нарушения требований стандарта в результате проверочных действий ответственного структурного подразделения или судебного решения.

Меры ответственности за нарушение требований стандарта к руководителю учреждения определяются администрацией ЗАТО города Североморска.

Стандарт качества предоставления муниципальной услуги по оказанию скорой медицинской помощи

1. Разработчик Стандарта качества предоставления муниципальных услуг в сфере «Здравоохранение» – Муниципальное учреждение здравоохранения «Центральная районная больница ЗАТО г.Североморск».

2. Область применения стандарта - настоящий стандарт распространяется на услуги в области здравоохранения, предоставляемые населению муниципальным учреждением здравоохранения – МУЗ «ЦРБ ЗАТО г.Североморск» (далее по тексту – учреждение), и устанавливает основные положения, определяющие качество предоставления следующей муниципальной услуги:

- оказание первичной медико-санитарной помощи, специализированной помощи в амбулаторно-поликлинических условиях;

3. Термины и определения, используемые в настоящем стандарте, закреплены отраслевым стандартом ОСТ 91500.01.0005 2001 «Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении», утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22.01.2001 № 12:

- медицинская деятельность – деятельность, направленная на оказание медицинских услуг;

- безопасность – отсутствие недопустимого риска, связанного с возможностью нанесения ущерба;

- требование – положение нормативного документа, содержащее критерии, которые должны быть соблюдены;

- эффективность медицинской помощи – объем медицинской помощи, при которой соответствующий тип медицинского обслуживания и помощи достигает своей цели - улучшения состояния пациента;

- медицинские работники – сотрудники учреждения, имеющие непосредственное отношение к оказанию медицинских услуг;

- пациент – потребитель медицинской услуги, обращающийся в учреждение или к медицинскому работнику за медицинской помощью.

4. Нормативные правовые акты, регламентирующие качество услуги.

Настоящий стандарт качества разработан и действует в соответствии с:

- Конституцией Российской Федерации;

- Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22.07.1993 № 5487-1 (ред. от 18.07.2011);

- Федеральный закон Российской Федерации от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» (ред. от 29.11.2010);

- Федеральным законом от 24.07.1998 № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» (ред. от 09.12.2010);

- Федеральным законом от 17.07.1999 № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» (ред. от 01.07.2011);

- Федеральный закон от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» (ред. от 19.10.2011, с изм. от 21.22.2011);

- Федеральным законом от 06.10.2003 № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» (ред. от 21.11.2011);
- Федеральным законом от 02.05.2006 № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации» (ред. от 27.07.2010);
- Постановлением Правительства Российской Федерации от 13.01.1996 № 27 «Об утверждении Правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями»;
- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.03.1999 № 100 «О совершенствовании организации скорой медицинской помощи населению Российской Федерации»;
- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.10.2002 № 313 «Об утверждении отраслевого стандарта «Салоны автомобилей скорой медицинской помощи и их оснащение. Общие технические требования»;
- приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 01.11.2004 № 179 «Об утверждении Порядка оказания скорой медицинской помощи»;
- приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 29.07.2005 № 487 «Об утверждении Порядка организации оказания первичной медико-санитарной помощи»;
- приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 01.12.2005 № 752 «Об оснащении санитарного автотранспорта»;
- Стандарты медицинской помощи больным при различных заболеваниях, утвержденные приказами Минздравсоцразвития России
- приказом комитета по здравоохранению Мурманской области от 22.07.2005 №390 «О госпитализации в стационары Мурманской области».

5. Наименование услуги.

Оказание скорой медицинской помощи

6. Содержание услуги.

Подразделение, в отношении которой применяется данный стандарт – отделение скорой медицинской помощи.

Предоставление медицинской помощи лицам при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства при несчастных случаях, отравлениях и других заболеваниях и состояниях, а также при массовых заболеваниях, отравлениях, травмах и других чрезвычайных ситуациях: выезд бригады скорой медицинской помощи; проведение по месту вызова медицинского осмотра; оказание неотложной медицинской помощи (в том числе бесплатной лекарственной помощи); при необходимости транспортировка больного (пострадавшего) при его госпитализации в лечебное учреждение.

6.1. Единица измерения - количество вызовов в год.

7. Срок предоставления услуги зависит от тяжести и вида заболевания.

8. Порядок получения доступа к услуге.

8.1. Получатели услуги - В соответствии с Территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Мурманской области бесплатной медицинской помощи медицинская помощь оказывается гражданам Российской Федерации, иностранным гражданам, лицам без гражданства при предоставлении:

Для детей до 14 лет:

- свидетельство о рождении ребенка
- действующий полис обязательного медицинского страхования (далее– ОМС)
- паспорт (иной документ, удостоверяющий личность) одного из родителей (законного представителя) с регистрацией по месту жительства:

- согласие на обработку персональных данных (заполняется при первичном обращении в АПП)

Для детей старше 14 лет и взрослых:

- действующий полис ОМС

- паспорт (иной документ, удостоверяющий личность) с регистрацией по месту жительства;

- согласие на обработку персональных данных (заполняется при первичном обращении в АПП)

Лицам, не имеющим вышеуказанных документов или имеющим документы, оформленные ненадлежащим образом, оказывается только экстренная и неотложная помощь по жизненным показаниям.

8.2. Предоставление муниципальной услуги является бесплатным.

8.3. Для вызова бригады скорой медицинской помощи необходимо обратиться лично или по телефону 03. Обращение также может быть осуществлено по телефону 5-04-38.

В своем обращении необходимо указать следующую информацию:

- фамилия, имя, отчество больного (пострадавшего), при наличии такой информации;

- состояние больного (пострадавшего);

- контактный телефон;

- место нахождения (адрес) больного (пострадавшего).

8.4. Учреждение, оказывающее услугу, не вправе отказать обратившимся в приеме обращений (вызовов).

8.5. Предоставление услуги осуществляется на месте, указанном при вызове бригады скорой медицинской помощи и в пути следования в лечебное учреждение при госпитализации больного (пострадавшего).

8.6. Узнать о местоположении госпитализированного больного (пострадавшего) могут только лица, указанные больным (пострадавшим) при его госпитализации, при личном обращении в учреждение, оказывающей услугу, осуществившую госпитализацию. При обращении необходимо предъявить документ, удостоверяющий личность, и сообщить фамилию больного (пострадавшего), дату (время) его госпитализации.

8.7. Режим работы – круглосуточно, без выходных дней. Кроме повседневного режима работы станция скорой медицинской помощи может быть переведена в режим работы при чрезвычайной ситуации. В режиме чрезвычайной ситуации руководство станции переходит к Региональному центру медицины катастроф.

9. Требования к качеству услуг по оказанию скорой медицинской помощи.

9.1. Требования к учреждению, оказывающей услуги.

Учреждение, оказывающее услугу, должно иметь лицензию на право осуществления медицинской деятельности.

9.2. Требования к режиму работы отделения скорой медицинской помощи.

9.2.1. Отделение скорой медицинской помощи должно обеспечить ежедневный круглосуточный прием обращений (вызовов) населения и направление выездных бригад скорой медицинской помощи.

9.2.2. В течение всего времени приема обращений (вызовов) населения не должны организовываться технические, санитарные и иные перерывы.

9.2.3. Учреждение, оказывающее услугу, должна организовать прием вызовов посредством многоканальной телефонной линии - 03, обеспечивающей немедленное телефонное соединение.

9.2.4. Время ожидания ответа оператора станции скорой медицинской помощи после установленного телефонного соединения не должно превышать 30 секунд.

9.2.5. Время прибытия бригады скорой медицинской помощи на место вызова, находящееся в пределах города Североморска, с момента приема обращения оператором станции не должно превышать 20 минут в случаях угрожающих жизни больного (пострадавшего) и 40 минут в иных случаях.

9.3. Требования к транспортным средствам, используемым для перевозки больных (пострадавших):

9.3.1. Транспортные средства, используемые для перевозки больных или пострадавших (далее - машины скорой помощи), должны иметь цветную окраску в соответствии с установленными федеральным законодательством, быть оборудованы синими проблесковыми маячками и звуковой сигнализацией (сиреной).

9.3.2. Машины скорой помощи должны быть зарегистрированы в государственном органе надзора за безопасностью дорожного движения. Номерные знаки машины скорой помощи должны быть чистыми, различимыми с расстояния не менее 10 м.

9.3.3. Салон машины скорой помощи должен быть оборудован задними и боковыми дверями, обеспечивающим беспрепятственный доступ в салон и погрузку носилок. Двери должны иметь стопорные устройства, фиксирующие их в открытом и закрытом положении.

9.3.4. Проемы дверей должны быть оборудованы подножками, имеющими рифленую поверхность и местное освещение. Высота подножки бокового проема двери от уровня земли должна быть не менее 25 см. Подножка проема задней двери обязательна при погрузочной высоте салона более 40 см.

9.3.5. Окна в дверях салона и на боковых панелях должны иметь матовое или тонированное покрытие на 2/3 высоты или же зашторены шторками. При отсутствии кондиционера в салоне одно окно должно быть раздвижным.

9.3.6. Потолок машины скорой помощи должен быть оснащен исправными светильниками. Освещенность места пациента должна быть не менее 100 лк, освещенность окружающего пространства должна быть не менее 50 лк.

9.3.7. Конструкция дверей, окон и потолочного люка должна обеспечить их плотное прилегание к резиновым уплотнителям, исключая возможность попадания влаги в салон, без перекосов по всему периметру.

9.3.8. Пол в салоне должен быть ровным и не иметь трещин (глубиной более 0,5 см) и сквозных дыр. Сочленения элементов пола должны быть герметичными.

9.3.9. Покрытие пола должно быть выполнено из водонепроницаемых, противоскользящих, антистатических материалов.

9.3.10. Боковые панели должны быть гладкими. Обшивка боковых панелей не должна отслаиваться, заклепочные швы и иные конструктивные элементы не должны выступать внутрь салона.

9.3.11. При наличии в салоне электрических кабелей и кислородных трубопроводов они должны иметь изолирующее покрытие и быть прикреплены к боковым панелям (полу, потолку) салона.

9.3.12. Требования к оснащению машины скорой помощи:

9.3.12.1. Машина скорой помощи должна быть оснащена оборудованием для искусственной вентиляции легких, тонометром, кислородным ингалятором, фонендоскопом ЭКГ аппаратом.

9.3.12.2. Машина скорой помощи должна быть оборудована носилками, для перемещения больных (пострадавших). Приемное устройство носилок должно обеспечивать их фиксацию на время движения и иметь пристежные ремни для фиксации положения транспортируемого больного.

9.3.12.3. Машина скорой помощи должна быть оборудована иммобилизационными средствами (шинами для фиксации больного).

9.3.12.4. Мебель салона должна иметь элементы крепления для переносных изделий, выдвижные ящики должны фиксироваться в открытом и закрытом положениях. Встроенная мебель не должна иметь острых углов, выступов.

9.3.12.5. В оснащении машины скорой помощи должна быть поисковая лампа-фонарь.

9.3.12.6. Все переносное медицинское оборудование и материалы должны быть зафиксированы в местах их расположения в салоне.

9.3.13. Дополнительные требования к оснащению машины скорой помощи, предназначенной для оказания экстренной медицинской помощи, для реанимации и интенсивной терапии:

9.3.13.1. Машина скорой помощи должна быть оборудована аппаратом искусственного дыхания, электрокардиографом, аспиратором, аппаратом для наркоза, средствами мониторинга (глюкометр, кардиомонитор, пульсоксиметр, автоматический дозатор лекарственных средств).

9.3.13.2. Расположение носилок в автомобиле и их фиксация должны иметь возможность осуществления реанимационных мероприятий. Высота носилок над уровнем пола должна регулироваться в диапазоне от 400 мм до 650 мм.

9.3.14. Требования к санитарному содержанию салона машины скорой помощи:

9.3.14.1. Поверхность медицинского оборудования, приборов, мебели, сидений, носилок, подголовников должна быть чистой, не иметь следов грязи, пыли, пятен крови, фекалий и иных загрязнителей.

9.3.14.2. В салоне машины скорой помощи должен отсутствовать мусор. Использованные медицинские средства одноразового назначения должны находиться в закрытом контейнере (ящике, урне).

9.3.14.3. В салоне машины скорой помощи должен отсутствовать запах гари, бензина, табачного дыма.

9.4. Требования к отделению скорой медицинской помощи:

9.4.1. По прибытии на место вызова медицинский персонал должен поздороваться и представиться больному (пострадавшему) и членам его семьи.

9.4.2. Санитарная одежда (медицинский халат, костюм) медицинского персонала не должна иметь пятен и иных следов загрязнений.

9.4.3. При осмотре больного руки медицинского работника, осуществляющего осмотр, должны быть чистыми.

9.4.4. При проведении медицинских процедур используемые инструменты и материалы, должны быть стерильными. Используемые медицинские перчатки, шприцы, иглы, бинты и иные средства одноразового использования должны быть извлечены из защитной упаковки непосредственно перед их применением.

9.4.5. При установлении диагноза заболевания (травмы) медицинский работник должен сообщить его больному (пострадавшему) и, при его согласии, членам его семьи, изложить план и возможные варианты действий по оказанию медицинской помощи (осуществлению медицинских процедур).

9.4.6. При использовании лекарственных препаратов медицинский работник должен узнать у больного (пострадавшего) и (или) членов его семьи о наличии противопоказаний и возможности их использования.

9.4.7. При отказе от осуществления отдельных действий и процедур медицинский работник должен предупредить больного (пострадавшего) и (или) членов его семьи о возможных последствиях и рисках, связанных с таким решением.

9.4.8. По окончании медицинских процедур медицинский работник должен сообщить о необходимости госпитализации (при наличии такой необходимости) и указать предполагаемое лечебное учреждение (его местонахождение, телефон приемного отделения).

9.4.9. В случае отказа больного (пострадавшего) от госпитализации медицинский работник должен предупредить больного (пострадавшего) и (или) членов его семьи о возможных последствиях и рисках, связанных с таким решением.

9.4.10. В случае отказа больного (пострадавшего) от госпитализации медицинский работник должен предоставить ему на подпись документ об отказе от госпитализации.

9.4.11. При необходимости амбулаторного лечения (наблюдения) медицинский сотрудник должен осуществить вызов участкового врача на дом к больному (пострадавшему).

9.4.12. Пострадавшие вследствие чрезвычайной ситуации или дорожно-транспортного происшествия должны быть перенесены для оказания медицинской помощи в безопасное место, защищенное от неблагоприятных метеорологических условий.

9.4.13. Бригада скорой помощи, по просьбе больного (пострадавшего), должна оказать ему помощь (страховку) при его самостоятельном передвижении до машины скорой медицинской помощи.

9.4.14. В случае неспособности больного (пострадавшего) самостоятельно передвигаться, бригада скорой медицинской помощи должна обеспечить переноску больного (пострадавшего) до машины скорой помощи на носилках.

9.4.15. При транспортировке больного (пострадавшего) на носилках бригада скорой помощи должна обеспечить перенос носилок в горизонтальном положении в течение всего времени транспортировки до машины скорой помощи (включая перенос носилок по лестничным пролетам и маршам).

9.4.16. Бригада скорой медицинской помощи при обращении к ним членов семьи больного и иных лиц, находящихся в одном помещении с больным, должна провести их осмотр и, при необходимости, оказать им помощь.

9.4.17. При госпитализации медицинский сотрудник должен узнать у больного (пострадавшего) о лицах, кому может быть предоставлена информация о факте и месте его госпитализации.

9.4.2. Требования к транспортировке больного (пострадавшего) в лечебное учреждение:

9.4.2.1. Бригада скорой медицинской помощи при транспортировке больного в лечебное учреждение должна обеспечить проведение комплекса мероприятий по восстановлению и (или) поддержанию жизненно-важных функций организма.

9.4.2.2. В течение всего времени транспортировки в салоне машины скорой помощи с больным (пострадавшим) должен находиться медицинский работник.

9.4.2.3. В течение всего времени транспортировки больной (пострадавший), находящийся в лежачем положении, должен быть зафиксирован ремнями безопасности.

9.4.2.4. При транспортировке больного (пострадавшего) сотрудники бригады скорой медицинской помощи (включая водителя) не должны курить.

9.4.2.5. При транспортировке больных (пострадавших) детей, организация, оказывающая услугу, должна предоставить отдельное место для сопровождения его родителем (членом семьи, законным представителем).

9.4.2.6. В случае вынужденной остановки (при поломке машины скорой помощи, дорожно-транспортном происшествии) бригадой скорой медицинской помощи должна быть вызвана другая машина скорой помощи для продолжения транспортировки больного в лечебное учреждение.

9.4.3. Требования к передаче больного (пострадавшего) в лечебное учреждение:

9.4.3.1. Больной (пострадавший), доставленный бригадой скорой медицинской помощи в лечебное учреждение, должен быть передан дежурному персоналу

приемного отделения лечебного учреждения в течение 5 минут с момента прибытия машины скорой помощи в лечебное учреждение.

9.4.3.2. При невозможности оказания помощи больному (пострадавшему) в лечебном учреждении, он должен быть доставлен в лечебное учреждение, где ему может быть предоставлена такая помощь.

9.4.3.3. Бригада скорой помощи, по просьбе больного (пострадавшего), должна оказать ему помощь (страховку) при выходе из машины скорой медицинской помощи.

9.5. Общие требования к взаимодействию с больными (пострадавшими) и лицами, представляющими их интересы:

9.5.1. Отделение, оказывающее услугу, должно обеспечить сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при обследовании и лечении обратившегося за медицинской помощью.

9.5.2. Отделение, оказывающее услугу, должно использовать только разрешенные к применению лекарственные средства.

9.5.3. Персонал отделения скорой медицинской помощи, ни при каких обстоятельствах, не должен кричать на больного (пострадавшего), членов его семьи, за исключением случаев предупреждения о грозящей ему немедленной опасности.

9.5.4. Персонал отделения скорой медицинской помощи, ни при каких обстоятельствах, не должен оскорблять больного (пострадавшего), членов его семьи, в том числе на почве расовой и национальной неприязни, а также вне зависимости от нахождения в состоянии опьянения.

Выполнение указанных в настоящем разделе требований не освобождает оказывающую услугу организацию от установленной законодательством ответственности за соблюдение иных утвержденных в установленном порядке норм и правил.

10. Основные факторы, влияющие на качество предоставления муниципальной услуги

На качество предоставления муниципальных услуг влияют факторы:

- наличие и состояние документов, в соответствии с которыми функционирует учреждение;

- условия размещения учреждения;

- организационно-технические условия и материально-техническое оснащение учреждения (медицинское, технологическое и прочее оборудование);

- укомплектованность учреждения специалистами и их квалификация;

- особенности информационного сопровождения деятельности учреждения, предоставляющего услугу;

- наличие ведомственной и вневедомственной систем контроля качества оказания медицинской помощи;

- соответствие клинико-экономическим стандартам оказания медицинской помощи.

10.1. Документы, в соответствии с которыми функционирует учреждение:

10.1.1. Устав учреждения - является основным, организационным документом, регламентирующим деятельность учреждения и должен включать в себя следующие сведения:

• предназначение учреждения;

• порядок формирования деятельности, реорганизации и ликвидации;

• юридический статус (организационно-правовая форма и форма собственности);

• ведомственная принадлежность и подчиненность;

• основные задачи деятельности, категории обслуживаемых лиц;

• структурные подразделения учреждения, основные направления их деятельности, объем и порядок предоставления ими услуг в соответствии с

государственными, региональными (в случае их утверждения) или муниципальными стандартами в области здравоохранения.

10.1.2. Лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложениями;

10.1.3. Лицензии на фармацевтическую деятельность, деятельность, связанную с оборотом наркотических средств и психотропных веществ с приложениями, а также других лицензий, необходимых для деятельности медицинских учреждений в соответствии с действующей нормативной базой.

10.1.4. Приказы, решения, правила, инструкции, методики, положения, определяющие способы предоставления услуг и контроля их качества, предусматривающие меры совершенствования работы медицинского учреждения.

Основными Положениями являются:

- положение о системе ведомственного контроля качества;
- положение о врачебной комиссии, утверждаемое приказом руководителя учреждения;
- положение о порядке предоставления платных услуг, утверждаемое приказом руководителя учреждения.

10.1.5. Эксплуатационные документы на медицинское оборудование, приборы и аппаратуру;

10.1.6. Государственные, региональные и муниципальные стандарты в области здравоохранения.

10.2. Условия размещения и режим работы учреждений.

Учреждение должно размещаться в специально предназначенных зданиях и помещениях, доступных для населения.

Площадь, занимаемая учреждением, должна обеспечивать размещение работников и населения и предоставление им услуг в соответствии с санитарными правилами и нормами.

По площади и техническому состоянию помещения должны отвечать требованиям противопожарной безопасности, безопасности труда и быть защищены от воздействия факторов, отрицательно влияющих на качество предоставляемых услуг (повышенная температура воздуха, влажность воздуха, запыленность, загрязненность, шум, вибрация и так далее) и должна быть оснащена необходимым специальным оборудованием и инструментом.

10.3. Техническое оснащение учреждения.

Каждое подразделение должно быть оснащено медицинским, технологическим и прочим оборудованием, отвечающим требованиям стандартов и обеспечивающим надлежащее качество предоставляемых услуг.

Оборудование, приборы и аппаратуру следует использовать строго по назначению в соответствии с эксплуатационными документами, содержать в технически исправном состоянии, которое следует систематически проверять.

10.4. Укомплектованность учреждения кадрами и их квалификация.

Учреждение должно располагать необходимым числом специалистов в соответствии со штатным расписанием.

Каждый медицинский работник должен иметь соответствующее образование, сертификат, квалификацию, профессиональную подготовку, обладать знаниями и опытом, необходимыми для выполнения возложенных на него обязанностей. Квалификацию медицинских работников следует поддерживать на высоком уровне постоянной (не реже 1 раза в 5 лет) учебой на курсах переподготовки и повышения квалификации, проведением конференций, семинаров, разборов сложных случаев и выявленной дефектуры.

У каждого медицинского работника должны быть должностные инструкции, устанавливающие их обязанности и права.

10.5. Особенности информационного сопровождения деятельности учреждения:

10.5.1. Учреждение обеспечивает граждан бесплатной, доступной и достоверной информацией, включающей в себя сведения о наименовании учреждения и его местонахождении (месте государственной регистрации), режиме работы, перечне основных видов медицинской помощи, предоставляемых учреждением.

10.5.2. Пациент имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

10.5.3. В каждом АПП Учреждения в общедоступных местах на информационных стендах размещаются сведения:

- режим работы;
- виды медицинской помощи, оказываемой бесплатно в рамках Программы государственных гарантий на текущий год;
- перечень оказываемых платных услуг и их стоимость;
- условия предоставления и получения платных услуг;
- перечень специалистов, ведущих прием;
- перечень категорий лиц, имеющих право на обслуживание вне очереди;
- перечень необходимых документов для оказания медицинской помощи в данном медицинском учреждении и при направлении на консультацию в другие медицинские учреждения.

Сведения о графике работы Учреждения сообщаются по телефону (регистратура), а также размещаются на вывесках при входе в здания.

Информирование о порядке предоставления Услуги осуществляется должностными лицами Учреждения, ответственными за организацию медицинской помощи.

Информирование осуществляется в виде:

- устного консультирования
- письменного консультирования.

Информирование осуществляется с использованием:

- средств телефонной связи;
- средств почтовой связи;
- электронной почты;
- средств массовой информации;
- печатных информационных материалов;
- информационных стендов.

Режим работы Учреждения устанавливается в соответствии с требованиями Трудового кодекса Российской Федерации и правилами внутреннего трудового распорядка, с учетом специфики предоставления конкретных видов муниципальных услуг и типа учреждения.

11. Контроль качества оказания муниципальной услуги

11.1. Наличие внутренней и внешней систем контроля за деятельностью учреждения:

11.1.1. Внутренний (ведомственный) контроль качества оказания медицинской помощи осуществляется должностными лицами учреждения, врачебными комиссиями.

11.1.2. Внешний (вневедомственный) контроль осуществляют страховые медицинские организации, областной Территориальный фонд ОМС, территориальный орган социального страхования РФ.

11.2. При оценке качества услуг используются следующие критерии:

- своевременность предоставления;
- соответствие оказываемой медицинской помощи медико-экономическим стандартам;
- объем оказания медицинской помощи;

- отсутствие обоснованных жалоб.

Контроль качества оказанной скорой медицинской помощи позволяет определить своевременность, адекватность, полноту и эффективность оказания экстренной и неотложной медицинской помощи каждому больному (пострадавшему).

Обязательному контролю подлежат:

- случаи летальных исходов при оказании скорой медицинской помощи;
- случаи с расхождением диагнозов врача (фельдшера) бригады скорой медицинской помощи с заключительным клиническим диагнозом, установленным в лечебном отделении стационара Учреждения (иного ЛПУ), при возврате талона к сопроводительному листу в Учреждение (форма № 114у, утверждена приказом Минздравсоцразвития РФ от 02.12.2009г. № 942);

- случаи, сопровождающиеся жалобами пациентов, их родственников или законных представителей.

Выборочному контролю подлежат все прочие случаи оказания медицинской помощи путем статистического метода «случайной» выборки.

Экспертиза качества медицинской помощи конкретному больному предусматривает сопоставление оказанной медицинской помощи со стандартами, а также требованиям алгоритмов оказания скорой медицинской помощи при конкретных нозологических формах болезней.

Структура внутриведомственной экспертизы качества медицинской помощи Учреждения:

- Заведующий ОСМП,
- заместитель главного врача по медицинской части,
- врачебная комиссия Учреждения.

Порядок и периодичность осуществления плановых и внеплановых проверок полноты и качества исполнения предоставления Услуги, в том числе порядок и формы контроля за полнотой и качеством предоставления Услуги осуществляется согласно плану проверок или по мере поступления претензий.

Перечень решений, которые могут быть приняты по итогам оценки фактического качества оказания муниципальной услуги:

- оформление по итогам проверки справки/акта/предписания с указанием выявленных нарушений и сроков их устранения с предоставлением в управление здравоохранения письменного уведомления об исполнении (при необходимости с приложением подтверждающих документов);

- организация внеплановой проверки для контроля устранения выявленных нарушений;

- оказание дополнительной организационно-методической помощи учреждению здравоохранения;

- применение мер дисциплинарного воздействия к руководителю муниципального учреждения здравоохранения;

- материалы проверок, проведенных в рамках реализации переданных полномочий по контролю качества оказания медицинской помощи, могут быть направлены в правоохранительные органы.

11.3. Ответственность за качество оказания медицинских услуг.

В учреждении должно быть назначено лицо, ответственное за качество предоставления медицинских услуг. За решения, принимаемые (осуществляемые) в ходе предоставления Услуги, и действия (бездействия), осуществляемые в ходе предоставления Услуги, должностные лица, ответственные за предоставление Услуги, несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации. Руководитель учреждения несет полную ответственность за соблюдение настоящего Стандарта и определяет основные цели, задачи и направления

деятельности учреждения в области совершенствования качества предоставляемых услуг.

11.4. Качественную медицинскую помощь характеризуют:

- доступность, безопасность, адекватность и эффективность медицинской помощи;
- обоснованность применяемых медицинских технологий (выполнение медицинского процесса);
- отсутствие врачебных ошибок и нарушений технологии оказания медицинской помощи;
- оптимальность использования ресурсов учреждения;
- удовлетворенность больного медицинским обслуживанием.

11.5. Требования к технологии оказания услуг.

Получателю услуги предоставляется право доступа к:

- перечню документов, необходимых для получения муниципальной услуги;
- составу и последовательности действий получателя муниципальной услуги и учреждения;
- объему и содержанию услуги, включая удельные показатели объема услуги на одного потенциального потребителя услуги;
- сроку оказания муниципальной услуги, а также к срокам на совершение действий (принятие решений) в процессе оказания муниципальной услуги, срокам ожидания получения услуги после оформления соответствующего запроса;
- очередности предоставления муниципальной услуги (совершению действий и принятию решений) в случае превышения спроса на муниципальную услугу над возможностью ее предоставления без ожидания, в том числе к срокам и условиям ожидания оказания данной услуги;
- результатам, который должен получить получатель муниципальной услуги.

11.6. Проверка исполнения стандарта контролируется ответственными должностными лицами в ходе оценки соответствия фактически предоставленных услуг стандарту.

По результатам оценки применяются:

- стимулирующие меры административного и финансового характера в отношении руководителей подразделений, предоставляющих муниципальные услуги;
- дисциплинарные меры в отношении руководителей подразделений, предоставляющих муниципальные услуги.

12. Порядок обжалования действий (бездействий) исполнителя и ответственных должностных лиц, оказывающих муниципальную услугу

12.1. Общие положения.

12.1.1. Обжаловать нарушение требований настоящего стандарта качества муниципальной услуги может любое лицо, являющееся потребителем муниципальной услуги. За несовершеннолетних лиц обжаловать нарушение настоящего стандарта могут родители (законные представители).

12.1.2. Правозащитные организации могут представлять интересы вышеуказанных лиц.

12.1.3. Лицо, подающее жалобу на нарушение требований стандарта качества муниципальной услуги (далее - заявитель) при условии его дееспособности, может обжаловать нарушение настоящего стандарта следующими способами:

- 1) указание на нарушение требований стандарта сотруднику учреждения;
- 2) жалоба на нарушение требований стандарта должностному лицу учреждения;
- 3) жалоба на нарушение требований стандарта в администрацию ЗАТО города Североморска;
- 4) обращение в суд.

12.2. Указание на нарушение требований стандарта сотруднику учреждения.

12.2.1. При выявлении нарушения требований, установленных настоящим стандартом, заявитель вправе указать на это сотруднику учреждения, с целью незамедлительного устранения нарушения и (или) получения извинений в случае, когда нарушение требований стандарта было допущено непосредственно по отношению к заявителю (лицу, которого он представляет).

12.2.2. При невозможности, отказе или неспособности сотрудника учреждения, устранить допущенное нарушение требований стандарта и (или) принести извинения, заявитель может использовать иные способы обжалования.

Обжалование в форме указания на нарушение требований стандарта сотруднику учреждения, не является обязательным для использования иных, предусмотренных настоящим стандартом, способов обжалования.

12.3. Жалоба на нарушение требований стандарта должностному лицу учреждения.

12.3.1. При выявлении нарушения требований, установленных настоящим стандартом, заявитель может обратиться с жалобой на допущенное нарушение к должностному лицу учреждения.

12.3.2. Обращение заявителя с жалобой к должностному лицу организации учреждения, может быть осуществлено в письменной или устной форме. Учреждение не вправе требовать от заявителя подачи жалобы в письменной форме.

12.3.3. Должностное лицо учреждения, при приеме жалобы заявителя может совершить одно из следующих действий:

а) принять меры по установлению факта нарушения требований стандарта и удовлетворению требований заявителя;

б) аргументировано отказать заявителю в удовлетворении его требований.

12.3.4. Должностное лицо учреждения, может отказать заявителю в удовлетворении его требований в случае несоответствия предъявляемых требований требованиям настоящего стандарта, при наличии оснований для того, чтобы считать жалобу заявителя безосновательной, в случае несоответствия срокам, указанным в пункте 4.4. настоящего раздела, а также по иным причинам.

В случае аргументированного отказа, по просьбе заявителя учреждение, должно в день подачи жалобы предоставить официальное письмо, содержащее следующую информацию:

- фамилия имя отчество заявителя;
- фамилия имя отчество лица, которого он представляет;
- адрес проживания заявителя;
- контактный телефон;
- наименование учреждения, принявшего жалобу;
- содержание жалобы заявителя;
- дата и время фиксации нарушения заявителем;
- причины отказа в удовлетворении требований заявителя.

12.3.5. При личном обращении заявителя с жалобой с целью установления факта нарушения требований стандарта и удовлетворения требований заявителя (полного или частичного), должностное лицо учреждения, должен совершить следующие действия:

12.3.5.1. Совместно с заявителем и при его помощи удостовериться в наличии факта нарушения требований стандарта (в случае возможности его фиксации на момент подачи жалобы заявителем).

12.3.5.2. Совместно с заявителем и при его помощи установить сотрудников, которые, по мнению заявителя, ответственны за нарушение требований стандарта (в случае персонального нарушения требований стандарта).

12.3.5.3. По возможности организовать устранение зафиксированного нарушения требований стандарта в присутствии заявителя.

12.3.5.4. Принести извинения заявителю от имени учреждения за имевший место факт нарушения требований стандарта, допущенный непосредственно по отношению к заявителю (лицу, которое он представляет) в случае, если такое нарушение имело место и должностное лицо не считает для этого целесообразным проведение дополнительных служебных расследований.

12.3.5.5. В случае удовлетворения всех требований заявителя, действия, указанные в пунктах 12.3.5.6-12.3.5.12 настоящего раздела не осуществляются.

12.3.5.6. Если требования заявителя не были полностью удовлетворены, по требованию заявителя предоставить ему расписку в получении жалобы. Расписка должна содержать следующую информацию:

- фамилия имя отчество заявителя;
- фамилия имя отчество лица, которого он представляет;
- адрес проживания заявителя;
- контактный телефон;
- наименование учреждения, принявшего жалобу;
- содержание жалобы заявителя;
- дата и время фиксации нарушения заявителем;
- факты нарушения требований стандарта, совместно зафиксированные заявителем и ответственным сотрудником учреждения;
- лицо, допустившее нарушение требований стандарта (при персональном нарушении) – по данным заявителя, либо согласованные данные;
- нарушения требований стандарта, устраненные непосредственно в присутствии заявителя;
- подпись должностного лица;
- печать организации;
- подпись заявителя, удостоверяющая верность указанных данных.

12.3.5.7. Провести служебное расследование с целью установления фактов нарушения требований стандарта, обозначенных заявителем, и ответственных за это сотрудников.

12.3.5.8. Устранить нарушения требований стандарта, зафиксированные совместно с заявителем.

12.3.5.9. Применить дисциплинарные взыскания к сотрудникам, ответственным за допущенные нарушения требований стандарта.

12.3.5.10. Обеспечить в течение не более 15 дней после подачи жалобы уведомление заявителя (лично или по телефону) о предпринятых мерах, в том числе:

- об устранении зафиксированных в жалобе нарушений (с перечислением устраненных нарушений);
- о примененных дисциплинарных взысканиях в отношении конкретных сотрудников (с указанием конкретных мер и сотрудников);
- об отказе в удовлетворении требований заявителя (в том числе в применении дисциплинарных взысканий в отношении конкретных сотрудников с аргументацией отказа).

12.3.5.11. По просьбе заявителя в течение 3 дней со дня уведомления предоставить ему в виде официального письма информацию, о которой заявитель был уведомлен в соответствии с пункте 12.3.6.10 настоящего раздела.

12.3.5.12. Принести извинения заявителю (лицу, в отношении которого было допущено нарушение требований стандарта) от имени организации за имевший место факт нарушения требований стандарта, допущенный непосредственно по отношению к заявителю (лицу, которое он представляет) в случае, если такие извинения не были принесены ранее.

12.3.6. В случае отказа учреждения, от удовлетворения отдельных требований заявителя, либо в случае нарушения сроков, указанных в пунктах 12.3.6.10-12.3.6.11 настоящего раздела, заявитель может использовать иные способы обжалования.

Жалоба на нарушение требований стандарта должностному лицу учреждения, не является обязательной для использования иных, предусмотренных настоящим Стандартом, способов обжалования.

12.4. Порядок осуществления проверочных действий в случае подачи жалобы на нарушение требований стандарта в администрацию ЗАТО города Североморска.

12.4.1. При выявлении нарушения требований, установленных настоящим стандартом, заявитель может обратиться с жалобой на допущенное нарушение в администрацию ЗАТО города Североморска на имя главы администрации города.

12.4.2. Подача и рассмотрение жалобы в администрации ЗАТО города Североморска осуществляются в порядке, установленном Федеральным законом от 02.05.2006 № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации».

12.4.3. Проверочные действия с целью установления факта нарушения отдельных требований стандарта (далее – проверочных действий) осуществляет ответственное подразделение, за исключением случаев, когда обжалуются действия (бездействие) данного подразделения.

12.4.4. Заявителю может быть отказано в осуществлении проверочных действий в соответствии с установленным настоящим стандартом порядком в следующих случаях:

- предоставление заявителем заведомо ложных сведений;
- содержание жалобы не относится к требованиям настоящего стандарта.

Отказ в осуществлении проверочных действий по иным основаниям не допускается.

В случае отказа в осуществлении проверочных действий в ответе заявителю в обязательном порядке должны быть указаны причины этого отказа.

12.4.5. Если в жалобе обжалуются действия (бездействие) ответственного подразделения, проверочные действия осуществляются в форме служебной проверки в соответствии с регламентом;

В иных случаях проверочные действия осуществляются в соответствии с п.п. 12.4.6-12.4.11.

12.4.6. Факт нарушения отдельных требований стандарта, на который было указано в жалобе заявителя, должен быть установлен в течение 25 дней с момента регистрации жалобы.

12.4.7. Ответственное структурное подразделение может осуществить проверочные действия:

а) посредством поручения руководителю подведомственной организации, жалоба на которую была подана заявителем, установить факт нарушения отдельных требований стандарта и выявить ответственных за это сотрудников;

б) собственными силами.

Осуществление проверочных действий по жалобам, содержащим указание на наличие официального отказа учреждения, от удовлетворения требований заявителя, либо на действие (бездействие) руководителя оказывающего услугу учреждения осуществляется исключительно в соответствии с подпунктом «б» настоящего пункта.

Установление факта нарушения требований стандарта в соответствии с пунктом «а» настоящего пункта может осуществляться только администрацией ЗАТО города Североморска.

12.4.8. Установление факта нарушения требований стандарта силами организации, оказывающей услугу, осуществляется посредством проведения руководителем данной организации проверки и/или служебного расследования по содержанию поступившей жалобы.

Сроки установления факта нарушения требований стандарта учреждением, определяются в соответствии с поручением ответственного подразделения администрации ЗАТО города Североморска.

По результатам проведения проверки и/или служебного расследования руководитель учреждения:

- устраняет выявленные нарушения требований стандарта, на которые было указано в жалобе заявителя;
- привлекает сотрудников, признанных виновными за нарушение требований стандарта, к ответственности;
- представляет ответственному подразделению отчет об установленных и неустановленных фактах нарушения отдельных требований настоящего стандарта с указанием действий, предпринятых руководителем в части устранения нарушения требований стандарта и наказания ответственных сотрудников учреждения.

На основании данных отчета ответственное подразделение может провести проверочные действия по соответствующей жалобе самостоятельно в случае возникновения сомнений в достоверности результатов представленного отчета.

12.4.9. С целью установления факта нарушения требований стандарта ответственное подразделение вправе:

- использовать подтверждающие материалы, представленные заявителем;
- привлекать заявителя с целью установления факта нарушения;
- проводить опросы свидетелей факта нарушения отдельных требований стандарта (при их согласии);
- проверить текущее выполнение требований настоящего стандарта, на нарушение которых было указано в жалобе заявителя;
- осуществлять иные действия, способствующие установлению факта нарушения стандарта.

Выявление в ходе проведения проверки текущего несоблюдения требований настоящего Стандарта, на нарушение которых было указано в жалобе, является достаточным основанием для установления факта нарушения требований стандарта в соответствии с жалобой заявителя.

12.4.10. По результатам осуществленных проверочных действий ответственное подразделение:

- а) готовит соответствующий акт проверки учреждения, допустившего нарушение стандарта;
- б) обеспечивает применение мер ответственности к учреждению, ее руководителю.

12.4.11. В сроки, установленные Федеральным законом от 02.05.2006 № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации» для рассмотрения обращений граждан, но не позднее 30 дней с момента регистрации жалобы, на имя заявителя должно быть направлено официальное письмо, содержащее следующую информацию:

- установленные факты нарушения требований стандарта, о которых было сообщено заявителем;
- неустановленные факты нарушения требований стандарта, о которых было сообщено заявителем;
- принятые меры ответственности в отношении учреждения, и отдельных сотрудников данного учреждения;
- принесение от имени учреждения извинений в связи с имевшим место фактом нарушения отдельных требований стандарта (в случае установления фактов нарушения требований стандарта);
- о передаче материалов жалобы и результатов осуществления проверочных действий в органы государственной власти;

- иную информацию в соответствии с федеральным законом, регулирующим порядок рассмотрения обращений граждан.

12.5. Особенности обжалования нарушения стандарта несовершеннолетними:

12.5.1. При подаче жалобы должностному лицу организации, оказывающей услугу, жалоба подается в устной и (или) письменной форме.

12.5.2. Должностное лицо организации, оказывающей услугу, должно уведомить родителей (законных представителей) заявителя о факте подачи жалобы и принятом им решении.

12.5.3. Расписка в получении жалобы, поданной должностному лицу организации, оказывающей услугу, не предоставляется.

13. Ответственность за нарушение требований стандарта качества оказания муниципальной услуги

13.1. Ответственность сотрудников учреждения.

Меры ответственности за нарушение требований стандарта к сотрудникам учреждения, устанавливаются руководителем данного учреждения в соответствии с внутренними документами учреждения и требованиями настоящего Стандарта.

13.2. Ответственность за нарушение требований стандарта руководителя учреждения.

К ответственности за нарушение требований стандарта могут быть привлечены только руководители учреждения по результатам установления имевшего место факта нарушения требований стандарта в результате проверочных действий ответственного структурного подразделения или судебного решения.

Меры ответственности за нарушение требований стандарта к руководителю учреждения определяются администрацией ЗАТО города Североморска.
