



ПОЛОЖЕНИЕ О СЛУЖБЕ ПОДДЕРЖКИ ПАЦИЕНТОВ и ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ (АУДИТА)

ГКП на ПХВ «Областная станция скорой медицинской помощи»

1. Общая часть
2. Настоящее Положение определяют порядок организации мероприятий Службы поддержки пациента и внутреннего контроля (аудита) **ГКП на ПХВ «Областная станция скорой медицинской помощи»**
3. Службы поддержки пациента и внутреннего контроля (аудита) – структурное подразделение **ГКП на ПХВ «Областная станция скорой медицинской помощи»**, осуществляющее деятельность по управлению качеством оказания медицинских услуг на уровне организации.

1. Общие положения Служба поддержки пациентов и внутреннего контроля (аудита) создается на основании Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года № 193-IV «О здоровье народа и системе здравоохранения» (с изменениями и дополнениями от 29.03.2016г.), законом Республики Казахстан от 12 января 2007 года № 221 «О порядке рассмотрения обращений физических и юридических лиц», Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан № ҚР ДСМ-230/2020 от 3 декабря 2020 года «Об утверждении правил организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг (помощи)» в целях оказания качественной медицинской помощи, защиты прав пациентов и их поддержки.

1. **Задачей Службы является обеспечение реализации прав и поддержки пациентов.** Служба действует на основе принципов приоритета прав и свобод человека и гражданина, справедливости, гуманизма, равенства прав граждан. Служба поддержки пациентов и внутреннего контроля координирует деятельность организации по управлению качеством медицинской помощи по следующим направлениям:

- 1) решение проблем (жалоб) пациентов на месте по мере их появления и в срок, не превышающий 5 календарных дней, с изучением степени

удовлетворенности пациентов уровнем и качеством медицинских услуг посредством проведения их анкетирования;

2) оценка состояния и эффективности использования кадровых и материально-технических ресурсов;

3) оценка технологий оказания медицинской помощи пациентам на соответствие установленным стандартам в области здравоохранения (клинический аудит) и отбор случаев, подлежащих комиссионной оценке;

4) соблюдение правил оказания гарантированного объема бесплатной медицинской помощи;

5) разработка программных мероприятий, направленных на предупреждение и устранение дефектов в работе и способствующих повышению качества и эффективности медицинской помощи.

Функциями Службы являются:

1) анализ эффективности деятельности подразделений организации здравоохранения по оценке собственных процессов и процедур, внедрению стандартов в области здравоохранения, применению внутренних индикаторов

2) анализ деятельности внутрибольничных комиссий;

3) представление руководству организации здравоохранения информации о проблемах, выявленных в результате анализа, для принятия соответствующих управленческих решений;

4) обучение и методическая помощь персоналу организации здравоохранения по вопросам обеспечения качества медицинской помощи;

5) изучение мнения сотрудников организации здравоохранения и информирование персонала о мерах по улучшению качества и обеспечению безопасности пациентов в организации.

6) рассмотрение обращений пациентов на качество медицинских услуг.

1) Обращение пациентов. Решение проблем (жалоб) пациентов на месте по мере их появления и в срок не превышающий 5 календарных дней с изучением степени удовлетворенности пациента; Обращение должно быть подписано заявителем. При подаче жалобы указываются наименование субъекта или должность, фамилии и инициалы должностных лиц, чьи действия обжалуются, мотивы обращения и требования. Поступившая жалоба, направляется в Службу поддержки пациентов с сообщением об этом

заявителю, в срок не позднее трех рабочих дней со дня его поступления. 1.

Сроки рассмотрения обращения:

1. Обращение физического и (или) юридического лица, для рассмотрения которого не требуется получение информации от иных лиц, рассматривается в сроки, не превышающие пяти календарных дней со дня поступления в Службу поддержки пациентов.
2. Жалоба пациента, для рассмотрения которого требуются получение информации от иных лиц, либо проверка с выездом на место, рассматривается и по нему принимается решение в течение пятнадцати календарных дней со дня поступления.
3. В тех случаях, когда необходимо проведение дополнительного изучения или проверки, срок рассмотрения продлевается не более чем на тридцать календарных дней, о чем сообщается заявителю в течение трех календарных дней со дня продления срока рассмотрения.
4. Срок рассмотрения по жалобам продлевается главным врачом или его заместителем.

2. Рассмотрение обращения

- При рассмотрении обращения сотрудники Службы внутреннего контроля (аудита) обеспечивают объективное, всестороннее и своевременное рассмотрение обращений физических и юридических лиц. Принимают меры, направленные на восстановление нарушенных прав и свобод физических и юридических лиц;

- При изучении обращения сотрудники Службы внутреннего контроля (аудита) несут ответственность за сбор и достоверность представленной информации, необходимой для проверки обращения.

Ответственность за обращение с жалобами возложена на Службу поддержки пациентов и внутреннего контроля (аудита), заместителя главного по качеству медицинских услуг, главного врача, заместителя главного врача по медицинской работе и заведующих подстанции, медицинской организации.

В рассмотрении жалобы не должны принимать участие лица, имевшие отношение к предмету жалобы.

По завершению рассмотрения обращения составляется протокол. Протокол и материалы (первичная документация, объяснительные записки и пр.) представляются Службе внутреннего контроля (аудита), заместителю

главного врача по качеству медицинских услуг и руководителю медицинской организации для обсуждения и принятия мер.

По результатам рассмотрения обращений принимается одно из следующих решений:

- 1) о полном или частичном удовлетворении обращения;
- 2) об отказе в удовлетворении обращения с обоснованием принятия такого решения;
- 3) о даче разъяснения по существу обращения;
- 4) о прекращении рассмотрения обращения.

Служба в пределах своей компетенции:

- 1) обеспечивают объективное, всестороннее и своевременное рассмотрение жалоб пациентов, в случае необходимости — с их участием;
- 2) принимать меры, направленные на восстановление нарушенных прав пациентов;
- 3) информировать пациентов о результатах рассмотрения их жалоб и принятых мерах;

2. По результатам рассмотрения жалоб пациентов принимается одно из следующих решений:

- 1) о полном или частичном удовлетворении жалобы;
- 2) об отказе в удовлетворении жалобы с обоснованием принятия такого решения;
- 3) о даче разъяснения по существу жалобы.

Права и обязанности членов Службы. Члены Службы имеют право:

- запрашивать и получать необходимую для рассмотрения жалобы информацию;

Члены Службы обязаны:

- принимать и рассматривать жалобы пациентов в порядке и сроки, которые установлены Законом Республики Казахстан «О порядке рассмотрения обращений физических и юридических лиц»
- принимать обоснованные решения;
- обеспечить контроль за исполнением принятых решений;

- сообщать пациентам о принятых решениях в письменной/устной(по контактам указанным в обращении) форме либо в форме электронного документа;
- исключать случаи возложения проверок на лиц, в отношении которых имеются основания полагать, что они не заинтересованы в объективном решении вопроса;
- анализировать и обобщать жалобы, содержащиеся в них критические замечания, изучать общественное мнение, в целях совершенствования работы и устранения причин, порождающих жалобы пациентов.
- проводить мониторинг СМИ,
- оценка технологий оказания медицинской помощи пациентам на соответствие установленным стандартам в области здравоохранения (клинический аудит) и отбор случаев, подлежащих комиссионной оценке;
- соблюдение правил оказания гарантированного объема медицинской помощи, разработка программных мероприятий, направленных на предупреждение и устранение дефектов в работе и способствующих повышению качества и эффективности медицинской помощи.
- Разработка политик и процедур; (СОП) Внутренний контроль качества медицинских услуг предусматривает применение мер административного воздействия к лицам или подразделениям при выявлении дефектов при оказании медицинской помощи, а так же возможности премирования за качественное выполнение должностных обязанностей, планов работы и улучшения основных показателей / индикаторов, оценивающих деятельность отделения, лица.

2. Порядок организации службы поддержки пациентов и внутреннего контроля (аудита). Служба поддержки пациентов и внутреннего контроля (аудита) создается из администраторов среднего и высшего звена, врачей экспертов, эпидемиолога, клинического фармаколога, специалиста по мониторингу СМИ, авторитетных специалистов организации.

Состав утверждается приказом первого руководителя.

Система поддержки пациентов и внутреннего контроля (аудита) в организации здравоохранения имеет многоуровневый характер:

- самоконтроль,
- контроль на уровне старшего фельдшера, старшего врача, заведующего подстанцией
- контроль осуществляемый экспертами СППВК

Экспертизу качества медицинской помощи на уровне самоконтроля осуществляет врач/фельдшер отделения (первый уровень аудита)

На уровне станции/ подстанции контроль за качеством медицинской помощи старший фельдшер/врач (второй уровень аудита). На уровне организации контроль качества осуществляют эксперты/зав подстанциями. Они, прежде всего, определяют структурный подход к обеспечению качества помощи в целом в организации (третий уровень аудита). Специалист по мониторингу СМИ осуществляет мониторинг СМИ, планирует выступления в СМИ. Качество медицинской помощи в медицинской организации определяется квалификацией врачей и средних медработников, организацией работы отделений и служб, лекарственным и материально–техническим обеспечением, финансовыми ресурсами, отношением медицинского персонала к пациентам и их родственникам.

3. Этапы проведения экспертизы качества медицинской помощи.

1 Анализ учетной и отчетной документации проводится с целью сравнительного анализа показателей деятельности субъекта здравоохранения за определенный период работы, а также с республиканскими показателями и областными показателями состояния здоровья населения.

2) проведение клинического аудита путем изучения подробного ретроспективного или текущего анализа проведенных лечебно-диагностических мероприятий на предмет их соответствия установленным стандартам в области здравоохранения.

3) определение степени удовлетворенности граждан уровнем и качеством оказываемой медицинской помощи путем анкетирования пациентов или их родственников по количеству обоснованных обращений граждан на деятельность медицинской организации.

4) Анализ и обобщение экспертизы качества медицинских услуг.

5) Принятие мер, направленных на устранение и предупреждение выявленных недостатков по экспертизе качества.

6) Экспертиза процесса оказания медицинской помощи проводится по законченным случаям (ретроспективная) и текущая экспертиза.

Оценке соблюдения стандартов диагностики и лечения обязательно подлежат на стационарном уровне:

— все случаи летальных исходов,

- факты возникновения внутрибольничных инфекций,
- осложнения, в том числе послеоперационные;
- повторные вызова по одному и тому же заболеванию в течение суток, вследствие некачественного предыдущего лечения;
- случаи, сопровождающиеся жалобами пациентов или их родственников.
- летальные случаи до приезда бригады СМП и в присутствии

В ОССМП заместители главного врача, врач эксперт проводят экспертизу — на уровне отделения станции скорой медицинской помощи случаи: — повторных вызовов по тому же заболеванию в течение суток;

— летальности при вызовах: смерть до прибытия бригады; смерть в присутствии бригады;

— расхождения диагнозов бригады скорой помощи и стационара в случае госпитализации больных

– не менее 50 обслуженных вызовов за квартал

4. Обязанности эксперта Эксперт во время проведения экспертизы качества лечебно–диагностического процесса:

- в обязательном порядке оценивает полноту и своевременность диагностических мероприятий, адекватность выбора и соблюдение лечебных мероприятий, правильность и точность постановки диагноза;
- выявляет дефекты и их причины;
- готовит рекомендации по устранению и предупреждению выявленных недостатков.

5. Общие принципы проведения экспертизы качества медицинской помощи в медицинской организации Контроль качества медицинской помощи в медицинской организации осуществляется путем ежедневного оперативного управления на утренних конференциях, контроля ведения медицинской документации. Для разбора врачебных ошибок, случаев расхождения диагнозов формируется лечебно– контрольная комиссия, комиссия по изучению летальных исходов (КИЛИ), комиссия по инфекционному контролю и др. с соответствующими организационными выводами, которые должны находить свое отражение в приказах, распоряжениях и инструкциях. Наиболее значимым при проведении оценки качества медицинской помощи является самоконтроль врача и организация работы по подготовке

специалистов по стандартам качества. Организация оценки качества и эффективности медицинской помощи является не только способом выявления дефектов в работе, но и мерой по повышению ее уровня. С этой целью каждый выявленный дефект, каждый случай расхождения в оценке качества на различных этапах экспертизы а также существенные отклонения от нормативных затрат должны обсуждаться, с целью повышения уровня знаний медицинских работников и выработки оптимальных подходов к лечебно–диагностическому процессу. Система оценки качества и эффективности медицинской помощи должна функционировать непрерывно, это позволит оперативно получать необходимую для управления информацию. Основным видом коррекции уровня качества и эффективности медицинской помощи являются просветительные, организационные и дисциплинарные меры. При этом основным фактором перехода от оценки качества и эффективности к их повышению является образование и постоянное совершенствование персонала. Участие всех должностных лиц в осуществлении системы не должно сводиться к механическому выполнению поставленных задач. При необходимости в ходе внедрения данной системы и ее адаптации могут быть внесены те или иные коррективы.

6. Заключение. Служба поддержки населения и внутреннего контроля качества медицинской помощи является основным видом контроля, наиболее приближенным к исполнителям медицинских услуг. Его результаты используются и сопоставляются с данными внешней экспертизы (заключения, акты справки контрольно – надзорных органов). Показатели качества и эффективности медицинской помощи могут быть использованы для дифференцированной оплаты труда медицинских работников.