

ПОЛОЖЕНИЕ О СЛУЖБЕ ПОДДЕРЖКИ ПАЦИЕНТОВ и ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ (АУДИТА) КГП на ПХВ «АЦБ»

1. **Общая часть**
2. Настоящее Положение определяют порядок организации мероприятий Службы поддержки пациента и внутреннего контроля (аудита) в КГП на ПХВ «Аксуская центральная больница».
3. Службы поддержки пациента и внутреннего контроля (аудита) – структурное подразделение КГП на ПХВ «Аксуская центральная больница», 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», приказа МЗ СР РК от 13.05.2015 года №173 «Об утверждении Правил организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг» 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.

б) 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 десяти 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 директором (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 директора по качеству медицинских услуг, главного врача стационара, заместителя главного врача поликлиники по лечебной работе и заведующих отделений 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 директора 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.

Ответы на жалобы пациентов.

Ответы на жалобы должны быть по содержанию обоснованными и мотивированными на государственном языке или языке жалобы со ссылкой на законодательство Республики Казахстан, содержать конкретные факты, опровергающие или подтверждающие доводы заявителя.

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 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.
- 2) проводить мониторинг СМИ,

- 3) оценка состояния и эффективности использования кадровых и материально-технических ресурсов;
 - 4) оценка технологий оказания медицинской помощи пациентам на соответствие установленным стандартам в области здравоохранения (клинический аудит) и отбор случаев, подлежащих комиссионной оценке;
 - 5) 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 руководителя отделения, контроль осуществляемый экспертами внутрибольничной службы.

Экспертизу качества медицинской помощи на уровне самоконтроля осуществляет врач отделения, медицинская сестра отделения (первый уровень аудита).

На уровне отделения контроль за качеством медицинской помощи решение обоснованных обращений граждан осуществляет заведующий отделением, и старшая медицинская сестра (второй уровень аудита).

На уровне организации контроль качества осуществляют эксперты. 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.

Этапы экспертизы качества медицинских услуг:

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 госпитализации по одному и тому же заболеванию в течение месяца вследствие некачественного предыдущего лечения;
- удлинения и укорочения сроков;
- расхождения диагнозов;
- необоснованные госпитализации
- случаи, сопровождающиеся жалобами пациентов или их родственников.

В стационаре главным врачом, заведующими отделениями проводится экспертиза не менее 5% пролеченных случаев.

— на амбулаторно – поликлиническом уровне все случаи:

- смерти на дому детей от 0 до 5 лет включительно;
- материнской смертности;
- смерти на дому лиц трудоспособного возраста от заболеваний;
- запущенных форм онкологических заболеваний;
- запущенных форм туберкулеза;
- первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста;
- осложнений беременности, управляемых на уровне ПМСП;
- наблюдений пациентов после выписки из стационара (за детьми, за женщинами в послеродовом периоде до 42 дней, за больными болезнями системы кровообращения (постинсультные, постинфарктные больные)
- случаи, сопровождающиеся жалобами пациентов или их родственников.

В поликлинике заместители главного врача, заведующие отделениями, врач эксперт проводят экспертизу не менее 30 законченных случаев в квартал.

— 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.

На каждый случай экспертной оценки заполняется лист экспертной оценки стационарного больного, амбулаторного больного. В результате их обработки рассчитываются показатели, характеризующие их качество и эффективность медицинской помощи.

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, обхода заведующего отделением, 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.