

Положение службы поддержки пациента и внутреннего контроля ГКП на ПХВ «Областная офтальмологическая больница»

Общие положения

Настоящее Положение разработано на основании Кодекса Республики Казахстан №360-VI ЗРК от 7 июля 2020 года, Приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан №230/2020 от 3 декабря 2020 года «Об утверждении правил организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг (помощи)».

Положение о Службе поддержки пациента и внутреннего контроля ГКП на ПХВ «Областная офтальмологическая больница» устанавливает порядок организации и проведения внутреннего контроля над соответствием качества выполняемых медицинских услуг утвержденным стандартам безопасностью медицинской помощи, оказываемых гражданам в медицинской предприятии.

Настоящее Положение определяет обязанности, права и ответственность Службы поддержки прав пациента.

Цель Службы– выявление проблемных вопросов и дальнейшее улучшение качества оказания медицинской помощи. Службой поддержки пациента и внутренней экспертизы проводятся текущий анализ организации оказания медицинской помощи, клинической деятельности медицинской организации, выявление фактов нарушения порядка оказания медицинской помощи и стандартов, анализ медицинских инцидентов, а также рассмотрение в срок, не превышающий пяти календарных дней, обращений пациентов.

Задачей Службы является обеспечение прав граждан на получение необходимого объема и надлежащего качества медицинской помощи в рамках ГОБМП и ОСМС в соответствии с установленным порядком оказания и стандартам медицинской помощи.

Служба поддержки пациентов и внутреннего контроля координирует деятельность организации по управлению качеством медицинской помощи по следующим направлениям:

- 1) Служба рассматривает обращения пациентов по вопросам оказанной медицинской помощи с созданием комиссии. При этом, обращения рассматриваются в срок не превышающий пяти календарных дней, с изучением степени удовлетворенности пациентов уровнем и качеством медицинских услуг посредством проведения их анкетирования;
Рассмотрение обращений пациентов по принципу «здесь и сейчас» на качество оказываемых услуг.
- 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 медицинской помощи в рамках ГОБМП и ОСМС;
- 5) Разработка программных мероприятий, направленных на предупреждение и устранение дефектов в работе и способствующих повышению качества и эффективности медицинской помощи;

Функции Службы поддержки пациента и внутреннего контроля:

- Анализ выполнения внутренних индикаторов;
- Анализ деятельности внутрибольничных комиссий;
- Представление руководству информации о проблемах, выявленных в результате анализа, для принятия соответствующих управленческих решений;
- Обучение и методическая помощь персоналу организации здравоохранения по вопросам обеспечения качества медицинской помощи;
- Изучение мнения сотрудников и информирование персонала о мерах по улучшению качества и обеспечению безопасности пациентов в организации.

Служба поддержки пациентов и внутреннего контроля включает следующих специалистов:

- Заместителя руководителя по контролю качества;
- Заместителя руководителя по медицинской части;
- врача эксперта;
- заведующих структурных подразделений
- юриста
- эпидемиолога
- главную медицинскую сестру
- статиста

При службе поддержки пациентов и внутреннего контроля работает «телефон доверия» 87750052575, 87753331313, 87476954974

Руководителем проводится анализ всей деятельности Службы поддержки пациентов и внутреннего контроля с обсуждением и решением проблемных вопросов.

- Результат экспертизы предоставляется в виде акта с выводами, путями решения для принятия мер в установленном порядке по мере необходимости.
- Проводятся регулярные обходы подразделений медицинской организации с целью выявления проблемных вопросов для дальнейшего совершенствования качества оказания медицинских услуг пациентам.

Заведующими структурных подразделений проводятся экспертиза качества оказания медицинских услуг в своих подразделениях на основании медицинской документации, анализов работы, статистических данных, а также проведение диагностических, профилактических, реабилитационных мероприятий.

Главной медсестрой осуществляется экспертиза выполнения функциональных обязанностей средних медицинских работников.

При проведении экспертизы необходимо соблюдать:

- Системность – экспертиза качества медицинских услуг осуществляется во взаимосвязи индикаторов структуры, процесса и результат.
- Открытость – экспертиза качества медицинских услуг осуществляется с применением стандартов в области здравоохранения.
- Адекватность и эффективность принятых мер Службой.

Самоконтроль

Выражается в четком знании и выполнении своих функциональных обязанностей, стандартов деятельности. Подпись врача и медицинской сестры в соответствующие медицинской документации является свидетельством того, что медицинский работник

удостоверился в правильности выполненных мероприятий и что все свои действия им выполнены сознательно, т.е. он их проконтролировал. Самооценка осуществляется на предмет соответствия деятельности нормативным правовым актам, регламентирующим порядок оказания медицинской помощи, а также протоколам диагностики и лечения (клинический аудит) и стандартам аккредитации. На уровне структурного подразделения внутренний контроль за работой врачей осуществляет заведующим отделением, за средним и старшая медсестра, главная медсестра.

О порядке работы Службы поддержки пациента и внутренней экспертизы с заявлениями и обращениями граждан.

Рассмотрение заявлений и обращений и их родственников (письменных, устных и обращений по телефону) специалистам Службы поддержки пациентов и внутреннего контроля должны быть направлены на защиту прав пациентов в процессе получения медицинской помощи в рамках гарантированного бесплатного объема. В порядке рассмотрения жалоб и обращений граждан специалист Службы поддержки пациентов и внутреннего контроля руководствуется статьей 64 Административного процедурного процессуального кодекса РК: **Прием, регистрация, возврат и отзыв обращения**

- Обращение, поданное в порядке, установленном настоящим Кодексом, подлежит обязательному приему, регистрации, учету и рассмотрению. Отказ в приеме обращения запрещается.

- В случае подачи обращения в государственный орган, орган местного самоуправления, юридическому лицу со стопроцентным участием государства заявителю выдается талон, содержащий уникальный номер, с указанием даты и времени, фамилии и инициалов, должности лица, принявшего обращение.

- Обращение регистрируется в день его поступления.

Если обращение поступило в нерабочий день, то оно регистрируется в ближайший следующий за ним рабочий день.

- Обращения, поступившие по общедоступным информационным системам и соответствующие требованиям законодательства Республики Казахстан об электронном документе и электронной цифровой подписи, подлежат рассмотрению в порядке, установленном настоящим Кодексом.

- В случае несоответствия обращения требованиям, установленным статьей 63 Административного процедурного процессуального кодекса РК, административный орган, должностное лицо указывают заявителю, каким требованиям не соответствует обращение, устанавливают разумный срок для приведения его в соответствие с требованиями.

- Административный орган, должностное лицо возвращают обращение, если заявитель не привел его в соответствие с требованиями законодательства Республики Казахстан в срок, установленный административным органом, должностным лицом.

- Возврат обращения не препятствует повторному обращению.

- Заявитель до принятия решения по административному делу может отозвать обращение на основании своего письменного заявления.

Отзыв обращения заявителем не лишает его права на подачу повторного обращения при условии соблюдения сроков, если иное не предусмотрено законами Республики Казахстан.

Ответы на обращения должны быть по содержанию обоснованными, на государственном языке или языке обращения со ссылкой на законодательства РК, содержать конкретные факты, опровергающие или подтверждающие доводы заявителя с разъяснением их права на обжалование принятого решения.

Обращения на письменные обращения рассматриваются в сроке не превышающие 5 календарных дней с момента поступления обращения. По результатам рассмотрения обращения дается обоснованный ответ со ссылкой на действующее законодательство Республики Казахстан.

Заключительные положения

Результаты внутренней экспертизы рассматриваются на заседании комиссии по внутреннему контролю, которые оформляются протоколом.

В случаях выявления дефектов медицинской помощи или некачественно оказанной медицинской помощи информация о результатах контроля качества медицинской помощи доводится до сведения медицинских работников, оказывающих медицинскую помощь в конкретном проверенном случае, при необходимости – под роспись.

По результатам внутренней экспертизы руководителем медицинской организации ежеквартально Службой вносятся предложения по устранению выявленных причин и условий снижения качества оказываемых медицинских услуг.