



"Утверждаю"
Главный врач ГКП на ПХВ
«Областная клиническая больница»
Е.Е.Султанов

от " " _____ 2021г.

ПОЛОЖЕНИЕ О СЛУЖБЕ ПОДДЕРЖКИ ПАЦИЕНТА И ВНУТРЕННЕЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

1. Общие положения

Положение о внутренней экспертизе и о службе поддержки прав пациента в ГКП на ПХВ «Областная клиническая больница – (далее - Положение) устанавливает единый порядок организации и проведения внутреннего контроля за соответствием качества выполняемых медицинских работ (услуг) установленным требованиям (стандартам) и безопасностью медицинской помощи, оказываемой пациентам.

Цель Службы – непрерывное повышение качества и безопасности оказания медицинских услуг, изучение удовлетворенности пациентов и рассмотрение обращений пациентов и их родственников в случаях сложных конфликтных ситуаций возникших при обращении в ГКП на ПХВ «Областная клиническая больница» за медицинской помощью.

2. Порядок организации службы поддержки пациента и внутренней экспертизы (далее Служба)

Структура и состав Службы утверждены руководителем медицинской организации.

В соответствии со штатными нормативами Областной клинической больницы, утвержденными приказом руководителя УОЗ ТО, в медицинской организации предусмотрена должность заместителя руководителя по качеству медицинских услуг, который возглавляет Службу.

При Службе создана Комиссия по внутреннему аудиту (далее – Комиссия) из администраторов среднего и высшего звена, врачей экспертов, эпидемиолога, клинического фармаколога, специалиста по мониторингу СМИ, авторитетных специалистов организации из числа медицинских работников, прошедших обучение вопросам экспертизы качества медицинских услуг, пользующихся заслуженным авторитетом среди сотрудников медицинской организации, в силу своих высоких профессиональных качеств, большого опыта работы врачебной (медицинской) практики, обладающих лидерскими качествами и креативным мышлением.

Состав службы поддержки пациента и внутренней экспертизы:

- Заместитель главного врача по качеству – Цой Л.Д.
- Заместитель главного врача по лечебной работе – Толшибаева К.У.
- Заместитель главного врача по хирургии – Аймагамбетов М.Б.
- Ответственный врач по онкологии – Тулегенов М.А.
- Ответственный врач по офтальмологии – Нурманов А.Б.
- Врач – эксперт - Ахметова А.А.

- Врач – эксперт - Жундибай Т.О.
- Врач эксперт (профиль эндокринология)– Есимова Р.А.
- Клинический фармаколог –Сахова М.К.
- Эпидемиолог – Аханов Б.
- Главная медсестра –Муратбекова К.А.
- Юрист – Кузнецов М.В.
- Системный администратор (специалист по мониторингу СМИ)– Байжанова Г.А.

Секретарь – Слесаренко А.В.

Комиссия заседает с периодичностью не менее 1 раза в месяц. На заседаниях рассматриваются проблемные вопросы, связанные с условиями организации медицинской помощи и качеством оказания медицинских услуг. Кроме того, на заседания выносятся и рассматриваются предложения по повышению качества медицинских услуг.

Комиссией осуществляются регулярные обходы подразделений медицинской организации с целью выявления проблемных вопросов для дальнейшего совершенствования качества оказания медицинских услуг пациентам.

Система внутреннего контроля имеет многоуровневый характер: самоконтроль на уровне каждого медицинского работника, контроль на уровне заведующих отделений, контроль на уровне заместителей руководителя по лечебно-профилактической и хирургической работе, контроль осуществляемый экспертами внутрибольничной службы.

Экспертизу качества медицинской помощи на уровне самоконтроля осуществляет врач отделения, медицинская сестра отделения (первая ступень экспертизы).

Самоконтроль выражается в четком знании и выполнении медицинскими работниками своих функциональных обязанностей, стандартов деятельности: протоколы диагностики и лечения, требования к стандартным процедурам (диагностические, лечебные мероприятия), инструкции, правила и т.д. Подпись врача и медицинской сестры в соответствующей 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.

На уровне отделения контроль за качеством медицинской помощи осуществляет заведующий отделением, и старшая медицинская сестра (вторая ступень экспертизы).

На уровне заместителя руководителя по лечебно-профилактической и хирургической работе проводится внутренняя экспертиза с охватом не менее 15% пролеченных случаев в месяц.

На уровне организации контроль качества осуществляют заместители руководителя по лечебно-профилактической работе, по качеству и эксперты. Они, прежде всего, определяют структурный подход к обеспечению качества помощи в целом в организации (третья ступень экспертизы).

Внутренний контроль за работой среднего медицинского персонала в целом по медицинской организации осуществляется главной медицинской сестрой медицинской организации.

Методическая и информационная поддержка Службе внутреннего контроля осуществляется сотрудниками организационно-методического отдела и отдела (кабинета) медицинской статистики.

Качество медицинской помощи в медицинской организации определяется квалификацией врачей и средних медработников, организацией работы отделений и поликлинических служб, лекарственным и материально-техническим обеспечением, финансовыми ресурсами, отношением медицинского персонала к пациентам и их родственникам.

ЗАДАЧИ СЛУЖБЫ:

- проведение контроля качества медицинской помощи, оказанной конкретным пациентам;
- выявление дефектов медицинской помощи, установление причин их возникновения и степени их влияния на здоровье конкретных пациентов;
- регистрация результатов проведенного контроля качества медицинской помощи;
- оценка организационных технологий оказания медицинской помощи;
- изучение удовлетворенности пациентов оказанной медицинской помощью;
- анализ данных, полученных при проведении мониторинга показателей качества медицинской помощи в ГКП на ПХВ «Областная клиническая больница»
- решение проблем (жалоб) пациентов на месте по мере их появления и в срок, не превышающий 5 дней, с изучением степени удовлетворенности пациентов уровнем и качеством медицинских услуг посредством проведения их анкетирования;
- 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 бесплатной медицинской помощи и оказание медицинской помощи в условиях ОСМС;
- разработка предупреждающих и корректирующих мероприятий, направленных на предупреждение и устранение дефектов в работе и способствующих повышению качества и эффективности медицинской помощи.

ФУНКЦИИ СЛУЖБЫ:

- 1) анализ учетной и отчетной документации медицинской организации с целью сравнительного анализа показателей деятельности медицинской организации за определенный период работы, с показателями за предыдущий период работы, а также с республиканскими и областными показателями состояния здоровья населения;
- 2) проведение клинического аудита путем изучения подробного ретроспективного и/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 проводится путем анкетирования пациентов и (или) их родственников и по количеству обоснованных обращений граждан на деятельность медицинской организации;
- 4) анализ и обобщение результатов экспертизы качества медицинских услуг;
- 5) принятие мер, направленных на устранение и предупреждение выявленных недостатков по результатам экспертизы качества медицинских услуг.

При проведении анализа медицинской документации оценивается:

- 1) качество сбора анамнеза;
- 2) полнота и обоснованность проведения диагностических исследований;
- 3) правильность, своевременность и обоснованность выставленного клинического диагноза в течение первых 3 дней с учетом результатов проведенных исследований на догоспитальном этапе;
- 4) обоснованность нахождения на лечении, получения медицинской помощи в данной форме (амбулаторно-поликлинической, стационарной, стационарозамещающей);
- 5) своевременность и качество консультаций специалистов;
- 6) объем, качество и обоснованность проведения лечебных мероприятий, в том числе диспансерных, профилактических и реабилитационных.

- 7) развитие осложнений после медицинских вмешательств;
- 8) достигнутый результат;
- 9) качество ведения медицинской документации.

Качество ведения медицинской документации определяется по наличию, полноте и качеству записей в соответствии с формами первичной медицинской документации организаций здравоохранения, утвержденных приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года №175/2020.

В ходе проведения экспертизы качества медицинских услуг оценивается оформление информированного согласия пациента на проведение лечебно-диагностических процедур, инвазивных вмешательств, отказа от предлагаемого лечения и/или иных процедур.

Диспансерные мероприятия оцениваются исходя из их влияния на состояние больного, частоту возникновения обострений заболевания, их тяжесть и длительность с точки зрения своевременности, регулярности врачебных осмотров, проведенного лабораторного и инструментального обследования, назначения профилактического лечения, по следующим критериям:

- 1) кратность диспансерного наблюдения;
- 2) качество обследования и соответствие видов обследований утвержденным протоколам диагностики и лечения заболеваний, обоснованности проведения лабораторно-диагностических исследований, не вошедших в протоколы;
- 3) качество лечения и соответствие назначенного лечения протоколам диагностики и лечения заболеваний, утвержденным уполномоченным органом в области здравоохранения;
- 4) при направлении на госпитализацию наличие показаний к стационарному лечению;
- 5) наблюдение после выписки из стационара;
- 6) наличие продолжения лечения в том случае, если больной был направлен на стационарное лечение, но в стационар не поступил;
- 7) статистические данные достоверности снятия с учета в связи с выздоровлением.

Профилактические (скрининги) и реабилитационные мероприятия оцениваются с учетом наличия показаний к их проведению, своевременности проведения, уровня первичного выявления заболеваний, принятых мер по результатам медицинского осмотра, выполнения комплекса оздоровительных мероприятий, результатов оздоровления.

Оценка достигнутого результата проводится по следующим критериям:

- 1) достижение ожидаемого клинического эффекта при соблюдении технологии оказания медицинской помощи;
- 2) отсутствие клинического эффекта лечебных и профилактических мероприятий вследствие некачественного проведения диагностических мероприятий (неполный сбор анамнеза, отсутствие или неправильная интерпретация результатов обследования, установление неправильного или неточного диагноза);
- 3) не достигнут ожидаемый клинический эффект вследствие проведения малоэффективных лечебных, профилактических мероприятий без учета особенностей течения заболевания у данного пациента, сопутствующих заболеваний, осложнений, особенностей механизма действия лекарственных веществ;
- 4) наличие полипрагмазии, обусловившее развитие нежелательных последствий (удельный вес случаев с необоснованным назначением антибиотиков, удельный вес случаев с полипрагмазией).

По завершению экспертизы качества медицинских услуг, при отклонении оказания медицинской помощи классифицируются и делаются выводы:

- 1) о соответствии (несоответствии) оказанной медицинской помощи требованиям действующего законодательства Республики Казахстан в области здравоохранения;
- 2) о предоставлении пациенту бесплатной медицинской помощи в рамках ГОБМП и ОСМС.

Определение степени удовлетворенности граждан уровнем оказания медицинских услуг проводится путем проведения анкетирования пациентов и (или) их родственников.

Целью проведения анкетирования граждан по определению степени удовлетворенности уровнем и качеством оказываемой медицинской помощи является выявление проблемных вопросов и дальнейшее улучшение качества оказания медицинской помощи.

3. Правила и порядок проведения экспертизы качества медицинской помощи

Экспертиза процесса оказания медицинской помощи проводится по отдельным законченным случаям по медицинской документации, при необходимости может быть проведена и очная экспертиза.

В организациях, оказывающих стационарную помощь, проводится экспертиза не менее 15% пролеченных случаев в месяц, а также Экспертному контролю обязательно подлежат все случаи:

- 1) летальных исходов;
- 2) фактов возникновения внутрибольничных инфекций;
- 3) осложнений, в том числе послеоперационных;
- 4) повторной госпитализации по одному и тому же заболеванию в течение одного месяца вследствие некачественного предыдущего лечения;
- 5) удлинения или укорочения сроков лечения;
- 6) расхождений диагнозов;
- 7) необоснованной госпитализации.

На уровне АПП не менее 10% экспертиз в месяц пролеченных случаев, а так же все случаи:

- 1) Материнской смертности;
- 2) Смерти на дому лиц трудоспособного возраста от заболеваний;
- 3) Внутрибольничных инфекций;
- 4) Несвоевременной вакцинации или отсутствия вакцинации против инфекционных заболеваний;
- 5) Запущенных форм онкологических заболеваний и туберкулеза;
- 6) Первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста;
- 7) Наблюдений за пациентами после выписки из стационара за пациентами с болезнями системы кровообращения (после инсультов и инфарктов);

Главной медицинской сестрой медицинской организации в рамках внутреннего контроля проводится не менее 10% экспертиз пролеченных случаев на качество заполнения медицинской документации средними медицинскими работниками, а так же включает:

- 1) оценку качества работы старших медицинских сестер;
- 2) выборочную оценку работы средних медицинских работников.

При проведении экспертизы оценивается работа среднего медицинского персонала по следующим направлениям:

- 1) организация работы по кадровому планированию, рациональной расстановке и использованию средних и младших медицинских работников.
- 2) организационные мероприятия по повышению квалификации, переподготовке, оценке квалификации средних медицинских работников.
- 3) осуществление контроля за противоэпидемическими мероприятиями в отделении;
- 4) организация ухода и безопасности пациента.

По итогам проведенной оценки деятельности конкретного врача, медицинской сестры, структурного подразделения и по субъекту здравоохранения для анализа и принятия управленческих решений определяется:

- 1) общее количество выявленных дефектов, их структура, возможные причины и пути их устранения;
- 2) количество выявленных дефектов, повлекших ухудшение состояния здоровья;
- 3) количество выявленных отклонений, приведших к увеличению затрат на оказание медицинской помощи.

Результаты внутренней экспертизы тщательно анализируются, рассматриваются на заседании службы, вносятся и разбираются на заседаниях внутрибольничных комиссий, на врачебных конференциях.

Медицинские работники, неоднократно допускающие дефекты, направляются на дополнительное обучение, курсы повышения квалификации, за ними закрепляются наставники из числа более опытных сотрудников. Случаи допущенных дефектов, которые требуют принятия управленческих решений, в целях выработки мер по их предупреждению, выносятся на заседания Совета и по ним разрабатывается конкретный план мероприятий.

Основные принципы для обеспечения удовлетворенности пациентов:

1. доступность медицинской помощи для потребителей медицинских услуг;
2. обеспечение пациентов необходимой информацией;
3. обеспечение пациентов качественной медицинской помощью оказанной квалифицированными медицинскими работниками;
4. внимание и участие врача, медицинской сестры к состоянию пациента;
5. соблюдение медицинским персоналом правил безопасности, этики и деонтологии.

Анкетирование граждан не рекомендуется проводить среди пациентов с психоневрологической патологией, больных в тяжелом состоянии. Анкетирование проводится анонимно на добровольной основе с помощью анкет. Для формирования объективной оценки удовлетворенности пациентов уровнем и качеством оказываемой медицинской помощи рекомендуется проводить исследования с охватом не менее 10% респондентов от количества больных, находящихся на стационарном лечении и не менее 5% респондентов от фактического количества посещений в смену для организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь. После проведения анкетирования подводятся результаты и на основе анализа результатов выносится заключение о степени удовлетворенности граждан уровнем и качеством оказываемой медицинской помощи медицинской организацией и о дальнейших мерах, необходимых для повышения уровня и улучшения качества медицинских услуг. Степень удовлетворенности граждан уровнем оказания медицинских услуг также определяется количеством обоснованных жалоб на качество медицинских услуг.

Правила обращения в службу внутренней экспертизы/ службу поддержки пациентов

Если Вы:

- остались недовольны качеством оказания медицинских услуг;
- столкнулись с грубым отношением со стороны медицинского персонала;
- столкнулись с фактами вымогательства денежных средств медицинским персоналом за услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи;
- если Вы столкнулись с другими проблемными вопросами, связанными с порядком и качеством оказания медицинской помощи,

Письменные обращения (жалобы) граждан рассматриваются в соответствии с Законом Республики Казахстан «О порядке рассмотрений обращений физических и юридических лиц». Обращения, находящиеся на лечении пациентов или их законных представителей, поступают на сайт медицинской организации (okb-trk.kz), в ящик обращений, размещенный при входе в медицинскую организацию, в клинических подразделениях, в канцелярию руководителя организации, либо непосредственно в службу поддержки пациента и внутренней экспертизы. Для объективного и качественного разбора обращения (жалобы) рассматриваются комиссионно. Наряду с письменными обращениями, рассматриваются и устные обращения находящиеся на лечении пациентов или их законных представителей. Поступившие обращения, (жалобы) находящиеся на лечении пациентов, регистрируются в Журнале обращений граждан. Журнал обращений граждан подлежит полистной нумерации, подшивается и заверяется подписью руководителя и печатью организации. Обращения (жалобы) пациентов, находящихся на лечении, в соответствии со статьей 35 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения», рассматриваются в срок, не превышающий пяти календарных дней со дня подачи заявления.

Службой поддержки пациента и внутренней экспертизы проводится мониторинг обоснованных жалоб граждан в разрезе структурных подразделений медицинской организации, а также разрабатываются мероприятия для планомерного уменьшения количества жалоб на ненадлежащее качество медицинских услуг.

Телефоны доверия:

call –центр УОЗ ТО: 39-31-60,

Фонд медицинского страхования: 1406

ОКБ: 53-49-01

4. Заключение

Работниками медицинской организации, ответственными за проведение внутреннего контроля качества по результатам вышеуказанного контроля незамедлительно принимаются меры по пресечению нарушений требований к обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности, установленных законодательством РК об охране здоровья граждан, в пределах их полномочий. Информация о принятых мерах доводится до сведения руководителя медицинской организации.

По результатам проведенного контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации планируются и реализуются мероприятия, направленные на устранение причин, вызвавших возникновение дефектов медицинской помощи, на повышение качества и эффективности оказываемой медицинской помощи:

- организационные мероприятия – проведение совещаний, конференций, инструктажей, издание приказов, инструкций, регламентов, совершенствование организационных технологий оказания медицинской помощи, административные обходы, административные дежурства в вечерние часы, выходные и праздничные дни, работа врачебных подкомиссий (КИЛИ, КИК, ВКК, лекарственного обеспечения) и другие;
- образовательные мероприятия – проведение клинических разборов, патологоанатомических конференций, направление медицинских работников на повышение квалификации (в т.ч.

- внеплановое), научно-практические конференции, обеспечение медицинских работников современной медицинской литературой (в том числе через Интернет) и другие;
- дисциплинарные мероприятия – применение дисциплинарных взысканий в соответствии с Трудовым кодексом РК и должностными инструкциями работников;
 - экономические мероприятия – использование показателей качества медицинской помощи для дифференцированной оплаты труда медицинских работников, контроль за использованием ресурсов;
 - мероприятия по совершенствованию материально-технической базы, информатизации медицинской организации – проведение ремонтов, обновление оборудования, внедрение информационных систем;
 - мероприятия по совершенствованию укомплектованности медицинской организации медицинскими работниками – планирование подготовки специалистов, обеспечение преемственности, наставничество.

Контроль за реализацией принятых управленческих решений по вопросам управления качеством медицинской деятельности обеспечивается руководителем медицинской организации или ответственным лицом, назначенным приказом руководителя медицинской организации.