



«Утверждаю»

Директор КГП «ОПТД»

Исмаилов К.О.

«2» 10 2019 год.

## ПОЛОЖЕНИЕ

### Службы поддержки пациента и внутреннего контроля (СПП и ВК)

#### 1. Общие положения

1. Положение Службы поддержки пациента и внутреннего контроля (далее - Положение) разработаны в соответствии со статьей 58 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения» (далее Кодекс) и ПП РК от 22.12.2011 года № 1577 «Правила организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг». Настоящее Положение определяет порядок организации и проведения внутренней экспертизы качества медицинских услуг, оказываемых субъектами здравоохранения, независимо от форм собственности и ведомственной принадлежности.

2. В настоящих правилах используются следующие основные понятия:

1) **Индикаторы оценки качества медицинских услуг** – показатели эффективности, полноты и соответствия медицинских услуг стандартам в области здравоохранения, включающие:

**Индикаторы структур** – показатели обеспеченности кадровыми, финансовыми и техническими ресурсами;

**Индикаторы процесса** – показатели оценки выполнения технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации;

**Индикаторы результата** – показатели оценки последствий для здоровья в результате оказания или неоказания медицинской помощи субъектами здравоохранения;

2) **Внутренние индикаторы** – показатели, применяемые при внутренней экспертизе, которые характеризуют эффективность, полноту и соответствие медицинской деятельности каждого структурного подразделения субъекта здравоохранения стандартам в области здравоохранения в целях проведения анализа и оценки качества медицинской деятельности;

- 3) **Внешние индикаторы** – показатели, применяемые при внешней экспертизе, которые характеризуют эффективность, полноту и соответствие медицинской деятельности субъекта здравоохранения стандартам в области здравоохранения в целях проведения анализа и оценки качества медицинской деятельности;
- 4) **Внутрибольничные комиссии** – комиссии, создаваемые в организациях, оказывающих стационарную помощь (по профилактике внутрибольничных инфекций, по разбору летальных случаев);
- 5) **Служба поддержки пациента и внутреннего контроля (аудита) далее (СПП и ВК)** – структурное подразделение организации здравоохранения, осуществляющее деятельность по управлению качеством медицинской помощи на уровне организации здравоохранения и наделенная соответствующими полномочиями;
- 6) **Ретроспективный анализ** – анализ на основе изучения медицинской документации пациентов ранее получивших медицинскую помощь;
- 7) **Клинический аудит** – подробный ретроспективный и/или текущий анализ проведенных лечебно-диагностических мероприятий на предмет их соответствия стандартам в области здравоохранения;
- 8) **Законченный случай** – комплекс медицинских услуг, оказанных пациенту на амбулаторно-поликлиническом уровне с момента первичного обращения до завершения лечения;
- 9) **Пролеченный случай** – комплекс медицинских услуг, оказанных пациенту в стационарных (стационарозамещающих) условиях с момента поступления до выписки;
- 10) **Независимый эксперт** – физическое лицо, аккредитованное в установленном порядке для проведения независимой экспертизы деятельности субъектов здравоохранения;
- 11) **Экспертиза качества медицинских услуг** – совокупность организационных, аналитических и практических мероприятий, осуществляемых для вынесения заключения по уровню качества медицинских услуг, предоставляемых физическими и юридическими лицами, с использованием индикаторов оценки качества медицинских услуг (далее – индикаторы), отражающих показатель эффективности, полноты и соответствия медицинских услуг стандартам в области здравоохранения.

### 3. Основные принципы Службы поддержки пациента и внутреннего контроля:

- 1) **Системность** – постоянная работа над качеством медицинских услуг;

2) **Объективность** – проведение экспертизы качества медицинских услуг осуществляется с применением стандартов в области здравоохранения;

3) **Открытость** – проведение экспертизы качества медицинских услуг с привлечением независимых экспертов или самостоятельно независимыми экспертами без участия специалистов уполномоченного органа в области здравоохранения в присутствии представителей субъектов здравоохранения.

4) **Доступность** - обеспечение оперативного реагирования экспертов службы на обращение пациентов (ответы на письменные обращения, поступившие в ящики для обращений, должны предоставляться в срок до 5 дней; на обращения, поступившие на блог первого руководителя медорганизации, не позднее 3 дней, на обращения поступившие на телефон доверия и в Колл-центр в течении 1 дня);

#### **4. СПП и ВК проводит оценку:**

1) Действий медицинских работников на предмет соблюдения требований стандартов в области здравоохранения, в том числе протоколов диагностики и лечения, утвержденных уполномоченным органом в области здравоохранения;

2) Соответствия материально - технических ресурсов субъектов здравоохранения нормативам оснащения, утвержденным уполномоченным органом в области здравоохранения.

3) Эффективности использования материально-технических и кадровых ресурсов в ходе оказания медицинской помощи для достижения конечных результатов;

## **2. Организация и проведение внутренней экспертизы качества медицинских услуг**

5. Внутренняя экспертиза качества медицинских услуг (далее – внутренняя экспертиза) осуществляется Службой поддержки пациента и внутреннего контроля (аудита) далее СПП и ВК.

6. Структура и состав СПП и ВК, функциональные обязанности утверждаются руководителем организации здравоохранения в зависимости от объема оказываемых медицинских услуг.

7. СПП и ВК координирует деятельность организаций здравоохранения по управлению качеством медицинской помощи по следующим направлениям:

1) Организация доступности и эффективного функционирования «телефонов доверия»;

- 2) **Обеспечение распространения информационно - образовательных материалов касательно работы службы** (плакаты и буклеты, показ видеоролика) в регистратуре, приемном покое и иных местах ожидания пациентов;
- 3) **Решение проблем (жалоб) пациентов на месте по мере их появления**, в том числе поступивших по Call центру по принципу «здесь и сейчас», при необходимости проведения служебного расследования в срок, не превышающий 5 календарных дней, с изучением степени удовлетворенности пациентов уровнем и качеством медицинских услуг посредством проведения их анкетирования;
- 4) **Оценка состояния и эффективности использования кадровых и материально-технических ресурсов;**
- 5) **Оценка технологий оказания медицинской помощи пациентам**, на соответствие установленным стандартам в области здравоохранения (клинический аудит) основанным на доказательной медицине и отбор случаев, подлежащих комиссионной оценке;
- 6) **Соблюдение правил оказания гарантированного объема бесплатной медицинской помощи;**
- 7) **Оценка санитарно-эпидемиологических мероприятий**, проводимых в медицинской организации;
- 8) **Оценка эффективности и обоснованности использования лекарственных средств и ИМН;**
- 9) **Оценка удовлетворенности населения качеством предоставляемых услуг** с помощью анкетирования, опроса;
- 10) **Разработка программных мероприятий**, направленных на предупреждение и устранение дефектов в работе и способствующих повышению качества и эффективности медицинской помощи.

#### **8. Задачами СПП и ВК являются:**

- 1) Анализ эффективности деятельности подразделений организации здравоохранения по оценке собственных процессов и процедур, внедрению стандартов в области здравоохранения, применению внутренних индикаторов, установленных в приложении № \_\_\_ к настоящему Положению;
- 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) Привлечение независимых экспертов к проведению внешней экспертизы осуществляется в порядке, установленном законодательством Республики Казахстан

7) Предоставление отчетности по работе СПП и ВК в уполномоченный орган, согласно графика и по запросам контрольно-надзорных органов.

8) Разбор результатов внешней экспертизы, проводимой Комитетом контроля медицинской и фармацевтической деятельности Министерства здравоохранения Республики Казахстан и (или) независимыми экспертами в области здравоохранения для выработки плана корректирующих действий;

10) В случае несогласия с результатами внешней экспертизы СПП и ВК обжалуют их в порядке, установленном гражданским законодательством Республики Казахстан.

11) Разработка внутренних индикаторов процесса и их мониторинга.

9. Службой внутреннего контроля (аудита) разрабатывается программа по обеспечению и непрерывному повышению качества медицинской помощи, утверждаемая руководителем организации здравоохранения.

#### **Программа содержит:**

1) Цель и задачи программы;

2) Результаты анализа деятельности структурных подразделений с оценкой внутренних индикаторов, а также соответствия деятельности подразделений установленным стандартам в области здравоохранения;

3) Мероприятия по улучшению показателей деятельности каждого подразделения;

4) Определение ответственных лиц и сроков исполнения вышеуказанных мероприятий;

5) Ожидаемые результаты от реализации программы.

## Функциональные обязанности службы поддержки пациентов и внутреннего контроля.

### Председатель комиссии

- проводит ежемесячно не менее 1 раза протокольные заседания с комиссией СПП и ВК с формированием проблемных вопросов и доведения до руководителя медицинской организации для принятия соответствующих управленческих решений;
- формировать отчетные формы согласно графика и по запросам контрольно-надзорных органов;
- проводить обход не 5 раз в квартал всех структурных подразделений для оценки эффективности, четкое исполнение сотрудниками своих функциональных обязанностей, оценивает организацию лечебного процесса;
- рассматривает и проводит контроль за регистрацией и разбор, подготовку ответа на все случаи обращений с жалобами на медицинскую организацию и их работников, на сайт, в блог министра здравоохранения, руководителя УЗ или медицинской организации;
- участвует во всех плановых и внеплановых проверках проводимых со стороны уполномоченных органов (ОУЗ, ДККМФД, прокуратура, СанЭпид служба и т.д.);
- проводит контроль и анализ проведения анкетирования во всех структурных подразделениях;
- не менее 1 раз в квартал проводит производственное собрание для изучения мнения сотрудников организации здравоохранения и информирование персонала о мерах по улучшению качества и обеспечению безопасности пациентов в организации; - ежемесячно проводит мониторинг и формирование письменного отчета выполнения внутренних и внешних индикаторов и предоставляет руководителю медицинской организации;
- проводит оценку деятельности зав. структурных подразделений на полноту исполнения функциональных обязанностей;
- методом случайного выбора отбирается 50 медицинских карт стационарного и амбулаторного пациента проводит анализ качества заполнения первичного осмотра, дневников и т.д., обоснованности

	<p>лекарственных средств, списание кровезаменителей и препаратов крови, длительность, выполнение протоколов диагностики и лечения;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- в случаи допущенных дефектов, которые требуют принятия управленческих решений, в целях выработки мер по их предупреждению, выносятся на заседания комиссии и по ним разрабатывается совместно с членами комиссии конкретный план мероприятий;</li> <li>- проводит активное участие в разборах осложнений после лечебно-диагностических процедур и летальных исходов;</li> </ul>
<b>Члены комиссий:</b>	
(ответственный за кровь)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ежемесячно проводит экспертизу всех медицинских карт доноров;</li> <li>- контроль за этапами хранения крови и ее компонентов, алгоритма проведения и списание крови и его компонентов, наличие функциональных блоков и их содержание;</li> <li>- выполнение условий «Холодовой цепи», качество заполнение медицинской документации, наличие брака при консервировании крови, обеспечение инфекционной и иммунологической безопасности продукции крови;</li> <li>- соблюдение и исполнение приказов по крови; - обучение всех медицинских работников работающих с кровью;</li> </ul>
Зав. клинических подразделений	<ul style="list-style-type: none"> <li>- проводит контроль за качеством оказания медицинской помощи;</li> <li>- ежемесячно предоставлять индикаторы качества оказания медицинской помощи;</li> <li>- выполнять план государственного заказа и платных услуг;</li> <li>- проводить аудит стационарных и амбулаторных карт;</li> <li>- своевременно оформлять совместно с экспертами заключения летальных случаев;</li> <li>- готовить карты для проведения ЛКК и КИЛИ;</li> <li>- проводить аудит дефектных карт;</li> </ul>

- строго следить за использованием коечного фонда и средним пребыванием больного на койки;
- выполнением проведения анкетирования;
- подготавливает и регистрирует проблемные вопросы, требующие общего обсуждения и решения;
- в течение месяца проводит оценку деятельности конкретного врача, медицинской сестры, ведение медицинской документации на всех уровнях (история болезни, журнал процедур, движения больных и т.д.) структурного подразделения согласно критериям на каждом уровне и проводит подготовку отчетной формы;
- подготовку проблемных вопросов для обсуждения и решения;
- проводит мониторинг мероприятий увеличению затрат на оказание медицинской помощи;
- проводит проверку движения лекарственных средств и эффективности его использования, в том числе на амбулаторном уровне;
- в конце месяца проводит перекрестную оценку исполнения критериев внутреннего аудита «другого отделения» в разрезе ординаторов средних медицинских и не медицинских работников, по результатам формирует отчетную форму с указанием набранных баллов;
- проводит обучение в непрерывном профессиональном росте работников своего отделения, путем чтения лекций (по конкретным направлениям, например: по этике и деонтологии) по проблемным тематикам и аттестацией согласно утвержденному плану;
- проводит проверку знания своих функциональных обязанностей каждого медицинского работника;
- принимает активное участие в обсуждении и решению всех обращений жалоб, заявлений и т.д.
- письменная информация об исполнении внутренних индикаторов, выявленных дефектах, замечаниях сотрудникам предоставляется на заседании комиссии;

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- проводит мониторинг эффективности действия ЛС;</li> <li>- докладывает о любых внештатных ситуациях.</li> </ul>
Главная сестра	<ul style="list-style-type: none"> <li>- проводит обход и проверку на знание средних медицинских работников основных действующих нормативно-правовых актов, функциональных обязанностей с аттестацией;</li> <li>- проводит оценку исполнения внутренних индикаторов старших медицинских сестер с формированием отчетных форм ежемесячно;</li> <li>- проводит обучение всего среднего медицинского персонала, как вести себя с пациентами, соблюдению принципов этики и деонтологии;</li> <li>- проводит контроль за качеством и своевременностью проведения анкетирования во всех структурных подразделениях;</li> </ul>
Зав. отд. организационно-методического отдела	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ежемесячно на заседание комиссии предоставляет информацию о стоянии основных показателей онкологической службы, с указанием проблемных районов. Состояние выполнение планов в разрезе каждого подразделения (длительность, работа койки и т.д.);</li> </ul>
Провизор	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ежемесячно предоставляет, отчет о движении лекарственных средств, в разрезе каждого подразделения;</li> <li>- информирует о любых ситуациях связанных с лекарственным формуляром;</li> </ul>
Врач-эпидемиолог	<ul style="list-style-type: none"> <li>- еженедельно проводит обход всех структурных подразделений с регистрацией выявленных нарушений данную отчетную информацию предоставляет на заседание комиссии;</li> <li>- проводит обучение аттестации на четкое знание и выполнение существующих нормативно-правовых актов;</li> <li>- вносит предложения по решению возникающих проблем;</li> </ul>
Юрист	<ul style="list-style-type: none"> <li>- проводит регистрацию всех обращений граждан в call-center, телефон доверия, сайт организации, УЗ, министерство здравоохранения и т.д., в блог руководителя с формированием ежемесячного отчета на заседание комиссии.</li> <li>- при поступлении официального обращения, проводит</li> </ul>

	совместно с председателем формирование необходимой информации для отправки в уполномоченные органы;
Отдел кадров	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ежемесячно предоставляет отчет о состоянии кадровой службы,</li> <li>- предоставляет данные по повышению квалификации, переподготовке, оценке квалификации средних медицинских работников и врачей согласно календарному плану;</li> <li>- предоставляет информации о сотрудниках получивших дисциплинарные взыскания, а также ушедших на больничный лист, в отпуск, декрет и т.д.;</li> </ul>
Экономист	<ul style="list-style-type: none"> <li>- распределяет суммы ежемесячного государственного заказа и платных услуг по отделениям;</li> <li>- в письменном виде предоставляет информацию о выполнении государственного заказа, плана и выполнения по платным услугам и суммы снятия по подтвержденным дефектам, согласно КОМУ и ККМФД;</li> </ul>
Служба сервисного обслуживания	- в письменном виде предоставляет информацию о эффективности использования медицинского оборудования, планируемых мероприятиях по сервисному обслуживанию и о неисправном оборудовании;
Администратор	<ul style="list-style-type: none"> <li>- предоставляет, отчет о результатах анкетирования и степени удовлетворенности пациентов в разрезе каждого подразделения, общем количестве принятых и выявленных больных осмотренных в разрезе каждого подразделения;</li> <li>- докладывает о любых внештатных ситуациях на уровне регистратуры;</li> </ul>
Секретарь	<ul style="list-style-type: none"> <li>- отчет о количестве пациентов прошедших через портал;</li> <li>- отчет о выполнении консультативно - диагностических услуг, сроках записи;</li> <li>- по результатам заседания комиссии формирует 2-а экземпляра протокола, к которому подшивает выполнение индикаторов в разрезе каждого подразделения, отчеты членов комиссии, регистрирует решение комиссии, обеспечивает подписи всех членов комиссии;</li> </ul>