

Информация о работе Службы поддержки пациента и внутреннего контроля

Выписка из приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан от 3 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-230/2020 «**Об утверждении правил организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг (помощи)**»

Глава 2. Порядок организации и проведения внутренней экспертизы качества медицинских услуг (помощи)

9. Для управления качеством предоставляемой медицинской помощи, организации менеджмента качества и стандартизации в медицинской организации, организации и проведения внутренней экспертизы, в том числе клинического аудита в медицинской организации вне зависимости от формы собственности создается служба поддержки пациента и внутренней экспертизы (далее – Служба).

Службу возглавляет руководитель непосредственно подчиненный и назначаемый на должность первым руководителем медицинской организации, также утверждается должность заместителя первого руководителя по качеству медицинской помощи по усмотрению первого руководителя медицинской организации.

Структура и состав Службы утверждаются руководителем медицинской организации с учетом объема оказываемых медицинских услуг, профиля, мощности для организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных и стационарозамещающих условиях, количества прикрепленного населения для организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь.

При отсутствии прикрепленного населения у субъекта здравоохранения структура и состав Службы утверждается с учетом численности медицинских работников и (или) объема оказываемых медицинских услуг.

В субъектах здравоохранения, где штатная структура составляет не более 5 единиц, функция Службы возлагается на первого руководителя.

9-1. В Службе предусматриваются ставки врачей-экспертов, менеджеров здравоохранения, при необходимости социальных работников и психологов в зависимости от стандартов организации оказания медицинской помощи, правил оказания медицинской помощи и задач медицинской организации. Для проведения клинического аудита привлекаются врачи, врачи-эпидемиологи, медицинские сестры, фармацевты, клинические фармакологи, экономисты и медицинские статистики как в качестве независимых привлеченных консультантов, так и из числа сотрудников медицинской организации.

Служба в рамках организации менеджмента качества и стандартизация медицинской помощи проводит методологическое руководство структурным подразделениям медицинской организации по внедрению и поддержанию международных и национальных стандартов аккредитации, самооценку на

соответствие требованиям этих стандартов, внедряет и оценивает эффективность программ по непрерывному повышению качества и безопасности пациентов, а также сотрудники Службы проходят повышения квалификации по вопросам экспертизы качества медицинских услуг.

10. Службой проводится экспертиза:

1) в организациях, оказывающих стационарную или стационарозамещающую помощь, не менее 15% пролеченных случаев в месяц, а также все случаи:

летальных исходов;

осложнений, в том числе послеоперационных;

внутрибольничных;

повторной госпитализации по одному и тому же заболеванию в течение одного месяца вследствие некачественного предыдущего лечения;

увеличения или уменьшения сроков лечения;

расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов;

необоснованной госпитализации;

20% от случаев проведенных гемотрансфузий.

"2) в организациях, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь:

не менее 10 % экспертиз за месяц:

пролеченных случаев, амбулаторных карт лиц, подлежащих иммунизации против инфекционных заболеваний;

а также все случаи:

материнской смертности;

смерти на дому детей от 0 до 5 лет включительно;

смерти на дому лиц трудоспособного возраста от заболеваний;

несвоевременной вакцинации или отсутствия вакцинации против инфекционных заболеваний;

запущенных форм онкологических заболеваний и туберкулеза;

первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста;

осложнений беременности, управляемых на уровне организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь;

наблюдений за пациентами после выписки из стационара (за детьми, за женщинами в послеродовом периоде), за пациентами с болезнями системы кровообращения (после инсультов и инфарктов).

3) в организациях скорой медицинской помощи экспертиза качества медицинских услуг (помощи) не менее 10% обслуженных вызовов за квартал, в том числе все случаи:

выезда к пациенту после отказа в госпитализации медицинской организацией, оказывающей стационарную помощь;

отказа от медицинской помощи с указанием возможных последствий, оформленных записью в медицинских документах, в том числе в электронной форме, подписанной пациентом либо его законным представителем, а также медицинским работником;

отказа от подписания пациентом либо его законным представителем отказа от медицинской помощи, с соответствующей записью об этом в медицинской документации, в том числе в электронной форме, подписанной медицинским работником;

повторных вызовов к одному и тому же заболеванию в течение суток с момента первого вызова, за исключением случаев:

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

4) в организациях восстановительного лечения и медицинской реабилитации – все случаи:

летальных исходов;

перевода в больничные организации;

увеличения или уменьшения сроков лечения;

больничного травматизма;

внутрибольничных инфекций.

5) в организациях по оказанию паллиативной помощи и сестринского ухода – все случаи:

летальных исходов;

внутрибольничных инфекций;

больничного травматизма;

6) в организациях, осуществляющих деятельность в сфере службы крови, проводится экспертиза качества медицинских услуг(помощи) не менее 20% медицинских карт доноров в квартал, а также проводится контроль соблюдения приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан от 20 октября 2020 года № ҚР ДСМ - 140/2020 "Об утверждении номенклатуры, правил заготовки, переработки, контроля качества, хранения, реализации крови, ее компонентов, а также правил переливания крови, ее компонентов" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под 21478).

11. Службой на постоянной основе проводится работа по заключениям внешней экспертизы в части исполнения рекомендаций по доступности и своевременности медицинской помощи, соблюдения стандартов оказания медицинской помощи, правил оказания медицинской помощи.

12. Службой на постоянной основе контролируется корректность ввода данных пациентов в медицинские информационные системы в соответствии с классификаторами и справочниками, согласно наборам данных первичной медицинской документации организаций здравоохранения, соответствующих профилю медицинской организации.

13. Служба проводит учет медицинских инцидентов и направляет справку (сводную информацию) о каждом случае (событии) медицинского инцидента в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 22 октября 2020 года № ҚР ДСМ-147/2020 "Об утверждении правил определения случаев (событий) медицинского инцидента, их учета и анализа" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации

нормативных правовых актов под № 21511) (далее –Приказ № ҚР ДСМ-147/2020).

14. Службой ежемесячно также проводится экспертиза не менее 10 % пролеченных случаев на качество заполнения медицинской документации средними медицинскими работниками.

15. Служба в случаях выявления нарушения порядка оказания медицинской помощи, лечебно-диагностических мероприятий, выражающееся в необоснованном отклонении от Стандартов (далее – дефекты), проводит выявление и разбор корневых причин их возникновения, разрабатывает рекомендации по недопущению дефектов и ошибок.

Случаи допущенных дефектов, в том числе неоднократных и (или) повторных нарушений требующих принятия управленческих решений (направление на дополнительное обучение, курсы повышения квалификации медицинских работников, приобретение лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения, медицинской техники) выносятся на рассмотрение руководства.

16. Служба изучает:

1) внутренние индикаторы, утвержденные в настоящей медицинской организации в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи, правилами оказания медицинской помощи, в том числе индикаторы, изложенные в приложении 1 к настоящим Правилам (в соответствии с возможностью применения к данному конкретному профилю);

2) планы корректирующих мер и их исполнение по результатам прошедших экспертиз;

3) заключения клинических аудиторов;

4) результаты анкетирования и интервьюирования пациентов, результаты работы по обращениям;

5) результаты анализа медицинских инцидентов в соответствии с Приказом № ҚР ДСМ - 147/2020.

По результатам проведенного анализа оценивается деятельность структурных подразделений и в целом медицинской организации.

17. Служба определяет степень удовлетворенности пациентов уровнем и качеством медицинских услуг (помощи) и определяет потребности населения и пациентов путем:

1) применения инструмента общественного диалога открытости в целях оперативного реагирования медицинских организаций и государственных органов на нужды населения и пациентов, фокус группового интервьюирования населения, пациентов и специалистов организаций здравоохранения и анкетирования пациентов и (или) их родственников, медицинского и немедицинского персонала организации здравоохранения;

2) анализа обоснованных обращений на качество оказанных медицинских услуг (помощи).

3) анализ опроса населения в информационных системах здравоохранения.

18. Для выработки предложений и рекомендаций по актуальным вопросам здоровья и услуг здравоохранения прикрепленного населения, а также мониторинга за выполнением рекомендаций, при медицинской организации создается постоянно действующая комиссия общественного доверия здравоохранения (далее-комиссия ОДЗ), с участием представителей прикрепленного населения, субъектов частного предпринимательства и неправительственных организаций, сотрудников местных органов государственного управления здравоохранения области, городов республиканского значения и столицы.

По результатам деятельности, комиссия ОДЗ ежеквартально направляет информацию в местные органы государственного управления здравоохранением областей, городов республиканского значения и столицы.

19. Служба рассматривает обращения пациентов по вопросам оказанной медицинской помощи с созданием комиссии. При этом, обращение рассматривается в срок, не превышающий пятнадцати рабочих дней, жалоба в срок, не превышающий двадцати рабочих дней.

20. Внутренняя экспертиза качества медицинских услуг (помощи) осуществляется также путем самоконтроля на уровне:

каждого медицинского работника;
структурного подразделения.

21. Экспертиза на уровне медицинского работника осуществляется врачом, каждой медицинской сестрой отделения по всем пролеченным случаям.

22. Экспертиза на уровне структурного подразделения проводится его руководителем в рамках его текущей деятельности.

23. Экспертиза работы средних медицинских работников на уровне структурного подразделения осуществляется старшей медицинской сестрой. Экспертиза качества работы средних медицинских работников структурных подразделений определяется полнотой и своевременностью заполнения медицинской документации, а также по полноте, своевременности и качества выполнения врачебных назначений.

24. Службой по результатам внутренней экспертизы составляется заключение, которое включает:

1) общее количество выявленных дефектов, их структура, возможные причины и пути устранения;

2) количество выявленных дефектов, повлекших ухудшение состояния здоровья;

3) количество выявленных дефектов, приведших к увеличению затрат на оказание медицинской помощи.

25. Результаты внутренней экспертизы, в том числе их сопоставление с результатами внешней экспертизы, выносятся и разбираются на заседаниях подразделения внутренней экспертизы один раз в месяц, внутрибольничных комиссий, на врачебных конференциях с последующим принятием организационных решений, с целью повышения уровня знаний медицинских

работников и выработки оптимальных подходов к лечебно-диагностическому процессу, которые оформляются протоколом.

В состав внутрибольничных комиссий включаются заведующие структурных подразделений (профильных отделений), врачи с опытом практической работы не менее 3 лет непрерывного стажа по специальности.

По результатам внутренней экспертизы руководителю медицинской организации ежемесячно Службой вносятся предложения по устранению выявленных причин и условий снижения качества оказываемых медицинских услуг (помощи).

**График приема граждан главного врача Уилской районной больницы
Нурбаева Сандибека Мухамбетжановича:**

Среда: с 10.00 до 12.00 часов
с 15.00 до 17.00 часов

Четверг: с 10.00 до 12.00 часов
с 15.00 до 17.00 часов

Контактные телефоны: 2-10-80, 87054783778, 87024924116

**График приема пациентов по обращениям председателя службы
поддержки пациента и внутреннего контроля Арыстановой Нурбану
Бактыгалиевной:**

Вторник: с 10.00 до 12.00 часов
с 15.00 до 17.00 часов

Пятница: с 10.00 до 12.00 часов
с 15.00 до 17.00 часов

Контактные телефоны: 2-12-53, 87781499983