**Положение**

**О Службе поддержки пациента и внутренней экспертизе**

**КГП на ПХВ «Многопрофильная областная больница»**

**КГУ «Управления здравоохранения акимата СКО»**

**Общие положения**

 **Служба поддержки пациента и внутренней экспертизы** (далее СПП и ВЭ) создается на основании Кодекса Республики Казахстан от 7 июля 2020 года № 360-VI «О здоровье народа и системе здравоохранения», Административно процедурно-процессуального Кодекса РК от 29 июня 2020 года № 350-VI, приказа Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 3 декабря 2020 года № 230/2020 «Об утверждении правил и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг», 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.

      Службу возглавляет руководитель непосредственно подчиненный и назначаемый на должность первым руководителем 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.

     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.

      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.

     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.

     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.

      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).

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

     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.

     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 Правилам проведения внутренней и внешней экспертизы (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.

       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.

  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.

     **Решение проблем (жалоб)**

 Обращение пациентов могут быть:

 - в письменной форме

 - в устной форме при личном обращении

 - по телефонам доверия

 - по телефону первого руководителя: 46-46-63

 - на блог руководителя и на сайте организации: [www.ob-sko.kz](http://www.ob-sko.kz)

 - call-центр: 8-800-08-08-103

 Е Отыныш

 Служба в пределах своей компетенции:

1. обеспечивает объективное, всестороннее и своевременное рассмотрение жалоб пациентов, в случае необходимости – с их участием;
2. принимает меры, направленные на восстановление нарушенных прав пациентов;
3. информирует пациентов о результатах рассмотрения их жалоб и принятых мерах в письменной или устной форме;

 Все обращения фиксируются в журнале обращения с указанием даты, ФИО обратившегося, его адреса, контактного телефона, мотива обращения и отметкой о результате разбора, формы ответа и удовлетворенность обратившегося.

 **Сроки рассмотрения обращения**

1. Обращение для рассмотрения, которого не требуется получение информации от иных лиц, рассматривается в сроки от «здесь и сейчас» до пяти календарных дней со дня обращения.
2. При необходимости изучения ситуации с анализом медицинской документации для адекватного ответа и принятия решения – срок на рассмотрения обращения до 5 календарных дней.
3. Жалоба пациента для рассмотрения, которого требуются получение информации от иных лиц, либо получения дополнительных документов, рассматривается и по нему принимается решение в течение десяти календарных дней со дня поступления.

 **Рассмотрение обращения**

При рассмотрении обращения сотрудники Службы:

* обеспечивают объективное и своевременное рассмотрение обращений. Принимают меры, направленные на восстановление нарушенных прав и свобод пациента;
* несут ответственность за сбор и достоверность представленной информации, необходимой для проверки обращения.

 В рассмотрении жалобы не должны принимать участие лица, имевшие отношение к предмету жалобы. По завершению рассмотрения обращения составляется протокол, который вместе с материалами (первичная документация, объяснительные записки и пр.) представляются руководителю медицинской организации (в его отсутствие заместителю руководителя) для обсуждения и принятия мер.

 **Ответы на жалобы пациентов должны быть** по содержанию обоснованными мотивированными – содержать конкретные факты, опровергающие или подтверждающие доводы заявителя, могут быть даны устно, либо в письменной форме в понятной для обратившегося.

 **Права и обязанности сотрудников Службы**

Сотрудники Отделаимеют право:

* запрашивать и получать необходимую для рассмотрения жалобы информацию.

 С**отрудники Службы обязаны:**

* принимать и рассматривать жалобы пациентов в порядке и сроки, которые установлены АППК от 29 июня 2020 г. № 350-VI;
* принимать обоснованные рекомендации;
* обеспечить контроль исполнения принятых решений;
* готовить для пациентов проект о принятых решениях в письменной либо устной форме;
* анализировать и обобщать жалобы, содержащиеся в них критические замечания;
* изучать общественное мнение, в целях совершенствования работы и устранения причин, порождающих жалобы пациентов;
* проводить мониторинг СМИ;
* проводить оценку технологий оказания медицинской помощи пациентам, на соответствие установленным стандартам в области здравоохранения;
* осуществлять разработку программных мероприятий, направленных на предупреждение и устранение дефектов в работе и способствующих повышению качества и эффективности медицинской помощи. Специалист по мониторингу СМИ осуществляет мониторинг СМИ, планирует выступления в СМИ.

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

      каждого медицинского работника;

      структурного подразделения.

* Экспертиза на уровне медицинского работника осуществляется врачом, каждой медицинской сестрой отделения по всем пролеченным случаям.
* Экспертиза на уровне структурного подразделения проводится его руководителем в рамках его текущей деятельности.
* 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.

      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.

      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).

 **Заключение**

Службаосуществляет основной вид контроля, наиболее приближенным к исполнителям медицинских услуг.

 Результаты внутренней экспертизы выносятся и разбираются на заседаниях внутрибольничных комиссий, врачебных конференциях с последующим принятием управленческих решений.

 Показатели качества и эффективности медицинской помощи используются, в том числе для дифференцированной оплаты труда медицинских работников.

 По результатам внутреннего аудита могут применяться меры административного воздействия к лицам или подразделениям при выявлении дефектов при оказании медицинской помощи.