

«УТВЕРЖДАЮ»

Главный врач

КГП на ПХВ «Городская поликлиника №3»

Ташетова А.Ж.



ПОЛОЖЕНИЕ

структурного подразделения КГП на ПХВ «Городская поликлиника №3» Служба поддержки пациента и внутреннего контроля (аудита)

Общие положения

Настоящее положение определяет обязанности, права и ответственность
Службы поддержки прав пациента и внутреннего контроля (СППиВК)

Цель:

обеспечение прав пациентов на получение своевременной, доступной, безопасной, качественной медицинской помощи.

КГП на ПХВ «Городская поликлиника №3» обслуживает прикрепленное население с численностью – 72550, из них взрослого населения - 51388, женщин — 38714, из них фертильного возраста — 18120, детского населения - 21162, из них подростков – 3244.

Плановая мощность поликлиники — 500 посещений в смену. Фактическая мощность за 2020 г — 618 (2019 г. — 718) посещений в смену.

Согласно данным ТЭП оснащенность составляет — 93,99% (2019 г. — 93,96%).

Структура

В составе поликлиник имеются				
Отделение ПМСП	Специализированное отделение	Женская консультация	КДО	Дневной стационар
<ul style="list-style-type: none"> - терапевтическое отделение с 7 участками - педиатрическое отделение с 6 участками - ВОП с 9 участками - ВОП с 8 участками - ВОП с 11 участками + 2 участка с педиатрическими участками в ЦСЗ. - Отделение и профилактики и социально-психологической помощи в составе: - Женский смотровой кабинет - Мужской смотровой кабинет - Психологи - Социальные работники - Доврачебные кабинеты 	<ul style="list-style-type: none"> - кабинет инфекционных заболеваний - кардиологический кабинет - неврологические кабинеты - отоларингологические кабинеты - хирургические кабинеты - офтальмологический кабинет - травматологический кабинет - урологический кабинет - эндокринологический кабинет - кабинет маммолога, онколога - стоматологический кабинет - кабинет реабилитолога 	<ul style="list-style-type: none"> - 5 акушерско-гинекологических участков - кабинет патологии шейки 	<ul style="list-style-type: none"> - клиническая лаборатория - рентгенологический кабинет - флюорографический кабинет - кабинет маммографии - кабинет функциональной диагностики - кабинеты ультразвуковой диагностики - эндоскопический кабинет 	<ul style="list-style-type: none"> на 33 коек

Нормативно-правовая база:

1. Кодекс Республики Казахстан от 7.06.2020 г «О здоровье народа и системе здравоохранения».
2. Закон Республики Казахстан от 12.01.2017 г. «О порядке рассмотрения обращения физических и юридических лиц».
3. Постановление Правительства Республики Казахстан от 7.11.2011 г № 1304 «Об утверждении Правил привлечения независимых экспертов в области здравоохранения».
4. Приказ МЗ РК от 3 декабря 2020 г. № ҚР ДСМ-230 «Об утверждении правил организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг».

5. Приказ МЗ РК от 27.12.2011 г. №923 «Об утверждении методических рекомендаций по организации работы Службы внутреннего контроля медицинской организации»

Служба поддержки пациента и внутреннего контроля (аудита) координирует деятельность по управлению качеством медицинской помощи по следующим направлениям:

1. Обеспечение прямой связи с пациентами, рассмотрение их обращений на месте их возникновения, свободный доступ населения к СПП и ВК, оперативное реагирование на возникающие вопросы и решение не позднее 5 рабочих дней.
2. Оценка оказания медицинской помощи в соответствии установленным стандартам в области здравоохранения.
3. Оценка состояния и эффективности использования кадровых и материально-технических ресурсов.
4. Мониторинг и оценка организации медицинской помощи в структурных подразделениях через индикаторы качества деятельности и самоконтроль мероприятия по улучшению показателей деятельности каждого подразделения.
5. Разработка программных мероприятий, направленных на предупреждение и устранение дефектов в работе и способствующих повышению качества и эффективности медицинской помощи в каждом структурном подразделении.
6. Проведение анкетирования пациентов с использованием выводов для принятия мер по улучшению деятельности поликлиники.
7. Определение ответственных лиц и сроков исполнения.

Функции

службы поддержки пациентов и внутреннего контроля (аудита):

1. Анализ выполнения внутренних индикаторов.
2. Анализ деятельности внутрибольничных комиссий.
3. Представление руководству медицинской организации информации о проблемах, выявленных в результате анализа, разработанный план по устранению и предупреждению повторных возникновений дефектов, представления для принятия соответствующих управленческих решений.
4. Обучение и методическая помощь персоналу по вопросам обеспечения надлежащего качества медицинской помощи.
5. Изучение мнения сотрудников и информирование персонала о мерах по улучшению качества и обеспечению безопасности пациентов в организации.

Методы проведения экспертизы качества медицинских услуг:

1. Внутренняя экспертиза - проводится путем оценки индикаторами процесса и результата.

2. Самоконтроль, проводимый на участке совместно с врачом и средним медицинским работником с предоставлением информации в Службу поддержки пациентов и внутреннего контроля (аудита).

3. Анкетирование пациентов

4. Изучение мнения сотрудников и информирование персонала о мерах по улучшению качества и безопасности пациентов в поликлинике.

5. Мониторинг поступивших звонков по «Телефону доверия» **53-79-70**

Службой поддержки пациентов и внутреннего контроля (аудита) экспертиза проводится не менее 10% пролеченных случаев за квартал.

Перечень случаев подлежащей 100% экспертизе:

1. Материнской смертности
2. Смерти на дому детей от 0 до 5 лет включительно
3. Смерти на дому лиц трудоспособного возраста от заболеваний
4. Первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста
5. Запущенных форм онкологических заболеваний и туберкулеза
6. Осложнений беременности, управляемых на уровне поликлиники
7. Наблюдений за гражданами после выписки из стационара (за детьми, за женщинами в послеродовом периоде 42 дня, за больными ОКС и ОНМК).

Служба поддержки пациентов и внутреннего контроля (аудит)

включает следующих специалистов:

1. заместителя главного врача по экспертизе и контролю качества оказания медицинских услуг - является руководителем;
2. заместителя главного врача по лечебной работе;
3. заведующих всех структурных подразделений;
4. врачей экспертов;
5. провизора или фармацевта по поликлинике;
6. врача-эпидемиолога;
7. главную медицинскую сестру
8. юриста
9. программиста, который обеспечивает мониторинг по СМИ.

При Службе поддержки пациентов и внутреннего контроля (аудит) работает «Телефон доверия» **53-79-70**, имеется оргтехника, интернет.

Руководителем определяется план работы, критерии проведения оценки деятельности, участия в разборе поступивших обращений и жалоб (устных, письменных, в СМИ) каждого специалиста. Путем согласования с главным врачом в состав комиссии разбора будут включены другие специалисты. Руководителем проводится анализ всей деятельности Службы поддержки пациентов и внутреннего контроля (аудит) с обсуждением и решением проблемных вопросов. Результаты экспертизы предоставляются в виде акта за подписью членов Службы с выводами, путями решения для принятия мер в плановом порядке 1 раз месяц и (или) по мере необходимости. Проводятся регулярные обходы подразделений медицин-

ской организации с целью выявления проблемных вопросов для дальнейшего совершенствования качества оказания медицинских услуг пациентам.

Заведующими структурными подразделениями проводятся экспертиза качества оказанных медицинских услуг в своих подразделениях на основании медицинских документаций, анализов работы, статистических данных, а также проведение диагностических, профилактических, реабилитационных мероприятий. Главной медицинской сестрой осуществляется экспертиза не менее 10% пролеченных случаев на качество заполнения медицинской документации средними медицинскими работниками.

При проведении экспертизы необходимо соблюдать:

1. Системность- взаимосвязь структуры, процесса и результата.
2. Объективность- применение стандартов в области здравоохранения.
3. Открытость- в присутствии заинтересованного лица.
4. Адекватность и эффективность принятых мер Службой.

Самоконтроль

Выражается в четком знании и выполнении своих функциональных обязанностей, стандартов деятельности. 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. 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. Самоконтролю подлежат все пролеченные случаи. На уровне структурного подразделения (отделения) внутренний контроль за работой врачей осуществляет заведующим отделением, за средним- старшая медсестра

Результаты внутреннего контроля:

По результатам представленных выводов руководителями структурных подразделений разрабатывается План мероприятий, утверждаемый руководителем медицинской организации, по форме:

План мероприятий по устранению выявленных проблем

№	Мероприятие	Сроки выполнения		Форма завершения	Ответственные лица
		Дата начала	Дата окончания		

Результаты внутренней экспертизы выносятся и тщательно разбираются на заседаниях внутривидовых комиссий, на врачебных конференциях с последующим принятием управленческих решений с целью повышения уровня знаний медицинских работников и выработки оптимальных подходов к лечебно-диагностическому процессу. При поступлении обоснованных обращений, жалоб

пациентов кроме принятия дисциплинарных мер, медицинские работники должны подготовить информацию на врачебные конференции, совещанияи.

По результатам экспертизы составляется заключения и делаются выводы:

1. О соответствии (несоответствии) оказанной медицинской помощи требованиям действующего законодательства в области здравоохранения.
2. О предоставлении пациенту ГОБМП.
3. Оценку объективности причин несвоевременной, некачественной помощи.
4. Наличие обстоятельств, создающих затруднение или невозможности проведения эффективных лечебных мероприятий, и оказало или могло оказать влияние на исход заболевания.
5. Отчет по отклонениям пороговых значений целевых индикаторов.
6. Обоснованность обращений.
7. О наличии оснований для применения дисциплинарного воздействия с указанием конкретных лиц.

В целях внедрения и развития Службы поддержки пациентов и внутреннего контроля (аудита) в поликлинике должны быть разработаны и утверждены руководителем:

1. Положение о Службе поддержки пациентов и внутреннего контроля (аудита).
2. Внутренние индикаторы по профилям.
3. Разработаны стандарты операционных процедур.
4. План работы Службы.
5. Обучение персонала (по вопросам безопасности, предупреждения рисков, по вопросам этики и деонтологии, правовой грамотности и своевременного принятия мер по профилактике конфликтных ситуаций в поликлинике).
6. План проведения анкетирования пациентов с целью изучения их мнения о качестве медицинских услуг и др.)

При СППП и ВК должен быть создан Совет по управлению качеством оказываемых услуг в количестве 5 человек. Состав Совета определяется внутренним выбором Службы. Членом совета могут быть специалисты с высшим образованием, прошедшие подготовку по основной специальности, имеющие стаж работы не менее 7 лет, квалификационную категорию не ниже первой, пользующиеся заслуженным авторитетом среди сотрудников МО, обладающими лидерскими качествами и креативным мышлением. При необходимости состав Совета может меняться в зависимости от поставленных целей.

Член Совета должен знать законы, постановления, распоряжения, приказы, методические и иные нормативные правовые акты по вопросам экспертизы контроля качества оказания медицинской помощи, знать протоколы диагностики и стандарты лечения. Действия членов совета не должны противоречить профессиональной этике, медицинской деонтологии. Заседания Совета проводятся 1 раз в месяц для решения проблемных вопросов, а так же для внесения предложений по качеству медицинских услуг.

СПП и ВК защищает следующие права пациентов:

- Право на профилактические меры
- Право на доступность медицинской помощи
- Право на информацию
- Право на согласие
- Право на свободу выбора
- Право на приватность и конфиденциальность
- Право на уважение времени пациентов
- Право на соблюдение стандартов качества
- Право на безопасность
- Право на инновацию
- Право на предотвращение по мере возможности страданий и боли
- Право на индивидуальный подход к лечению
- Право на подачу обращений и жалобы

В целях повышения доступности и недопущения значительных сроков ожидания пациентом медицинской помощи в поликлинике поэтапно проводилось увеличение точек доступа к услугам медрегистратора. Так, с 2011 года в поликлинике функционирует 3 регистратуры, с 2015 года Call - центр с 6 операторами и полностью телефонизированы все кабинеты в обоих корпусах.

В функцию Call- центра включена предварительная запись на прием и предоставления справочной информации. Все операторы прошли курс обучения. Регистратура поликлиники обеспечена компьютерами, имеющими доступ к высокоскоростному Интернету. Информация о режиме работы поликлиники, регистратуры, приеме вызовов и номерах телефонов представлена у регистратур, электронных столов справок, на веб- сайта, на стендах и листовках. Для предоставления всей требующейся информации как при очном обращении, так и по телефонам организована работа регистратур, задачей которого является распределение потоков пациентов, сокращение времени пути пациента до достижения цели записи, оперативное решение возникших проблем. Запись в кабинете врача со своего ПК на повторный прием и другим специалистам позволяет пациенту избежать обращения в регистратуру, сокращает его путь к получению необходимой медицинской помощи.

Схема функционирования единой базы предварительной записи в Call-центре:

- В настоящее время ведется прием вызовов и записи посетителей к врачу через Call-центр с 8 утра до 20 часов вечера
- Дублирование исключено
- Обращение пациента в регистратуру в случае предварительной записи через Call-центр и на сайте поликлиники- не требуется!!
- Очередь в регистратуру, поиск и ожидание амбулаторной карты исключена.

- Ожидаемый результат- значительно будет сокращено число жалоб населения!!

За качество оказания медицинской помощи отвечает каждый сотрудник поликлиники. Контроль результатов и постоянное усовершенствование- залог нашего успеха!

Данное Положение обсуждено и ознакомлено сотрудниками на общем собрании КГП на ПХВ «Городская поликлиника № 3»