



УТВЕРЖДАЮ
Главный врач
ГКИ на ПХВ «ГП № 7»
А.У.Шатаева
«03» январь 2018 г.

Положение службы поддержки пациента и внутреннего аудита

г. Тараз

ПОЛОЖЕНИЕ

Службы поддержки пациента и внутреннего аудита по управлению качеством оказания стоматологической помощи в ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №7» УЗаЖО

Общие положения.

1. Настоящее Положение разработано в соответствии со статьей 58 Кодекса РК от 18.09.2009г. « О здоровье народа и системе здравоохранения», Закона РК от 12.01.2007 г № 221 « О порядке рассмотрения обращений физических и юридических лиц», приказа МЗСР РК № 173 от 27.03.2015 г. « Об утверждении Правил организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг». Определяет порядок организации мероприятий по управлению качеством медицинской помощи прикрепленному населению поликлиники.
2. Целью Службы управления качеством медицинской помощи является обеспечение соблюдения Правил оказания гарантированного объема бесплатной помощи, прав пациентов на получение своевременной, качественной и безопасной амбулаторно-поликлинической помощи в необходимом объеме.
3. Служба управления качеством амбулаторно-поликлинической помощи обеспечивает посредством анализа собственных процессов, процедур и применения индикаторов оценки качества амбулаторно-поликлинической помощи, оценку их адекватности и эффективности, с последующей разработкой мер, направленных на улучшение результатов деятельности.
4. Мероприятия по управлению качеством амбулаторно-поликлинической помощи осуществляются сотрудниками, руководителями подразделений, администрацией, внутрибольничными комиссиями, а также специально создаваемой службой по управлению качеством медицинской помощи.
5. Главные внештатные специалисты местных органов управления здравоохранения в соответствии с профилем их деятельности оказывают необходимую методическую помощь в организации мероприятий по управлению качеством медицинской помощи и совершенствованию механизмов ее обеспечения.
6. В настоящем Положении использованы следующие определения:
 - 1) управление качеством амбулаторно-поликлинической помощи – систематический, независимый и документированный процесс непрерывных, взаимосвязанных действий, включающих планирование, организацию, мотивацию, внутренний аудит своей деятельности, а также другие мероприятия, обеспечивающие качество медицинской помощи и

- безопасность для пациентов и направленные на предупреждение и устранение недостатков в своей деятельности на уровне поликлиники;
- 2) служба по управлению качеством амбулаторно-поликлинической помощи – служба, из числа сотрудников, осуществляющие деятельность по управлению качеством медицинской помощи на уровне поликлиники и наделенные соответствующими полномочиями;
 - 4) внутрибольничные комиссии – комиссии, создаваемые в пределах медицинской организации по различным направлениям медицинской деятельности;
 - 5) сотрудник – работник медицинской организации.

Задачи Службы поддержки пациента и внутреннего аудита по управлению качеством медицинской помощи

7. Служба по поддержке пациента и внутреннего аудита

(далее – Служба) осуществляет задачи, в основе которых лежит методическая помощь и обучение персонала по следующим направлениям:

- 1) разработка, внедрение и оценка эффективности программ по управлению качеством амбулаторно-поликлинической помощи (далее – АПП) в организации;
- 2) оценка процессов, осуществляемых в организации, на предмет соответствия стандартам в области здравоохранения, в том числе стандартам аккредитации;
- 7) подготовка поликлиники к процедуре аккредитации;
- 4) внедрение системы клинического аудита – подробного ретроспективного анализа проведенных лечебно-диагностических мероприятий на предмет их соответствия установленным стандартам;
- 8) разработка мероприятий, направленных на предупреждение и устранение дефектов в работе по результатам анализа деятельности и способствующих повышению качества и эффективности медицинской помощи.

Структура Службы поддержки пациента и внутреннего аудита по управлению качеством медицинской помощи

8. Структура и состав Службы внутреннего контроля (аудита) утверждается руководителем организации здравоохранения в зависимости от объема оказываемых медицинских услуг.

9. Состав Службы утверждается в соответствии с Типовыми штатами и штатными нормативами организаций здравоохранения согласно приказа МЗ РК от 07.04. 2010 г. № 238, где предусмотрена должность заместителя руководителя по качеству медицинских услуг, который возглавляет Службу внутреннего аудита.

В пределах штатной численности либо по индивидуальным договорам вне штатной численности в государственных организациях в следующем порядке:

в организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, с численностью прикрепленного населения до 50 тысяч человек – не менее 1 должности врача-эксперта, свыше 50 тысяч человек населения – не менее 2 должностей врача-эксперта;

Функции Службы поддержки пациента и внутреннего аудита по управлению качеством медицинской помощи

13. Служба координирует деятельность организации по управлению качеством АПП по следующим направлениям:

- 1) решение проблем (жалоб) пациентов на месте по мере их появления и в срок не более 5 календарных дней, с изучением степени удовлетворенности пациентов решением проблемы посредством обязательного анкетирования;
- 2) разработка и анализ качественных показателей деятельности поликлиники;
- 3) оценка состояния и эффективности использования кадровых и материально-технических ресурсов поликлиники;
- 4) оценка технологий оказания АПП пациентам на соответствие установленным стандартам в поликлинике (клинический аудит) и отбор случаев, подлежащих комиссионной оценке;
- 5) соблюдение правил оказания гарантированного объема бесплатной ПМСП;
- 6) разработка программных мероприятий, направленных на предупреждение и устранение дефектов в работе и способствующих повышению качества и эффективности помощи;
- 9) подготовка поликлиники к предстоящей процедуре аккредитации и ее прохождение.

14. Функциями Службы являются:

- 1) анализ эффективности деятельности подразделений поликлиники по оценке собственных процессов и процедур, применению индикаторов оценки качества медицинской помощи, внедрению стандартов здравоохранения;
- 2) анализ деятельности внутрибольничных комиссий;
- 3) представление руководству поликлиники информации о проблемах, выявленных в результате анализа, для принятия управленческих решений;
- 4) обучение и методическая помощь персоналу поликлиники по вопросам обеспечения качества стоматологической помощи;
- 5) изучение мнения сотрудников самой поликлиники и информирование персонала о мерах по улучшению качества и обеспечению безопасности пациентов в поликлинике.

15. В целях реализации основных задач и осуществления своих функций Служба запрашивает и имеет право получать информацию от всех структурных подразделений поликлиники, а также вносить предложения:

- 1) по совершенствованию системы управления и порядка оказания АПП;
- 2) по поощрению сотрудников участвующих в улучшении качества АПП или применению дисциплинарных мер воздействия при выявлении систематических нарушений и случаев, повлекших причинение вреда здоровью пациента или отрицательно влияющих на качество стоматологической помощи;
- 3) по привлечению независимых аккредитованных экспертов для проведения оценки с целью предстоящей аккредитации в области здравоохранения, а также для осуществления клинического аудита, процедуры разработки индикаторов, анализа соответствия стандартам в области здравоохранения.

16. Функции сотрудников поликлиники, направленных на обеспечение качества оказываемых медицинских услуг, должен быть регламентирован в должностных инструкциях, утверждаемых руководителем поликлиники.

Порядок проведения мероприятий по управлению качеством медицинской помощи

17. Поликлиникой разрабатывается Программа по обеспечению и непрерывному повышению качества АПП, утверждаемая руководителем поликлиники. Программа должна содержать:

- 1) цель и задачи программы;

- 2) индикаторы оценки качества деятельности поликлиники по каждому структурному подразделению;
 - 3) результаты анализа деятельности структурных подразделений с использованием индикаторов оценки качества, а также оценки соответствия деятельности подразделений установленным стандартам;
 - 4) мероприятия по улучшению показателей деятельности каждого подразделения;
 - 5) определение ответственных лиц и сроков исполнения;
 - 6) ожидаемые результаты от реализации программы.
18. Ход выполнения Программы оценивается посредством самооценки персоналом и руководителями подразделений поликлиники на постоянной основе с предоставлением отчета в Службу не реже 1 раза в месяц. Служба осуществляет анализ отчета, по результатам которого оценивает качество проведения самооценки в том или ином подразделении поликлиники.
19. Самооценка осуществляется на предмет соответствия деятельности нормативным правовым актам, регламентирующим порядок оказания АПП, а также протоколам диагностики и лечения (клинический аудит) и стандартам аккредитации.
20. Для проведения самооценки и внешней оценки каждым подразделением разрабатываются индикаторы оценки качества АПП (далее – внутренние индикаторы), отражающие специфику деятельности подразделения и самой поликлиники, количество которых не ограничивается.
21. Внутренние индикаторы оценки качества, самостоятельно разработанные подразделениями, включают в себя и (или) детализируют индикаторы оценки качества АПП согласно приложению 1 к настоящим правилам (далее – внешние индикаторы).
22. Оценка эффективности деятельности структурных подразделений и в целом поликлиники проводится посредством оценки значений внутренних индикаторов в динамике.
23. Сбор информации и анализ внутренних индикаторов оценки качества осуществляется руководителями подразделений, при этом по каждому индикатору устанавливаются пороговые значения и определяются отклонения от их пороговых значений.
24. Информация по результатам анализа значений внутренних индикаторов оценки качества представляется в Службу не реже 1 раза в квартал. В случае выявления критических отклонений от пороговых значений индикаторов Служба информирует руководство поликлиники, инициируя их обсуждение с участием соответствующего подразделения и принятия мер, направленных на их устранение.
25. С целью анализа мнения пациентов о качестве предоставляемых медицинских услуг проводится анкетирование. Кроме того, одним из основных критериев эффективности работы Службы является количество

жалоб пациентов данной организации на качество стоматологической помощи.

26. С целью определения готовности сотрудников к оказанию качественной и безопасной медицинской помощи проводится целенаправленный опрос мнения сотрудников поликлиники.
 27. Сводный отчет, формируемый Службой по результатам анализа деятельности подразделений поликлиники, подлежит обсуждению на заседаниях соответствующих внутрибольничных комиссий.
 28. Внешние индикаторы служат для оценки деятельности организации органами государственного управления здравоохранением. При этом отклонения (отклонения от нормы положительные или отрицательные) от пороговых значений являются основанием для принятия решения о проведении проверки государственным органом по контролю в сфере оказания медицинских услуг.
 29. Пороговые значения внешних индикаторов рассчитываются и утверждаются на уровне местного органа управления здравоохранением в разрезе организаций, на основе статистических показателей и социально-экономического развития региона с пересмотром не реже одного раза в год.
-