



УТВЕРЖДАЮ
Главный врач КГП на ПХВ
«Риддерская городская больница»
Г.С. Китаппаева
Г.С. Китаппаева
« ___ » _____ 2016г.

**Положение Службы поддержки пациентов и внутреннего аудита
(контроля)
в КГП на ПХВ «Риддерская городская больница» УЗ ВКО акимата
на 2015-2018гг.**

1. Общее положение

1. Настоящая положение определяет порядок организации мероприятий по управлению качеством медицинской помощи в КГП на ПХВ «Риддерская городская больница».
2. Целью управлению качеством медицинской помощи является обеспечение прав пациентов на получение своевременной, качественной и безопасной медицинской помощи в необходимом объеме.
3. Управление качеством медицинской помощи обеспечивается посредством анализа нашей организацией собственных систем, процедур и работ, оценки на улучшение результатов деятельности.
4. Мероприятия по управлению качеством медицинской помощи осуществляется специалистами, заведующими отделениями, поликлиникой, администрацией, внутрибольничными комиссиями (по исследованию летальных исходов, инфекционному контролю, лекарственной безопасности, врачебно-консультативных и др.) а так же специально созданной службой по управлению качеством медицинской помощи.
5. Главные внештатные специалисты в соответствии с профилем их деятельности оказывают необходимую методическую помощь в организации мероприятий по управлению качеством медицинской помощи и совершенствованию механизмом ее обеспечения.
6. Наличие системы управления качеством медицинской помощи и совершенствованию механизмов ее обеспечения является обязательным требованием при прохождении организацией процедуры аккредитации.

**2. Задачи службы по управлению
Качеством медицинской помощи**

2. Служба по управлению качеством медицинской помощи (далее - служба) осуществляет задачи, в основе которых лежит методическая помощь и обучение персонала по следующим направлениям:

- решение проблем пациентов на месте по мере их появления и в оптимальные сроки, с изучением степени удовлетворенности пациентов
- анализ качественных показателей деятельности медицинской организации
- оценка эффективности и состояния использования кадровых и материально-технических ресурсов МО
- проведение внутренней экспертизы на соответствие оказываемой медицинской помощи протоколам диагностики и лечения, Стандартам, НПА.
- соблюдение правил оказания ГОБМП
- разработка программы Службы внутреннего аудита (Службы по управлению качеством медицинской помощи)
- разработка корректирующих мероприятий, направленных на предупреждение и устранение дефектов в работе и способствующих повышению качества и эффективности медицинской помощи, контроль за исполнением.
- подготовка организации к процедуре аккредитации и ее прохождение
- привлечение независимых аккредитованных экспертов для проведение самооценки с целью осуществления клинического аудита, анализа соответствия стандартам в области здравоохранения.

3. Структура службы по управлению качеством медицинской помощи

1. В КГП на ПХВ «Риддерская городская больница» службу возглавляет председатель, курирующий вопросы по лечебной работы (клинической) или соответствующий заместитель по обеспечению качества медицинской помощи.

2. Состав Службы утверждается в пределах штатной численности приказом первого руководителя КГП на ПХВ «Риддерская городская больница».

3. Структурными подразделениями Службы по управлению качеством, охватывающими все уровни в медицинской организации являются;

- комиссия по изучению летальных исходов;
- комиссия экспертизы трудоспособности;
- комиссия по инфекционному контролю;
- комиссия по рассмотрению обращений пациентов;
- комиссия по разбору и принятию мер по жалобам за нарушения этических норм и правил
- формулярная комиссия.

4. Функции и права службы по управлению качеством медицинской помощи

1. Службы координирует деятельность организации по управлению качеством медицинской помощи и следующим направлениям.

1. Непосредственными и прямыми функциями Службы являются:

1) анализ эффективности деятельности подразделений организации по оценке собственных процессов и процедур, применению индикаторов оценки качества медицинской помощи, внедрению стандартов здравоохранения.

2) анализ деятельности внутрибольничных комиссий (по исследованию летальных исходов, инфекционному контролю, врачебно-консультативных, лекарственной безопасности и др.);

3) представление руководству организации информации о проблемах, выявленных в результате анализа, для принятия управленческих решений, направленных на поощрение положительных результатов и на устранение недостатков;

4) обучение и методическая помощь персоналу организации по вопросам обеспечения качества медицинской помощи;

5) изучение мнения специалистов самой организации и информирование персонала о мерах по улучшению качества и обеспечению безопасности пациентов в организации.

2. В целях реализации основных задач и осуществления своих функций Служба имеет право запрашивать и получать необходимую информацию от всех структурных подразделений организации, а также вносить предложения:

1) по совершенствованию системы управления и порядка оказания медицинской помощи;

2) по поощрению сотрудников участвующих в улучшении качества медицинской помощи или применению дисциплинарных мер воздействия при выявлении систематических нарушений и случаев, повлекших причинение вреда здоровью пациента или отрицательно влияющих на качество медицинской 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.

5. Порядок проведения мероприятий по управлению качеством медицинской помощи

1. Организацией разрабатывается план работы по обеспечению и непрерывному повышению качества медицинской помощи, утверждаемый руководителем организации. В плане должны быть отражены:

- Анализ индикаторов оценки качества деятельности организации по каждому структурному подразделению; (постоянно) и соответствие их стандартам в области здравоохранения
- Конкретные мероприятия по улучшению показателей деятельности каждого подразделения;
- Определение ответственных лиц и сроков исполнения;
- Ожидаемые результаты от реализации данного плана.

2. Ход выполнения плана оценивается посредством самооценки персоналом и руководителями подразделений организации на постоянной основе с

предоставлением отчета в Службу не реже 1 раза в месяц. Служба осуществляется анализ отчета, по результатам которого выборочно оценивает качество проведения самооценки в том или ином подразделении организации.

3. 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.

4. Для проведения самооценки каждым подразделением разрабатываются индикаторы оценки качества медицинской помощи (далее - внутренние индикаторы), отражающие специфику деятельности подразделения и самой организации, количество которых не ограничивается.

5. Внутренние индикаторы оценки качества, самостоятельно разработанные подразделениями, включают в себя и (или) детализируют индикаторы оценки качества медицинской помощи согласно приложению 1 к Постановлению Правительства РК от 23.12.2011г. «Правила организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг».

6. Оценка эффективности деятельности структурных подразделений и в целом организации проводится посредством оценки значений внутренних индикаторов в динамике.

7. 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.

8. 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 организации, инициируя их обсуждение с участием соответствующего подразделения и принятии мер, направленных на их устранение.

9. 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 медицинской помощи.

10. С целью определения степени понимания и готовности сотрудников к оказанию качественной и безопасной медицинской помощи проводится целенаправленный опрос мнения специалистов организации.

11. Сводный отчет, формируемый Службой по результатам анализа деятельности подразделений организации, подлежит обсуждению на заседаниях соответствующих внутрибольничных комиссий.

12. Внешние индикаторы служат для оценки деятельности организации органами государственного управления здравоохранением. При этом критические отклонения (положительные или отрицательные) от пороговых значений являются основанием для принятия решения о проведении проверки государственным органом по контролю в сфере оказания медицинских услуг.