

приказ № 125-П
от 01.08.2025г

**О создании и работе внештатной комиссии,
осуществляющей функцию службы поддержки
пациента и внутренней экспертизы**

В целях управления качеством предоставляемой медицинской помощи, организации менеджмента качества и стандартизации, организации и проведения внутренней экспертизы (в том числе клинического аудита) в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 3 декабря 2020 года №КР ДСМ-230/2020 «Об утверждении Правил организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг (помощи)», **ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Назначить внештатную комиссию, осуществляющую функцию службы поддержки пациента и внутренней экспертизы, управлению инцидентами в следующем составе с функциями согласно приложению №1 к приказу:

Председатель комиссии-заместитель главного врача по медицинской части- Секеева Т.М.

Заместитель председателя комиссии-заведующий неврологическим отделением- Кулиниченко С.К.

Члены комиссии:

Заведующая отделом ОМР и статистики- Алексеева Г.М.

Врач реабилитолог травматолого-ортопедического отделения- Зонов А.О.

Врач-эксперт- Ахмадиева Ж.К.

Врач статист-Батырханова А.А.

Главная медицинская сестра, Морозова Н.М.

Эпидемиолог-Абишева Л.Р.

Психолог-Осипова Т.В.

Социальный работник-Рыспаев А.Т.

Инженер по ОТ и ТБ-Мережко Т.Н.

Аналитик-Смирнова Н.О.

Юрисконсульт-Кренинина Т.Н.

2. Заведующим отделений ежеквартально проводить разборы всех случаев:
-летальных исходов;

- перевода в больничные организации;
- увеличения или уменьшения сроков лечения;
- количество вызовов скорой медицинской помощи;
- оказание первой медицинской помощи при возникновении острых заболеваний;
- больничного травматизма;
- внутрибольничных инфекций

3. Службе рассматривать обращения пациентов по вопросам оказанной медицинской помощи в срок, не превышающий 15 рабочих дней, жалобу-не превышающий 20 рабочих дней.

3.1 Службе при выявлении нарушений стандартов организации оказания медицинской помощи по профилю медицинским работником при оказании медицинской помощи, что повлекло неблагоприятный исход лечения (смерть и (или) инвалидизация и (или) ухудшение и (или) без перемен) для здоровья и жизни пациента, наличия оснований и подтверждающих доказательств о причинении вреда жизни и здоровью пациента, установления признаков страхового случая, предоставлять главному врачу предприятия рекомендации с обоснованием о направлении данного обращения на заседание Независимой экспертной комиссии со всеми материалами (медицинская документация, фото-, видеоматериалы, договор, чеки и другие материалы, относящиеся к обращению), в том числе из информационных систем.

3.2 Заведующим отделений при наступлении страхового случая и при направлении документов в Независимую экспертную комиссию организовать сбор и предоставление копий следующих документов (нарочно в бумажном варианте и (или) электронном варианте):

1) обращение пациента либо его супруга (супруги), близкого родственника или законного представителя;

2) согласие пациента либо его супруга (супруги), близкого родственника или законного представителя на сбор и обработку персональных медицинских данных в соответствии с подпунктом 2) статьи 58 и с пунктом 3 статьи 60 Кодекса и сбор и обработку персональных данных в соответствии со статьей 8 Закона Республики Казахстан "О персональных данных и их защите" согласно приложению 1-1 к настоящим Правилам;

3) история болезни пациента;

4) медицинская документация по форме медицинской учетной документации в соответствии приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № КР ДСМ-175/2020 "Об утверждении форм учетной документации в области здравоохранения, а также инструкций по их заполнению" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21579);

5) свидетельство или справка о смерти (при их наличии);

- 6) патологоанатомическое заключение о причине смерти и диагнозе заболевания (при их наличии);
 - 7) результатах исследований патологоанатомической диагностики (макроскопических исследований, микроскопических исследований) (при их наличии);
 - 8) заключение медико-социальной экспертизы по установлению инвалидности и (или) степени утраты трудоспособности (при их наличии);
 - 9) финансовый документ, подтверждающий оплату фактических расходов пациента, связанных с заболеванием (при их наличии);
 - 10) результаты лабораторных и инструментальных исследований (при их наличии);
 - 11) документы на оказание платных услуг (при их наличии).
4. Приказ вступает в силу со дня подписания.
 5. Контроль за исполнением приказа оставляю за собой.

Главный врач



Т.Тортаев

Функции Службы поддержки пациентов

- 1) Анализ, сбор и предоставление информации, отчетность по службе-Алекенева Г.М.
- 2) Вопросы, касаемые лечебной части-Кулиниченко С.К., Иванова Г.Г.;
- 3) Обучение персонала по вопросам оказания качественной мед. помощи-члены комиссии;
- 4) Обучение персонала по вопросам СЭС, ознакомление с результатами проверок-Абишева Л.Р.;
- 5) Контроль и открытие ящиков обращений комисионно (по мере поступления), заполнение формы и сдача отчета, хранение ключей от ящиков-ответственный Рыспаев А.Т., Зонов А.О.,
- 6) Наличие и контроль за журналами отзывов и предложений, отчет-Смирнова Н.О., журнал регистрации звонков(отчет)-Морозова Н.М.;
- 7) Разъяснение НПА, дача ответов на обращения(жалобы) по всем структурным подразделениям-Крестина Т.Н.;
- 8) Обучение среднего медицинского персонала- Морозова Н.М.;
- 9) Работа по этике и деонтологии-Осипова Т.В.,
- 10) Отчет по обращениям-Алекенева Г.М., Крестина Т.Н.;
- 11) Постоянный контроль за вводом в КМИС врачебных назначений-Алекенева Г.М., Ахмадиева Ж.К.;
- 12) Сбор членов СПП для разбора инцидента комисионно, регистрация инцидентов, отчет по инцидентам и отработка протокола разбора инцидента-Рыспаев А.Т.(не медицинского-Смирнова Н.О.);
- 13) Контроль за работой СПП-Тортаев Т.Т.

Задачи Службы поддержки пациентов

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

1. 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.

2. Служба на постоянной основе контролирует 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.

3. Служба проводит учет и текущий анализ фактов наступления медицинского инцидента и страховых случаев, результаты которых вносятся в единый реестр учета фактов наступления медицинского инцидента и страховых случаев согласно приказу исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 июня 2024 года № 32 "Об утверждении Правил формирования и ведения единого реестра учета фактов наступления медицинского инцидента и страховых случаев" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 34606).

4. 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).

Сноска. Пункт 13 - в редакции приказа и.о. Министра здравоохранения РК от 14.03.2025 № 21 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после его первого официального опубликования).

5. Служба ежемесячно проводит экспертизу не менее 10 % пролеченных случаев на качество заполнения медицинской документации средними медицинскими работниками.

6. 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.

7. 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 № КР ДСМ - 147/2020.

6) результаты анализа доступности населения к Службе по средствам официальных источников размещенных на интернет платформах, контактных номеров телефона доверия.

7) Анализ эффективности работы и доступности, расположения кабинета приема граждан;

8) ход исполнения программы по управлению рисками;

9) анализ обращений пациентов либо его супруга (супруги), близких родственников или законных представителей в случае несогласия с заключением независимой экспертной комиссии о наличии (отсутствии) факта причинения вреда жизни и здоровью пациента в результате осуществления медицинской деятельности, с указанием количества случаев, признанных медицинским инцидентом или наличия факта причинения вреда жизни и здоровью пациента в результате осуществления медицинской деятельности, с указанием количества и суммы страховой выплаты.

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

Сноска. Пункт 16 - в редакции приказа и.о. Министра здравоохранения РК от 14.03.2025 № 21 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после его первого официального опубликования).

8. 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.

9. Служба при рассмотрении обращения проводит внутреннюю экспертизу по качеству предоставленной медицинской помощи на соответствие стандартам организации оказания медицинской помощи по профилю, правилам оказания медицинской помощи с привлечением независимых экспертов или профильных специалистов (при необходимости).

10. Служба проводит внутреннюю экспертизу путем анализа медицинских услуг (помощи) с учетом:

1) диагностических процедур: анализ своевременности и непредвиденных отклонений в проведенных диагностических мероприятиях для выявления заболеваний или состояний, которые могли привести к данному событию;

2) лечебных мероприятий: анализ соответствия лечебных действий (медикаментозная, оперативная, инвазивная) адекватности их выбора и выполнения, а также тактики ведения пациента;

3) профилактических мер: оценка проведенных профилактических действий для предотвращения возможных осложнений или повторных случаев;

4) реабилитационных мер: анализ эффективности и адекватности проведенных реабилитационных мероприятий с целью восстановления функциональных возможностей и улучшения качества жизни пациента после события.

10. Служба по результатам внутренней экспертизы составляет 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.

11. 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.

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

12. Руководитель Службы или заместитель первого руководителя по по качеству медицинской помощи оценивает деятельность путем оценки достижения индикаторов эффективности деятельности Службы согласно приложению 1-2 к Правилам проведения экспертизы.