



БҰЙРЫҚ

13.01.2025 ж

Өскемен қаласы

ПРИКАЗ

№ 35-Ө

город Усть-Каменогорск

Пациентті қолдау және ішкі сараптама қызмет функциясын жүзеге асыратын комиссия құру және оның жұмысы туралы

Көрсетілетін медициналық көмектің сапасын басқару, сапа менеджменті мен стандарттауды ұйымдастыру, ішкі сараптаманы (оның ішінде клиникалық аудитті) ұйымдастыру және жүргізу мақсатында ҚР Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы 3 желтоқсандағы №ҚР ДСМ-230/2020 "Медициналық қызметтер(көмек) сапасына ішкі және сыртқы сараптамаларды ұйымдастыру және жүргізу қағидаларын бекіту туралы" бұйрығына сәйкес, **БҰЙЫРАМЫН:**

1 Пациентті қолдау және ішкі сараптама қызметінің функциясын жүзеге асыратын комиссия бұйрыққа №1 қосымшаға сәйкес функциялары бар мынадай құрамдағы инциденттерді басқаруға тағайындалсын:

Комиссия төрағасы - бас дәрігердің емдеу жұмысы жөніндегі орынбасары -

Т.М.Секеева

Комиссия төрағасының орынбасары - неврологиялық бөлімше меңгерушісі, Кулиниченко С. К.

Комиссия мүшелері:

ҰӘЖ және статистика бөлімінің статистика меңгерушісі - Г.М.Алекенева

Қалпына келтіру бөлімшесінің меңгерушісі - Г.Г.Иванова .

Травматолог - ортопед дәрігері - А.О.Зонов

Бас мейіргер - Н.М.Морозова

Эпидемиолог - Л.Р.Абишева.

Қалпына келтіріп емдеу бөлімшесінің аға мейіргері - Г.Б.Абдрахманова.

Психолог - Т.В.Осипова.

Әлеуметтік қызметкер - А.К.Канафиева.

Әлеуметтік қызметкер - А.Т.Рыспаев.

Медициналық тіркеуші - А.А.Бутобаева.

Талдаушы - Н.О.Смирнова.

Шаруашылық бөлімінің бастығы - Д.Д.Хайруллин

Заңкеңесші - Т.Н.Крестина.

2. Бөлімше меңгерушілері барлық жағдайларға талдау жүргізсін:

өлім-жітім;

аурухана ұйымдарына ауыстыру;

емдеу мерзімін ұзарту немесе қысқарту;

аурухана жарақаты;
ауруханаішілік инфекциялар.

3. Қызмет 1 (бір) ай мерзімде 2024 жылға арналған жұмыс жоспарын әзірлесін және Қызметті тұрақты негізде жүзеге асырсын.

4. Қызмет көрсетілген медициналық көмек мәселелері бойынша пациенттердің өтініштерін қарайды. Бұл ретте өтінішті он бес жұмыс күнінен аспайтын мерзімде, шағымды жиырма жұмыс күнінен аспайтын мерзімде қарау керек.

5. Бұйрық қол қойылған күнінен бастап күшіне енеді.

6. Бұйрықтың орындалуын өзіме қалтырамын.

Бас дәрігер



Т.Тортаев

Орынд: Т.Н.Кретинина.

Пациенттерге қызмет көрсету функциялары

1. Ақпаратты талдау, жинау және ұсыну, қызмет бойынша есеп беру- Г.М.Алекенева;
2. Емдеу бөліміне қатысты сұрақтар-С.К.Кулиниченко, Г.Г.Иванова.
3. Сапалы медициналық көмек көрсету мәселелері бойынша персоналды оқыту- комиссия мүшелері;
4. Санитарлық-эпидемиологиялық салауаттылық мәселелері бойынша персоналды оқыту, тексеру нәтижелерімен танысу-Л.Р.Абишева.
5. Өтініш жәшіктерін комиссиялық түрде ашу (толтыру шамасына қарай), нысанды толтыру және есепті тапсыру, жәшіктерден кілттерді сақтау (жауапты- А.Т.Рыспаев)-А.О.Зонов, Г.Б.Абдрахманова.
6. Пікірлер мен ұсыныстар журналдарының болуы және оларды бақылау, есеп- Н.О.Смирнова, қоңырауларды тіркеу журналы, есеп-А.А.Бутобаева.
7. Оңалту іс-шараларының динамикасын, тиімділігін бақылау- Г.Г.Иванова, Г.Б.Абдрахманова.
8. НҚА-ны түсіндіру, Орталықтың барлық құрылымдық бөлімшелері бойынша шағымдарға (өтініштерге) жауап беру-Т.Н.Кретинина.
9. Орта персоналды оқыту-Н.М.Морозова.
10. Этика және деонтология бойынша жұмыс-Т.В.Осипова, А.К.Канафиева.
11. Медициналық құжаттамаларды МАЖ енгізу үшін тұрақты бақылау- Г.М.Алекенева, Н.М.Морозова.
12. Өтініштер/шағымдар бойынша есеп-Г.М.Алекенева, Т.Н.Кретинина.
13. Инциденттерді тіркеу, инциденттер туралы есеп-А.Т.Рыспаев.
14. Инциденттерді талдау-мүшелері пациенттерді қолдау қызметі (инцидент түрі бойынша), медициналық инцидентті талдау үшін ПҚҚ бойынша мүшелерді жинау-А.Т. Рыспаев, медициналық емес-Н. О. Смирнова.
15. ПҚҚ жұмысы үшін бақылау-бас дәрігер

Пациенттерді қолдау қызметінің міндеттері

1. Халықаралық және Ұлттық аккредиттеу стандарттарын енгізу және қолдау бойынша құрылымдық бөлімшелерге әдіснамалық басшылық жүргізу, осы стандарттардың талаптарына сәйкестігін өзін-өзі бағалау, пациенттердің сапасы мен қауіпсіздігін үздіксіз арттыру жөніндегі бағдарламалардың тиімділігін енгізу және бағалау;
2. Медициналық көмектің қолжетімділігі мен уақтылығы, емдеудің клиникалық хаттамаларын және медициналық көмек көрсету стандарттарын сақтау жөніндегі ұсынымдарды орындау бөлігінде сыртқы сараптаманың қорытындылары бойынша жұмысты тұрақты негізде жүргізу;
3. Медициналық ұйымның бейініне сәйкес денсаулық сақтау ұйымдарының бастапқы медициналық құжаттамасының деректер жиынтығына сәйкес жіктеуіштер мен анықтамалықтарға сәйкес пациенттердің деректерін медициналық ақпараттық жүйелерге енгізудің дұрыстығын тұрақты негізде бақылау;
4. Медициналық инциденттердің есебін жүргізу және "медициналық инциденттің жағдайларын (оқиғаларын) айқындау, оларды есепке алу және талдау қағидаларын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы 22 қазандағы № ҚР ДСМ-147/2020 бұйрығына (мемлекеттік тіркеу тізілімінде тіркелген) сәйкес медициналық инциденттердің әрбір жағдайы (оқиғасы) туралы анықтаманы (жиынтық ақпаратты) жіберу нормативтік құқықтық актілер № 21511 астында) (бұдан әрі- № ҚР ДСМ-147/2020 бұйрығы);
5. Ай сайын орта медицина қызметкерлерінің медициналық құжаттаманы толтыру сапасына емделген жағдайлардың кемінде 10% - сараптама жүргізу.
6. Стандарттардан негізсіз ауытқумен (бұдан әрі-ақаулар) көрінетін медициналық көмек көрсету тәртібінің, емдеу – диагностикалық іс-шаралардың бұзылуы анықталған жағдайларда олардың пайда болуының түбірлік себептерін анықтау мен талдауды жүргізу, ақаулар мен қателіктердің алдын алу бойынша ұсынымдар әзірлеу;
7. Басқарушылық шешімдер қабылдауды талап ететін жіберілген ақаулар, оның ішінде бірнеше рет және (немесе) қайталанған бұзушылықтар жағдайлары (қосымша оқуға, медицина қызметкерлерінің біліктілігін арттыру курстарына, дәрілік препараттарды, медициналық мақсаттағы бұйымдарды, медициналық техниканы сатып алуға жіберу) басшылықтың қарауына шығарылсын.
8. Қызмет зерттейді:
 - 1) осы медициналық ұйымда медициналық көмек көрсету стандарттарына сәйкес бекітілген Ішкі индикаторлар, оның ішінде Қағидаларға 1-қосымшада баяндалған индикаторлар (ҚР ДСМ № 230 бұйрығы) осы нақты бейінге қолдану мүмкіндігіне сәйкес);
 - 2) түзету шараларының жоспарлары және олардың өткен сараптамалардың нәтижелері бойынша орындалуы;
 - 3) клиникалық аудиторлардың қорытындылары;
 - 4) пациенттерге сауалнама жүргізу және сұхбат беру нәтижелері, өтініштер бойынша жұмыс нәтижелері;
 - 5) № ҚР ДСМ - 147/2020 бұйрығына сәйкес медициналық инциденттерді талдау нәтижелері.

6.Қызмет жүргізілген талдау нәтижелері бойынша құрылымдық бөлімшелердің және жалпы медициналық ұйымның қызметін бағалайды (жиынтық есепті еркін нысанда жасайды).

9.Пациенттердің медициналық қызметтердің (көмектің) деңгейі мен сапасына қанағаттану дәрежесін анықтау және халық пен пациенттердің қажеттіліктерін:

1) медициналық ұйымдар мен мемлекеттік органдардың халықтың және пациенттердің мұқтаждарына жедел ден қою, халықты, денсаулық сақтау ұйымдарының пациенттері мен мамандарын топтық сұхбат беру және пациенттерге және (немесе) олардың туыстарына, денсаулық сақтау ұйымының медициналық және медициналық емес персоналына сауалнама жүргізу мақсатында қоғамдық ашықтық диалогы құралын қолдану;

2)көрсетілген медициналық қызметтердің (көмектің) сапасына негізделген өтініштерді талдау.

10. Көрсетілген медициналық көмек мәселелері бойынша пациенттердің өтініштерін қарау.

11. Медициналық қызметтердің (көмектің) сапасына ішкі сараптаманың орындалуын айына 1 рет іріктеп бақылау да деңгейде өзін-өзі бақылау жолымен жүзеге асырылады:

әрбір медицина қызметкерінің;

құрылымдық бөлімше.

12. Медициналық қызметкер деңгейінде сараптаманы барлық емделген жағдайлар бойынша дәрігер, бөлімшенің әрбір мейіргер жүзеге асырады.

13. Құрылымдық бөлімше деңгейінде сараптаманы оның басшысы ағымдағы қызметі шеңберінде жүргізеді.

14. Құрылымдық бөлімше деңгейінде орта медицина қызметкерлерінің жұмысына сараптаманы аға мейіргер жүзеге асырады. Құрылымдық бөлімшелердің орта медицина қызметкерлерінің жұмыс сапасына сараптама медициналық құжаттаманы толтырудың толықтығымен және уақтылығымен, сондай-ақ дәрігерлік тағайындауларды орындаудың толықтығымен, уақтылығымен және сапасымен айқындалады.

приказ № 35-П
от 13.01.2025г

**О создании и работе 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 комиссию, осуществляющую функцию службы поддержки пациента и внутренней экспертизы, управлению инцидентами в следующем составе согласно приложению №1 к приказу:
Председатель комиссии-заместитель главного врача по лечебной работе, Секеева Т.М.
Заместитель председателя комиссии- заведующий неврологическим отделением, Кулиниченко С.К.
Члены комиссии:
Заведующий статистики и ОМР, Алексеева Г.М.
Заведующий отделения восстановительного отделения-Иванова Г.Г.
Врач травматолог-ортопед, Зонов А.О.
Главная медицинская сестра-Морозова Н.М.
Эпидемиолог-Абишева Л.Р.
Сташая м/с отделения восстановительного лечения-Абдрахманова Г.Б.
Психолог-Осипова Т.В.
Социальный работник, Канафиева А.К.
Социальный работник-Рыспаев А.Т.
Медицинский регистратор, Бутобаева А.А.
Аналитик, Смирнова Н.О.
Начальник хозяйственной части, Хайруллин Д.Д.
Юрисконсульт-Кретирина Т.Н.
3. Заведующим отделений проводить разборы всех случаев:
летальных исходов;
перевода в больничные организации;
увеличения или уменьшения сроков лечения;
больничного травматизма;
внутрибольничных инфекций.
4. Службе в срок 1(один) месяц разработать План работы на 2025 год и осуществлять деятельность на постоянной основе.
5. Службе рассматривать обращения пациентов по вопросам оказанной медицинской помощи. При этом, обращение рассматривать в срок, не превышающий пятнадцати рабочих дней, жалобу в срок, не превышающий двадцати рабочих дней.
6. Приказ вступает в силу со дня подписания.

7. Контроль за исполнением приказа оставляю за собой.

Главный врач

A handwritten signature in blue ink, consisting of a stylized 'T' followed by a horizontal line and a small flourish at the end.

Т.Тортаев

Исп.Кретьнина Т.Н.

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 медицинской помощи- члены комиссии;
- 4) Обучение персонала по вопросам санитарно-эпидемиологического благополучия, ознакомление с результатами проверок-Абишева Л.Р.;
- 5) Открытие ящиков обращений (по мере заполнения) комиссионно, заполнение формы и сдача отчета, хранение ключей от ящиков (ответственный Рыспаев А.Т) -Зонов А.О., Абдрахманова Г.Б.
- 6) Наличие и контроль за журналами отзывов и предложений, отчет- Смирнова Н.О., журнал регистрации звонков, отчет- Бутобаева А.А.;
- 7) Наблюдение за динамикой, эффективностью реабилитационных мероприятий – Иванова Г.Г., Абдрахманова Г.Б.;
- 8) Разъяснения НПА, дача ответа на жалобы (обращения) по всем структурным подразделениям Центра –Кренинина Т.Н.;
- 9) Обучение среднего персонала - Морозова Н.М.;
- 10) Работа по этике и деонтологии –Осипова Т.В., Канафиева А.К.;
- 11) Постоянный контроль за введением в МИС медицинской документации- Алекенева Г.М., Морозова Н.М.,
- 12) Отчет по обращениям/жалобам – Алекенева Г.М., Кренинина Т.Н.;
- 13) Регистрация инцидентов, отчет по инцидентам- Рыспаев А.Т.
- 14) Разбор инцидентов - члены СПП (по виду инцидента), сбор членов СПП для разбора медицинского инцидента - Рыспаев А.Т, не медицинского- Смирнова Н.О
- 15) Контроль за работой СПП –Главный врач.

Задачи Службы поддержки пациентов

1. Проводить методологическое руководство структурными подразделениями по внедрению и поддержанию международных и национальных стандартов аккредитации, самооценку на соответствие требованиям этих стандартов, внедрять и оценивать эффективность программ по непрерывному повышению качества и безопасности пациентов;
2. На постоянной основе проводить работу по заключениям внешней экспертизы в части исполнения рекомендаций по доступности и

своевременности медицинской помощи, соблюдения клинических протоколов лечения и стандартов оказания медицинской помощи;

3. На постоянной основе контролировать корректность ввода данных пациентов, назначений и манипуляций в медицинские информационные системы в соответствии с классификаторами и справочниками, согласно наборам данных первичной медицинской документации организаций здравоохранения, соответствующих профилю медицинской организации;
4. Проводить учет медицинских инцидентов и направлять 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);
5. Ежемесячно проводить экспертизу не менее 10 % пролеченных случаев на качество заполнения медицинской документации средними медицинскими работниками.
6. В случаях выявления нарушения порядка оказания медицинской помощи, лечебно-диагностических мероприятий, выражающееся в необоснованном отклонении от Стандартов (далее – дефекты), проводить выявление и разбор корневых причин их возникновения, разрабатывать рекомендации по недопущению дефектов и ошибок;
7. 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) выносить на рассмотрение руководства.
8. Служба изучает:
 - 1) внутренние индикаторы, утвержденные в настоящей медицинской организации в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи, в том числе индикаторы, изложенные в приложении 1 к Правилам (приказ МЗ РК №230) 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. Служба по результатам проведенного анализа оценивает деятельность структурных подразделений и в целом медицинской организации (делает Сводный отчет в свободной форме).
9. Определять степень удовлетворенности пациентов уровнем и качеством медицинских услуг (помощи) и определять 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).
10. Рассматривать обращения пациентов по вопросам оказанной медицинской помощи.
11. Выборочно 1 раз в месяц контролировать выполнение внутренней экспертизы качества медицинских услуг (помощи) осуществляется также путем самоконтроля на уровне:
 - каждого медицинского работника;
 - структурного подразделения.
12. Экспертиза на уровне медицинского работника осуществляется врачом, каждой медицинской сестрой отделения по всем пролеченным случаям.
13. Экспертиза на уровне структурного подразделения проводится его руководителем в рамках его текущей деятельности.
14. 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.