**«СҚО әкімдігінің денсаулық сақтау басқармасы» КММ**

**«Тайынша көп бейінді ауданаралық ауруханасы» ШЖҚ КМК пациенттерді қолдау және ішкі сараптама қызметі туралы**

**ЕРЕЖЕСІ**

**Жалпы ережелер**

**Пациенттерді қолдау және ішкі сараптама қызметі** (бұдан әріде-ПҚҚ және ІСҚ) «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан Республикасының 2020 жылғы 7 шілдедегі № 360-VI кодексі, ҚР 2020 жылғы 29 маусымдағы № 350-VI Әкімшілік рәсімдік-процестік кодексі, «Медициналық қызметтер сапасына ішкі және сыртқы сараптамаларды ұйымдастыру мен жүргізу қағидаларын бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің 2020 жылғы 03 желтоқсандағы №230/2020 бұйрығы негізінде, медициналық көрсетілетін көмектің сапасын басқару үшін, медициналық ұйымдағы сапа менеджменті мен стандарттауды ұйымдастыру, ішкі сараптаманы ұйымдастыру мен жүргізу, сондай-ақ медицина ұйымындағы клиникалық аудитті ұйымдастыру мен жүргізу үшін құрылады.

Қызметті тікелей бағынатын және лауазымға медицина ұйымының бірінші басшысымен тағайындалған басшы басқарады.

Қызметтің құрылымы мен құрамы стационарлық және стационарды алмастыратын жағдайда медициналық көмек көрсететін ұйымдардың медициналық көрсетілетін қызметтерінің көлемі, бейіні, әл-қуаты, амбулаториялық-емханалық көмек көрсететін ұйымдар үшін бекітілген халықтың саны ескеріле отырып, медицина ұйымының басшысымен бекітіледі.

      Қызметте медициналық көмек көрсетуді ұйымдастыру стандарттарына, медициналық көмек көрсету қағидаларына және медицина ұйымының міндеттеріне қарай дәрігер-сарапшылардың, денсаулық сақтау менеджерлерінің, қажет болған жағдайда әлеуметтік қызметкерлер мен психологтердің мөлшерлемелері қарастырылады. Клиникалық аудитті жүргізу үшін, тәуелсіз тартылған консультанттар ретінде болсын, медициналық ұйым қызметкерлерінің арасынан болсын дәрігерлер, эпидемиолог-дәрігерлер, мейірбикелер, фармацевтер, клиникалық фармакологтер, экономистер мен медициналық статистер тартылады.

      Қызмет сапа менеджменті мен медициналық көмекті стандарттауды ұйымдастыру аясында халықаралық және ұлттық аккредиттеу стандарттарын енгізу және қолдау бойынша медицина ұйымының құрылымдық бөлімшелеріне әдіснамалық басшылық жүргізеді, осы стандарттар талаптарына сәйкестігін өзін-өзі бағалайды, сапа мен пациенттердің қауіпсіздігін үздіксіз арту жөніндегі бағдарламаларды енгізеді және тиімділігін бағалайды, сондай-ақ Қызметтің қызметкерлері медициналық көрсетілетін қызметтер сапасын сараптау мәселелері бойынша біліктілікті артудан өтеді.

Қызмет сараптама жүргізеді:

1) стационарлық немесе стационарды алмастыратын көмек көрсететін ұйымдарда, айдағы емделген жағдайлардың кемінде 15%-ына, сондай-ақ төмендегілердің барлық жағдайларына:

-өлім-жітіммен аяқталған;

-асқынулар, соның ішінде операциядан кейінгі;

-ауруханаішілік;

-сапасыз алдыңғы емнің салдарынан бір ай ішінде бір ауру бойынша

қайта емдеуге жатқызу;

-емдеу мерзімін ұзарту немесе қысқарту;

-клиникалық және патологиялық диагноздардың сәйкессіздіктері;

-негізсіз ауруханаға жатқызу;

-жүргізілген гемотрансфузия жағдайларының 20%.

      Қызмет медициналық көмектің қолжетімділігі мен уақытылығы, медициналық көмек көрсету стандарттарын, медициналық көмек көрсету қағидаларын сақтау бойынша ұсынымдарды орындау бөлігінде сыртқы сараптама қорытындылары бойынша тұрақты негізде жұмыс жүргізеді.

Қызмет медицина ұйымының бейініне сәйкес, денсаулық сақтау ұйымдарының бастапқы медициналық құжаттамасының деректері жиынтығына сәйкес, жіктеуіштер мен анықтамалықтарға сәйкес медициналық ақпараттық жүйелерге пациенттердің деректерін енгізудің дұрыстығына тұрақты негізде бақылау жүргізеді.

Қызмет «Медициналық оқыс оқиға жағдайларын (оқиғаларды) айқындау, оларды есепке алу және талдау қағидаларын бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы қазандағы №ҚР ДСМ-147/2020 бұйрығына (мемлекеттік нормативтік құқықтық актілерді тіркеу тізілімде № 21511 болып тіркелген) (бұдан әріде – № ҚР ДСМ-147/2020 бұйрығы) сәйкес медициналық оқыс оқиғалардың есебін жүргізеді және медициналық оқыс оқиғаның әрбір жағдайы (оқиға) туралы анықтама (жиынтық ақпарат) береді.

Қызмет, сондай-ақ, ай сайын орта буын медицина қызметкерлерінің медициналық құжаттаманы толтыру сапасына қатысты емделген жағдайлардың кемінде 10% -ына сараптама жүргізеді.

Қызмет Стандарттан негізсіз ауытқумен (бұдан әріде-ақаулар) көрініс тапқан медициналық көмек көрсету тәртібінің, емдеу – диагностикалық іс-шаралардың бұзылуы анықталған жағдайларда, олардың пайда болуының түбірлік себептерін анықтауын және талдауын жүргізеді, ақаулар мен қателіктерге жол бермеу бойынша ұсынымдар әзірлейді.

Жіберілген ақау жағдайлары, соның ішінде басқарушылық шешімдер қабылдауды талап ететін, бірнеше рет және (немесе) қайталанған бұзушылықтар (қосымша оқуға, медицина қызметкерлерінің біліктілігін арту курстарына жіберу, дәрілік препараттарды, медициналық мақсаттағы бұйымдарды, медициналық техниканы сатып алу) басшылықтың қарауына шығарылады.

   Қызмет зерттеп-таниды:

1) медициналық көмек көрсету стандарттарына, медициналық көмек көрсету қағидаларына сәйкес осы медицина ұйымында бекітілген ішкі индикаторларды, сондай-ақ, ішкі және сыртқы сараптама жүргізу қағидаларына 1-қосымшада баяндалған индикаторларды (осы нақты бейінге қолдану ықтималдылығына сәйкес);

2) түзету шараларының жоспарларын және олардың сараптамадан өткен нәтижелері бойынша орындалуын;

3) клиникалық аудиторлардың қорытындыларын;

4) пациенттермен сауалнама жүргізу және сұхбат алу нәтижелерін, өтініш-шағымдар бойынша жұмыс жасау нәтижелерін;

5) №ҚР ДСМ-147/2020 бұйрығына сәйкес медициналық оқыс оқиғаларға талдау жүргізу нәтижелерін.

Талдау нәтижелері бойынша құрылымдық бөлімшелердің және жалпы медицина ұйымының қызметі бағаланады.

Қызмет пациенттердің медициналық қызметтердің (көмектің) деңгейі мен сапасына қанағаттануының дәрежесін анықтайды және халық пен пациенттердің қажеттіліктерін төмендегі жолдар арқылы анықтайды:

1) медициналық ұйымдар мен мемлекеттік органдардың халық пен пациенттердің мұқтаждықтарына жедел ден қоюы мақсатында қоғамдық ашықтық диалогі құралын қолдану, халықтан, денсаулық сақтау ұйымдарының пациенттері мен мамандарынан топтық сұхбат алу және пациенттермен және (немесе) олардың туыстарымен, денсаулық сақтау ұйымдарының медициналық және медициналық емес персоналымен сауалнама жүргізу фокусы;

2) медициналық көрсетілетін қызметтердің (көмектің) сапасына қатысты негізді өтініштерді талдау;

3) денсаулық сақтаудың ақпараттық жүйелерінде халыққа салынған сұрауды талдау.

Қызмет комиссия құра отырып, пациенттердің медициналық көрсетілген көмек мәселелері бойынша өтініштерін қарайды. Бұл ретте, өтініш 15 (он бес) жұмыс күнінен аспайтын мерзімде, шағым жиырма (20) жұмыс күнінен аспайтын мерзімде қаралады.

**Мәселені (шағымдар) шешу:**

Пациенттердің өтініші келесідей болуы ықтимал:

-жазбаша түрде;

-жеке өтініш жасаған кезде ауызша түрде;

-87153623160 телефоны арқылы;

-директор-М.М. Құдратуллаевтың телефоны арқылы: 87153621257;

-директордың емдеу бөлімі жөніндегі орынбасары-Н.В. Вручинскаяның телефоны арқылы: 87153623707;

-директордың медициналық қызметтер сапасын бақылау жөніндегі орынбасары-Б.К. Казезованың телефоны арқылы: 87153621969;

-директордың блогына және ұйымның сайтында: [www.taycrb.sko.kz](http://www.taycrb.sko.kz)

-call-орталық арқылы: 87153679921; 87153679923; 87153679922

- «Е-өтініш» бірыңғай платформасы арқылы.

Қызмет өз құзыреті шегінде:

1) пациенттердің шағымдарын объективті, жан-жақты және уақытылы қаралуын қамтамасыз етеді, қажет болған жағдайда – олардың қатысуымен;

2) пациенттердің бұзылған құқықтарын қалпына келтіруге бағытталған шараларды қабылдайды;

3) олардың шағымдарының қаралу нәтижелері мен қабылданған шаралар туралы пациенттерді жазбаша немесе ауызша түрде хабардар етеді;

Барлық өтініштер өтініш беру күні, өтініш берушінің аты-жөні, мекен-жайы, байланыс телефоны, өтініштің мотиві және талдау нәтижесі туралы белгімен, жауап беру нысаны және өтініш берушінің қанағаттануы көрсетіле отырып, өтініш журналында тіркеледі.

**Өтінішті қарау мерзімдері**

1. Қаралуы үшін, өзге тұлғалардан ақпарат алуды талап етпейтін өтініш – «осы жерде және қазірден» бастап, өтініш берілген күннен бастап күнтізбелік бес күнге дейінгі мерзімде қаралады.

2. Барабар жауап беру және шешім қабылдау үшін медициналық құжаттаманы талдау арқылы жағдайды зерттеп-тану қажет болған жағдайда – өтінішті қарау мерзімі күнтізбелік 5 күнге дейін.

3. Қаралуы үшін, өзге тұлғалардан ақпарат алуды не қосымша құжаттар алуды талап ететін пациенттің шағымы – келіп түскен күннен бастап күнтізбелік он күн ішінде қаралып, ол бойынша шешім қабылданады.

**Өтінішті қарау**

Өтінішті қарау кезінде Қызмет қызметкерлері:

* өтініштердің объективті және уақытылы қаралуын қамтамасыз етеді. Пациенттің бұзылған құқықтары мен ерікінділігін қалпына келтіруге бағытталған шараларды қабылдайды;
* өтінішті тексеру үшін қажетті ұсынылған ақпараттың жиналуы мен дұрыстығына жауап береді.

Шағымды қарауға шағым мәніне қатысы бар адамдар қатыспауға тиісті. Өтінішті қарау аяқталғаннан кейін хаттама құрылып, ол материалдармен қоса (бастапқы құжаттама, түсініктемелер және т.б.), талқылау және шаралар қабылдау үшін, медицина ұйымы басшысына (ол болмаған жағдайда басшының орынбасарына) тапсырылады.

**Пациенттердің шағымдарына жауаптар** мазмұны жағынан негізделген, дәлелді болуы тиіс – өтініш берушінің келтірген дәлелдерін теріске шығаратын немесе растайтын нақты фактілерді қамтуы тиіс, өтініш берушіге түсінікті ауызша немесе жазбаша түрде берілуі ықтимал.

**Қызмет қызметкерлерінің құқықтары мен міндеттері**

Қызмет қызметкерлерінің:

* шағымды қарау үшін қажетті ақпаратты сұратуға және алуға құқығы бар.

**Қызметтің қызметкерлері міндетті:**

* пациенттердің шағымдарын 2020 жылғы 29 маусымдағы № 350-VI ӘРПК анықталған тәртіпте және мерзімде қабылдап-қарауға;
* негізді ұсыныстарды қабылдауға;
* қабылданған шешімдердің орындалуын бақылауды қамтамасыз етуге;
* пациенттер үшін жазбаша не ауызша түрде қабылданған шешім туралы жоба әзірлеуге;
* шағымдарды, олардың мазмұнындағы сын-ескертпелерді талдап, қорытындылауға;
* жұмысты жетілдіру және пациенттердің шағымдарын тудыратын себептерді жою мақсатта қоғамдық пікірді зерттеп-тануға;
* БАҚ-қа мониторинг жүргізуге;
* пациенттерге медициналық көмек көрсету технологияларының денсаулық сақтау саласындағы анықталған стандарттарға сәйкестілігіне бағалау жүргізуге;
* жұмыстағы ақаулардың алдын алуға және жоюға бағытталған және медициналық көмектің сапасы мен тиімділігін артуға ықпал ететін бағдарламалық іс-шаралардың әзірленуін жүзеге асыруға. БАҚ-қа мониторинг жүргізу жөніндегі маман БАҚ-қа мониторингті жүзеге асырады, БАҚ-тағы сөз сөйленулерді жоспарлайды.

Медициналық көрсетілетін қызметтердің (көмектің) сапасына ішкі сараптама, сондай-ақ өзін-өзі бақылау жолымен де жүзеге асырылады, төмендегі деңгейде:

- әрбір медицина қызметкерінің;

- құрылымдық бөлімшенің.

* Медициналық қызметкер деңгейіндегі сараптама – барлық емделген жағдайлар бойынша дәрігермен, бөлімшенің әрбір медицина бикесімен жүзеге асырады.
* Құрылымдық бөлімше деңгейіндегі сараптама – өзінің ағымдағы қызметі аясында оның басшысымен жүргізіледі.
* Құрылымдық бөлімше деңгейіндегі орта буын медицина қызметкерлерінің жұмысына сараптама – аға мейірбикемен жүзеге асырылады. Құрылымдық бөлімшелердің орта буын медицина қызметкерлері жұмысының сапасына сараптама медициналық құжаттаманы толтырудың толықтылығымен және уақытылығымен, сондай-ақ дәрігерлік тағайындауларды орындаудың толықтылығымен, уақтылығымен және сапалылығымен анықталады.

      Ішкі сараптама нәтижелері бойынша Қызмет қорытынды шығарады, оған төмендегілер кіреді:

1) анықталған ақаулардың жалпы саны, олардың құрылымы, ықтимал себептері мен жою жолдары;

2) денсаулық хал-жағдайының нашарлауына әкеп соққан, анықталған ақаулардың саны;

3) медициналық көмек көрсетуге жұмсалатын шығындардың ұлғаюына әкеп соққан, анықталған ақаулар саны.

Ішкі сараптаманың нәтижелері, соның ішінде оларды сыртқы сараптама нәтижелерімен салыстыру, соңынан медициналық қызметкерлердің білім деңгейін арту және емдеу-диагностикалық үдеріске оңтайлы тәсілдер табу мақсатта ұйымдастырушылық шешімдер қабылдана отырып, ішкі сараптама бөлімшесінің отырыстарына айына бір рет, ауруханаішілік комиссияларға, дәрігерлік мәжілістерге шығарылып, талданады және олар хаттамамен ресімделеді.

Ауруханаішілік комиссиялардың құрамына құрылымдық бөлімшелердің (бейінді бөлімшелердің) меңгерушілері, мамандығы бойынша кемінде 3 жыл үздіксіз жұмыс өтілімен практикалық жұмыс тәжірибесі бар дәрігерлер енгізіледі.

Ішкі сараптама жүргізудің нәтижелеріне қарай, Қызмет медицина ұйымының басшысына медициналық көрсетілетін қызметтердің (көмектің) сапасын төмендетудегі анықталған себептер мен жағдайларды жою бойынша ай сайын ұсыныстар енгізеді.

**Қорытынды**

Қызмет медициналық көрсетілетін қызметтерді орындаушыларға барынша жақын бақылаудың негізгі түрін жүзеге асырады.

Ішкі сараптама жүргізудің нәтижелері, соңынан басқарушылық шешімдердің қабылдануымен, ауруханаішілік комиссиялардың отырыстарына, дәрігерлік мәжілістерге шығарылып, талданады.

Сапа көрсеткіштері мен медициналық көмектің тиімділігі, сондай-ақ медицина қызметкерлеріне сараланған еңбекақы төлеуде де қолданылады.

Ішкі аудит нәтижелеріне қарай, медициналық көмек көрсету кезіндегі ақаулар анықталған жағдайда, тұлғаларға немесе бөлімшелерге қатысты әкімшілік ықпал ету шаралары қолданылуы ықтимал.

**ПОЛОЖЕНИЕ**

**О Службе поддержки пациента и внутренней экспертизе**

**КГП на ПХВ «Тайыншинская многопрофильная межрайонная больница» КГУ «Управления здравоохранения акимата СКО»**

**Общие положения**

**Служба поддержки пациента и внутренней экспертизы** (далее СПП и ВЭ) создается на основании Кодекса Республики Казахстан от 7 июля 2020 года № 360-VI «О здоровье народа и системе здравоохранения», Административно процедурно-процессуального Кодекса РК от 29 июня 2020 года № 350-VI, приказа Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 3 декабря 2020 года № 230/2020 «Об утверждении правил и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг», для управления качеством предоставляемой медицинской помощи, организации менеджмента качества и стандартизации в медицинской организации, организации и проведения внутренней экспертизы, в том числе клинического аудита в медицинской организации.

      Службу возглавляет руководитель непосредственно подчиненный и назначаемый на должность первым руководителем медицинской организации,

      Структура и состав Службы утверждаются руководителем медицинской организации с учетом объема оказываемых медицинских услуг, профиля, мощности для организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных и стационарозамещающих условиях, количества прикрепленного населения для организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь.

     В Службе предусматриваются ставки врачей-экспертов, менеджеров здравоохранения, при необходимости социальных работников и психологов в зависимости от стандартов организации оказания медицинской помощи, правил оказания медицинской помощи и задач медицинской организации. Для проведения клинического аудита привлекаются врачи, врачи-эпидемиологи, медицинские сестры, фармацевты, клинические фармакологи, экономисты и медицинские статистики, как в качестве независимых привлеченных консультантов, так и из числа сотрудников медицинской организации.

      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.

      Службой проводится экспертиза:

      1) в организациях, оказывающих стационарную или стационарозамещающую помощь, не менее 15% пролеченных случаев в месяц, а также все случаи:

      летальных исходов;

      осложнений, в том числе послеоперационных;

      внутрибольничных;

      повторной госпитализации по одному и тому же заболеванию в течение одного месяца вследствие некачественного предыдущего лечения;

      увеличения или уменьшения сроков лечения;

      расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов;

      необоснованной госпитализации;

      20% от случаев проведенных гемотрансфузий.

     Службой на постоянной основе проводится работа по заключениям внешней экспертизы в части исполнения рекомендаций по доступности и своевременности медицинской помощи, соблюдения стандартов оказания медицинской помощи, правил оказания медицинской помощи.

     Службой на постоянной основе контролируется 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.

      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).

     Службой ежемесячно также проводится экспертиза не менее 10 % пролеченных случаев на качество заполнения медицинской документации средними медицинскими работниками.

     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.

     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 Правилам проведения внутренней и внешней экспертизы (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 № ҚР ДСМ - 147/2020.

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

      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.

  Служба рассматривает обращения пациентов по вопросам оказанной медицинской помощи с созданием комиссии. При этом, обращение рассматривается в срок, не превышающий пятнадцати рабочих дней, жалоба в срок, не превышающий двадцати рабочих дней.

**Решение проблем (жалоб)**

Обращение пациентов могут быть:

-в письменной форме;

-в устной форме при личном обращении;

-по телефонам доверия 87153623160;

-по телефону директора Кудратуллаев М.М.: 87153621257

-по телефону заместителя директора по лечебной части-

Вручинской Н.В. 87153623707;

-по телефону заместителя директора по контролю качества медицинских услуг - Казезовой Б.К. 87153621969;

-на блог директора и на сайте организации: [www.taycrb.sko.kz](http://www.taycrb.sko.kz)

-call-центр: 87153679921; 87153679923; 87153679922

-через единую платформу «Е-Өтініш».

Служба в пределах своей компетенции:

1. обеспечивает объективное, всестороннее и своевременное рассмотрение жалоб пациентов, в случае необходимости – с их участием;
2. принимает меры, направленные на восстановление нарушенных прав пациентов;
3. информирует пациентов о результатах рассмотрения их жалоб и принятых мерах в письменной или устной форме;

Все обращения фиксируются в журнале обращения с указанием даты, ФИО обратившегося, его адреса, контактного телефона, мотива обращения и отметкой о результате разбора, формы ответа и удовлетворенность обратившегося.

**Сроки рассмотрения обращения**

1. Обращение для рассмотрения, которого не требуется получение информации от иных лиц, рассматривается в сроки от «здесь и сейчас» до пяти календарных дней со дня обращения.
2. При необходимости изучения ситуации с анализом медицинской документации для адекватного ответа и принятия решения – срок на рассмотрения обращения до 5 календарных дней.
3. Жалоба пациента для рассмотрения, которого требуются получение информации от иных лиц, либо получения дополнительных документов, рассматривается и по нему принимается решение в течение десяти календарных дней со дня поступления.

**Рассмотрение обращения**

При рассмотрении обращения сотрудники Службы:

* обеспечивают объективное и своевременное рассмотрение обращений. Принимают меры, направленные на восстановление нарушенных прав и свобод пациента;
* несут ответственность за сбор и достоверность представленной информации, необходимой для проверки обращения.

В рассмотрении жалобы не должны принимать участие лица, имевшие отношение к предмету жалобы. По завершению рассмотрения обращения составляется протокол, который вместе с материалами (первичная документация, объяснительные записки и пр.) представляются руководителю медицинской организации (в его отсутствие заместителю руководителя) для обсуждения и принятия мер.

**Ответы на жалобы пациентов должны быть** по содержанию обоснованными мотивированными – содержать конкретные факты, опровергающие или подтверждающие доводы заявителя, могут быть даны устно, либо в письменной форме в понятной для обратившегося.

**Права и обязанности сотрудников Службы**

Сотрудники Службыимеют право:

* запрашивать и получать необходимую для рассмотрения жалобы информацию.

С**отрудники Службы обязаны:**

* принимать и рассматривать жалобы пациентов в порядке и сроки, которые установлены АППК от 29 июня 2020 г. № 350-VI;
* принимать обоснованные рекомендации;
* обеспечить контроль исполнения принятых решений;
* готовить для пациентов проект о принятых решениях в письменной либо устной форме;
* анализировать и обобщать жалобы, содержащиеся в них критические замечания;
* изучать общественное мнение, в целях совершенствования работы и устранения причин, порождающих жалобы пациентов;
* проводить мониторинг СМИ;
* проводить оценку технологий оказания медицинской помощи пациентам, на соответствие установленным стандартам в области здравоохранения;
* осуществлять разработку программных мероприятий, направленных на предупреждение и устранение дефектов в работе и способствующих повышению качества и эффективности медицинской помощи. Специалист по мониторингу СМИ осуществляет мониторинг СМИ, планирует выступления в СМИ.

Внутренняя экспертиза качества медицинских услуг (помощи) осуществляется также путем самоконтроля на уровне:

      каждого медицинского работника;

      структурного подразделения.

* Экспертиза на уровне медицинского работника осуществляется врачом, каждой медицинской сестрой отделения по всем пролеченным случаям.
* Экспертиза на уровне структурного подразделения проводится его руководителем в рамках его текущей деятельности.
* 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.

      Службой по результатам внутренней экспертизы составляется 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.

      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.

      В состав внутрибольничных комиссий включаются заведующие структурных подразделений (профильных отделений), врачи с опытом практической работы не менее 3 лет непрерывного стажа по специальности.

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

**Заключение**

Службаосуществляет основной вид контроля, наиболее приближенным к исполнителям медицинских услуг.

Результаты внутренней экспертизы выносятся и разбираются на заседаниях внутрибольничных комиссий, врачебных конференциях с последующим принятием управленческих решений.

Показатели качества и эффективности медицинской помощи используются, в том числе для дифференцированной оплаты труда медицинских работников.

По результатам внутреннего аудита могут применяться меры административного воздействия к лицам или подразделениям при выявлении дефектов при оказании медицинской помощи.