

«УТВЕРЖДАЮ»

И.о.директора

ГКП на ПХВ «Городская поликлиника
№14» акимата г.Нур-Султан

Мусенов Е.Т.

2021г.



ПОЛОЖЕНИЕ
О СЛУЖБЕ ПОДДЕРЖКИ ПАЦИЕНТОВ И ВНУТРЕННЕЙ ЭКСПЕРТИЗЫ
(АУДИТА) МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Согласовано:

Должность	Подпись	ФИО
Руководитель СПП и ВА		Жуманкулов К.А.
Инспектор отдела кадров		Жаманов М.Р.
Юрист		

Срок действия документа: С « <u> </u> » <u> </u> 2021 года По « <u> </u> » <u> </u> 202 <u> </u> г.	Статус Действующий Устаревший	Редакция № <u> 1 </u> Экз. № <u> 1 </u> Копия № <u> 1 </u> <hr/> <small>(подпись ответственного за управление документацией при рассылке)</small>
Продлен До « <u> </u> » <u> </u> 202 <u> </u> г.		

1. Общие положения

Внутрибольничный контроль в организации здравоохранения – это контроль за соблюдением медицинских технологий и стандартов лечебно-диагностического процесса. Внутрибольничный контроль качества медицинских услуг предусматривает применение мер административного воздействия к лицам или подразделениям при выявлении дефектов при оказании медицинской помощи, а так же возможности премирования за качественное выполнение должностных обязанностей, планов работы и улучшения основных показателей/индикаторов, оценивающих деятельность отделения, лица.

Объектом контроля является медицинская помощь, предоставляющая комплекс профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, проводимых по определенной технологии с целью достижения конкретных результатов.

Качество оказания медицинской помощи населению определяет Служба поддержки пациентов и внутренней экспертизы (аудита) медицинской организации (далее СПП и ВА) ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №14» (далее - ГП№14).

2. Порядок организации Службы поддержки пациентов и внутренней экспертизы (аудита).

Структура и Состав Службы поддержки пациентов и внутренней экспертизы (аудита) утверждаются руководителем поликлиники в зависимости от объема оказываемых медицинских услуг.

В соответствии с Типовыми штатами и штатными нормативами организаций здравоохранения, утвержденными приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 7 апреля 2010года №238, в медицинской организации предусмотрена должность руководителя по качеству медицинских услуг, который возглавляет Службу поддержки пациентов и внутренней экспертизы(аудита) медицинских услуг.

При Службе поддержки пациентов и внутренней экспертизы (аудита) создается Совет по управлению качеством медицинских услуг (далее – Поликлинический Совет ГП№14) из числа медицинских работников, прошедших обучение по вопросам организации здравоохранения, вопросам экспертизы качества медицинских услуг, пользующихся заслуженным авторитетом среди сотрудников медицинской организации, в силу своих высоких профессиональных качеств, большого опыта работы врачебной (медицинской) практики, обладающих лидерскими качествами и креативным мышлением.

Совет является основным органом, осуществляющим задачи по управлению и совершенствованию качества оказываемых медицинских услуг.

Рекомендуемый состав Совета не превышает 7 человек, включая руководителя Службы поддержки пациентов и внутренней экспертизы (аудита).

При необходимости состав Совета может меняться в зависимости от профиля и целей осуществляемых Советом мероприятий. Совет заседает с периодичностью не менее 1 раза в месяц. На заседаниях Совета рассматриваются проблемные вопросы, связанные с условиями организации медицинской помощи и качеством оказания медицинских услуг. Кроме того, на заседания Совета выносятся и рассматриваются предложения по повышению качества медицинских услуг. Советом осуществляются регулярные обходы подразделений поликлиники с целью выявления проблемных вопросов для дальнейшего совершенствования качества оказания медицинских услуг пациентам.

Система внутри поликлинического контроля СПП и ВА в ГП №14 имеет многоуровневый характер: самоконтроль, контроль на уровне руководителя отделения, контроль осуществляемый экспертами СПП и ВА.

Экспертизу качества медицинской помощи на уровне самоконтроля осуществляет врач отделения, медицинская сестра отделения (первая ступень экспертизы). Самоконтроль выражается в четком знании и выполнении медицинскими работниками своих функциональных обязанностей, стандартов деятельности: протоколы диагностики и лечения, требования к стандартным процедурам (диагностические, лечебные мероприятия), инструкции, правила и т.д. Подпись врача и медицинской сестры в соответствующей медицинской документации является свидетельством того, что медицинский работник удостоверился в правильности выполненных мероприятий и что все свои действия им выполнены сознательно, т.е. он их проконтролировал.

На уровне отделения контроль за качеством медицинской помощи осуществляет заведующий отделением, и старшая медицинская сестра (вторая ступень экспертизы).

На уровне организации контроль качества осуществляют эксперты. Они, прежде всего, определяют структурный подход к обеспечению качества помощи в целом в организации (третья ступень экспертизы). Внутренний контроль за работой среднего медицинского персонала в целом по медицинской организации осуществляется главной медицинской сестрой медицинской организации.

Методическая и информационная поддержка СПП и ВА осуществляется сотрудниками кабинета медицинской статистики.

Качество медицинской помощи в поликлинике определяется квалификацией врачей и средних медработников, организацией работы отделений и поликлинических служб, лекарственным и материально-

техническим обеспечением, финансовыми ресурсами, отношением медицинского персонала к пациентам и их родственникам.

Основные направления Службы поддержки пациентов и внутренней экспертизы (аудита):

- 1) Решение проблем (жалоб) пациентов на месте по мере их появления и в срок, не превышающий 5 дней, с изучением степени удовлетворенности пациентов уровнем и качеством медицинских услуг посредством проведения их анкетирования;
- 2) Оценка состояния и эффективности использования кадровых и материально-технических ресурсов;
- 3) Оценка технологий оказания медицинской помощи пациентам на соответствие установленным стандартам в области здравоохранения (клинический аудит) и отбор случаев, подлежащих комиссионной оценке
- 4) Соблюдение правил оказания гарантированного объема бесплатной медицинской помощи;
- 5) Разработка программных мероприятий, направленных предупреждение и устранение дефектов в работе и способствующих повышению качества и эффективности медицинской помощи.

Функциями Службы поддержки пациентов и внутренней экспертизы (аудита) являются:

- 1) Анализ эффективности деятельности подразделений поликлиники по оценке собственных процессов и процедур, внедрению стандартов в области здравоохранения с применением внутренних индикаторов;
- 2) Анализ деятельности внутри поликлинических комиссий;
- 3) Представление руководству поликлиники информацию о проблемах, выявленных в результате анализа, разработка плана мероприятий, направленного на устранение и предупреждение повторных возникновений дефектов;
- 4) Обучение и методическая помощь персоналу поликлиники по вопросам обеспечения надлежащего качества медицинской помощи;
- 5) Изучение мнения сотрудников поликлиники и информирование персонала о мерах по улучшению качества и обеспечению безопасности пациентов в поликлинике.

3. Правила и порядок проведения экспертизы качества медицинской помощи.

Экспертиза процесса оказания медицинской помощи проводится по отдельным законченным случаям по медицинской документации, при необходимости может быть проведена и очная экспертиза, а также экспертному контролю подлежат:

- 1) летальные исходы;
- 2) факты возникновения внутрибольничной инфекции;
- 3) осложнения;
- 4) повторная госпитализация по одному и тому же заболеванию в течение одного месяца вследствие некачественного предыдущего лечения;

- 5) удлинение или укорочение сроков лечения (б/л);
- 6) расхождение диагнозов (поликлиника/стационар);
- 7) необоснованное направление на госпитализацию в КС;
- 8) и другие нештатные ситуации.

В поликлинике заведующий отделением проводит экспертизу не менее 10% законченных случаев, эксперты службы внутреннего аудита не менее 30-50 экспертиз в квартал.

Главной медицинской сестрой в рамках внутреннего контроля проводится не менее 5 экспертиз качества работы средних медицинских работников в квартал. Экспертиза качества средних медицинских сотрудников включает:

- 1) оценку качества работы старших медицинских сестер;
- 2) выборочную оценку работы средних медицинских работников;

При проведении экспертизы оценивается работа среднего медицинского персонала по следующим направлениям:

- 1) организация работы по кадровому планированию, рациональной расстановке и использованию средних и младших медицинских работников;
- 2) организационные мероприятия по повышению квалификации, переподготовке, оценке квалификации средних медицинских работников;
- 3) осуществление контроля за противоэпидемическими мероприятиями в отделении;
- 4) организация лечебного процесса.

По итогам проведенной оценки деятельности конкретного врача, медицинской сестры, структурного подразделения и по субъекту здравоохранения для анализа и принятия управленческих решений определяется:

- 1) общее количество выявленных дефектов, их структура, возможные причины и пути их устранения;
- 2) количество выявленных дефектов, повлекшее ухудшение состояния здоровья;
- 3) количество выявленных отклонений, приведших к увеличению затрат на оказание медицинской помощи;

Результаты экспертиз тщательно анализируются.

С медицинскими работниками, допустившими дефекты в оформлении медицинской документации, в выборе медицинской услуги или в технологии оказания медицинской услуги, проведение разъяснительной работы о причинах возникновения дефектов является немаловажным фактором по предотвращению их повторения. Медицинские работники, неоднократно допускающие дефекты, направляются на дополнительное обучение, курсы повышения квалификации, за ними закрепляются наставники из числа более опытных сотрудников.

Случаи допущенных дефектов, которые требуют принятия управленческих решений, в целях выработки мер по их предупреждению, выносятся на заседание Совета и по ним разрабатываются конкретный план

мероприятий (корректирующие и предупреждающие действия – протокол (раздел-рекомендации), план совершенствования или коррекции, приказ).

Этапы проведения внутреннего контроля:

- 1) анализ учетной и отчетной документации медицинской организации проводится с целью сравнительного анализа показателей деятельности поликлиники за определенный период работы, с показателями за предыдущий период работы, а также с республиканскими показателями состояния здоровья населения;
- 2) проведение клинического аудита путем изучения подробного ретроспективного и/или текущего анализа проведенных лечебно-диагностических мероприятий на предмет их соответствия установленным стандартам в области здравоохранения;
- 3) определение степени удовлетворенности граждан уровнем и качеством оказываемой медицинской помощи проводится путем анкетирования пациентов и/или их родственников и по количеству обоснованных обращений граждан на деятельность медицинской организации;
- 4) анализ и обобщение результатов экспертизы качества медицинских услуг

При проведении анализа медицинской документации оценивается:

- 1) качество сбора анамнеза;
- 2) полнота и обоснованность проведения диагностических исследований;
- 3) правильность, своевременность и обоснованность выставленного клинического диагноза в течении первых 3-х дней с учетом результатов проведенных исследований на догоспитальном этапе;
- 4) обоснованность нахождения на лечении, получения медицинской помощи в данной форме (амбулаторно-поликлинической, стационарозамещающей);
- 5) своевременность и качество консультаций специалистов;
- 6) объем, качество и обоснованность проведения лечебных мероприятий, в том числе диспансерных, профилактических, реабилитационных.
- 7) Развитие осложнений после медицинских вмешательств;
- 8) Достигнутый результат;
- 9) Качество ведения медицинской документации;

Качество сбора анамнеза оценивается по четырем критериям:

- 1) отсутствие сбора анамнеза;
- 2) отсутствие системности сбора с частичными или полными упущениями по основным составляющим (аллергологическая часть, перенесенные заболевания, лекарственная часть, отягощенная наследственность);
- 3) при полном сборе анамнеза отсутствие выделения существенных деталей, имеющих важное значение в трактовке данного случая.
- 4) некачественный сбор анамнеза явился причиной технических ошибок, повлекших возникновение осложнений.

В случаях крайней тяжести состояния пациента или пребывания его в бессознательном состоянии качество сбора анамнеза не учитывается.

При оценке соответствия диагностических исследований учитываются пять критериев:

- 1) диагностические мероприятия и обследования не проводились;
- 2) диагностические мероприятия имеют неправильную трактовку или отсутствуют, что приводит к неправильной постановке диагноза и подбору тактики лечения;
- 3) не проведены диагностические исследования, предусмотренные протоколами диагностики и лечения;
- 4) имеется чрезмерный набор диагностических процедур и дополнительных исследований с высоким, неоправданным риском для состояния здоровья пациента;
- 5) имеется чрезмерный набор диагностических процедур и дополнительных исследований, приведших к необоснованному удлинению сроков лечения, удорожанию стоимости лечения, и не принесший информацию для постановки правильного диагноза.

Объективные причины не проведения диагностических процедур и мероприятий, необходимых в соответствии с требованиями протоколов диагностики и лечения заболеваний, такие, как отсутствие оборудования, недостаточная квалификация врача, затруднение проведения диагностических исследований из-за крайней тяжести состояния больного и экстренных показаний к реанимационным мероприятиям или оперативному пособию, отражаются в результатах экспертизы качества медицинских услуг. Проводится оценка влияния невыполнения стандарта по обследованию на последующие этапы осуществления медицинской помощи.

Оценка правильности и точности постановки клинического диагноза проводится по четырем критериям:

- 1) диагноз поставлен неправильно или отсутствует, в том числе диагноз неполный, не соответствует международной квалификации болезней или общепринятым классификациям;
- 2) не выделен ведущий патологический синдром, определяющий тяжесть течения заболевания, не распознаны сопутствующие заболевания, а также осложнения;
- 3) диагноз правильный, но неполный, не выделен ведущий патологический синдром, хотя выделены осложнения, но не распознаны важные для исхода сопутствующие заболевания;
- 4) диагноз основного заболевания правильный, однако, не диагностированы сопутствующие заболевания, важные для результата лечения;

Объективные причины неправильной и (или) несвоевременной диагностики, такие, как атипичное течение основного заболевания, завуалированное наличие тяжелого сопутствующего заболевания, редко встречающиеся осложнения и сопутствующие заболевания, отражаются в результатах экспертизы качества медицинских услуг. Проводится оценка влияния неправильной и (или) несвоевременной постановки диагноза на последующие этапы осуществления медицинской помощи.

Оценка своевременности и качества консультаций специалистов осуществляется по четырем критериям:

- 1) консультации не проведены, что привело к ошибочной трактовке симптомов и синдромов, которые отрицательно повлияли на исход заболевания;
- 2) консультации проведены вовремя, мнение консультанта учтено при определении правильного диагноза, но не выполнены рекомендации консультанта по лечению, что частично повлияло на исход заболевания;
- 3) мнение консультанта ошибочно, что повлияло на исход заболевания.

В случаях проведения консультаций с опозданием, проводится оценка объективности причин несвоевременной консультации и влияния несвоевременной постановки диагноза на следующие этапы оказания медицинской помощи.

Оценка назначенных лечебных мероприятий проводится по следующим критериям:

- 1) Отсутствие лечения при наличии показаний;
- 2) Лечение назначено без показаний;
- 3) При лечении назначены малоэффективные лечебные мероприятия без учета особенностей течения заболевания у данного пациента, сопутствующих заболеваний, осложнений;
- 4) Лечебные мероприятия выполнены не полностью, без учета функциональной недостаточности органов и систем, особенностей механизма действия лекарственных веществ;
- 5) Преждевременное прекращение лечения при недооценке клинического эффекта и / или утяжеления течения заболевания, кроме документально оформленных случаев прекращения лечения по инициативе пациента.
- 6) Несоблюдение требований нормативных правовых актов в области здравоохранения, в том числе значительное отклонение от протоколов диагностики и лечения заболеваний, наличия полипрагмазии без тяжелого побочного действия лекарств и развития нового патологического синдрома.
- 7) Несоблюдение нормативных правовых актов в области здравоохранения, в том числе полное отклонение от требований протоколов диагностики и лечения заболеваний, наличие полипрогмазии, приведшее к развитию нового патологического синдрома и ухудшению состояния пациента.

При оценке лечебных мероприятий учитывается и отражается в результатах экспертизы качества медицинской помощи наличие обстоятельств, создающих затруднение или невозможность проведения эффективных мероприятий, и оказавших или способствовавших оказанию влияния на исход заболевания.

При проведении экспертизы качества медицинской помощи на уровне поликлиники проводится оценка обоснованности отказов в госпитализации, оценка качества оказания медицинской помощи в отделениях дневного стационара и стационара на дому, наличие преемственности со станциями(отделениями) скорой помощи, доступности населения к стационарной помощи. На уровне амбулаторно - поликлинической помощи

проводится оценка доступности медицинской помощи для пациентов, организация работы Call-центров.

Качество ведения медицинской документации определяется по наличию, полноте и качеству записей в соответствии с формами первичной медицинской документации организаций здравоохранения, утвержденных приказом и.о. Министра здравоохранения РК от 04 ноября 2020г №175/2020.

В ходе проведения экспертизы качества медицинских услуг оценивается оформление информированного согласия пациента на проведение инвазивных вмешательств, отказа от предлагаемого лечения.

Диспансерные мероприятия оцениваются исходя из их влияния на состояние больного, частоту возникновения обострений заболевания, их тяжесть и длительность с точки зрения своевременности, регулярности врачебных осмотров, проведенного лабораторного и инструментального обследования, назначения профилактического лечения, по следующим критериям:

- 1) Кратность диспансерного наблюдения;
- 2) Качество обследования и соответствие видов обследований; утвержденным протоколам диагностики и лечения заболеваний, обоснованности проведения лабораторно-диагностических исследований, не вошедших в протоколы;
- 3) Качество лечения и соответствие назначенного лечения протоколам диагностики и лечения заболеваний, утвержденным уполномоченным органом в области здравоохранения;
- 4) При направлении на госпитализацию наличие показаний к стационарному лечению;
- 5) Наблюдение после выписки из стационара;
- 6) Наличие продолжения лечения в том случае, если больной был направлен на стационарное лечение, но в стационар не поступил;
- 7) Статистические данные достоверности снятия с учета в связи с выздоровлением.

Профилактические (скрининги, вакцинация, диспансеризация детей первого года жизни, наблюдение за беременными, мероприятия по планированию семьи) и реабилитационные мероприятия оцениваются с учетом наличия показаний к их проведению, своевременности проведения, уровня первичного выявления заболеваний, принятых мер по результатам медицинского осмотра, выполнения комплекса оздоровительных мероприятий, результатов оздоровления.

Оценка достигнутого результата проводится по следующим критериям:

- 1) Достижение ожидаемого клинического эффекта при соблюдении технологии оказания медицинской помощи;
- 2) Отсутствие клинического эффекта лечебных и профилактических мероприятий вследствие некачественного проведения диагностических мероприятий (неполный сбор анамнеза, отсутствие или неправильная интерпретация результатов обследования, установление неправильного или неточного диагноза;

3) Не достигнут ожидаемый клинический эффект вследствие проведения малоэффективных лечебных и профилактических мероприятий без учета особенностей течения заболевания у данного пациента, сопутствующих заболеваний, осложнений, особенностей механизма действия лекарственных веществ;

4) Наличие полипрогмазии, обусловившее развитие нежелательных последствий (удельный вес случаев с необоснованным назначением антибиотиков, удельный вес случаев с полипрогмазией).

По завершению экспертизы качества медицинских услуг, при отклонении оказания медицинской помощи классифицируются и делаются выводы:

1) О соответствии (несоответствии) оказанной медицинской помощи требованиям действующего законодательства Республики Казахстан в области здравоохранения.

2) О предоставлении пациенту бесплатной медицинской помощи в объеме, гарантированном государством.

Определение степени удовлетворенности граждан уровнем оказания медицинских услуг проводится путем проведения анкетирования пациентов и (или) их родственников.

Целью проведения анкетирования граждан по определению степени удовлетворенности уровнем и качеством оказываемой медицинской помощи является выявление проблемных вопросов и дальнейшее улучшение качества оказания медицинской помощи.

Основные принципы для обеспечения удовлетворенности пациентов:

- 1) Доступность медицинской помощи для потребителей медицинских услуг;
- 2) Обеспечение пациентов необходимой информацией;
- 3) Обеспечение пациентов качественной медицинской помощью, оказанной квалифицированными медицинскими работниками.
- 4) Участие и внимание врача, медицинской сестры к состоянию пациента.
- 5) Соблюдение медицинским персоналом правил этики и деонтологии.

Анкетирование граждан не рекомендуется проводить среди пациентов младше 15 лет, среди больных с психоневрологической и наркологической патологией, больных в тяжелом состоянии. Анкетирование проводится анонимно на добровольной основе с помощью анкет.

Для формирования объективной оценки удовлетворенности пациентов уровнем и качеством оказываемой медицинской помощи рекомендуется проводить исследования с охватом не менее 10% респондентов от количества больных, находящихся на дневном стационарном лечении и не менее 5% респондентов от фактического количества посещений в смену для организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь.

После проведения анкетирования подводятся результаты и на основе анализа результатов выносятся заключение о степени удовлетворенности граждан уровне и качеством оказываемой медицинской помощи и о дальнейших мерах, необходимых для повышения уровня и улучшения качества медицинских услуг.

Степень удовлетворенности граждан уровнем оказания медицинских услуг также определяется количеством обоснованных жалоб на качество медицинских услуг.

Письменные обращения (жалобы) граждан рассматриваются в соответствии с Законом Республики Казахстан «О порядке рассмотрений обращений физических и юридических лиц» и внутренним документом стандартом операционных процедур поликлиники «Порядок рассмотрения обращений пациентов».

Обращения находящихся на лечении пациентов или их законных представителей поступают на сайт поликлиники, в ящик обращений, размещенный при входе, либо непосредственно в Службу поддержки пациентов и внутреннего аудита. Для объективного и качественного разбора обращения (жалобы) они рассматриваются комиссионно (существует карта процесса рассмотрения жалоб). Наряду с письменными обращениями, рассматриваются и устные обращения находящихся на лечении пациентов или их законных представителей.

Поступившие обращения (жалобы) находящихся на лечении пациентов регистрируются в Журнале обращений граждан.

Журнал обращений граждан подлежит полистой нумерации, подвешивается и заверяется подписью руководителя и печатью организации.

Обращения (жалобы) пациентов, находящихся на лечении, в соответствии со статьей 29 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения», рассматриваются в срок, не превышающий 5 календарных дней с предоставлением ответа заявителю.

Службой внутреннего аудита проводится мониторинг обоснованных жалоб граждан в разрезе структурных подразделений медицинской организации, а также разрабатываются мероприятия для планомерного уменьшения количества жалоб на ненадлежащее качество медицинских услуг.

4. Обязанности эксперта:

Эксперт во время проведения экспертизы качества лечебно-диагностического процесса в обязательном порядке оценивает:

- полноту и своевременность диагностических мероприятий;
- адекватность выбора и соблюдение лечебных мероприятий;
- правильность и точность постановки диагноза;
- выявляет дефекты и их причины;
- готовит рекомендации по устранению и предупреждению выявленных недостатков.

На каждый случай экспертной оценки заполняется карта (лист) экспертной оценки стационарного (дневного) больного, амбулаторного больного. В результате их обработки рассчитываются показатели, характеризующие их качество и эффективность медицинской помощи.

5. Общие принципы проведения экспертизы качества медицинской помощи в медицинской организации.

Контроль качества медицинской помощи в поликлинике осуществляется и путем ежедневного оперативного управления на утренних

планерках, обхода заведующих отделением, контроля ведения медицинской документации на консультациях специалистов. Для разбора врачебных ошибок, случаев расхождения диагнозов формируется лечебно-контрольная комиссия, комиссия по изучению летальных исходов (КИЛИ), комиссия по инфекционному контролю (КИК) и др. с соответствующими организационными выводами, которые должны находить свое отражение в приказах, распоряжениях и инструкциях. Наиболее значимым при проведении оценки качества медицинской помощи является самоконтроль врача и организации работы по подготовке специалистов по стандартам качества.

Организация оценки качества и эффективности медицинской помощи является не только способом выявления дефектов в работе, но и мерой по повышению ее уровня. С этой целью каждый выявленный дефект, каждый случай расхождения в оценке качества на различных этапах экспертизы, а также существенные отклонения от нормативных затрат должны обсуждаться, с целью повышения уровня знаний медицинских работников и выработки оптимальных подходов к лечебно-диагностическому процессу. Система оценки качества и эффективности медицинской помощи должна функционировать непрерывно, это позволит оперативно получать необходимую для управления информацию.

Основным видом коррекции уровня качества и эффективности медицинской являются просветительные, организационные и дисциплинарные меры. При этом основным фактором перехода от оценки качества и эффективности к их повышению является образование и постоянное совершенствование персонала.

Дисциплинарные меры или меры наказания являются крайним средством при попытке добиться улучшения качества медицинской помощи.

Участие всех должностных лиц в осуществлении системы не должно сводиться к механическому выполнению поставленных задач. При необходимости в ходе внедрения данной системы и ее адаптации могут быть внесены те или иные коррективы.

6. Заключение

Внутренний контроль (аудит) качества и эффективности медицинской помощи является основным видом контроля, наиболее приближенным к исполнителям медицинских услуг. Его результаты используются и сопоставляются с данными внешней экспертизы (заключения, акты, справки контрольно-надзорных органов).

Показатели качества и эффективности медицинской помощи могут быть использованы для дифференцированной оплаты труда медицинских работников.

