

## **ПОЛОЖЕНИЕ О СЛУЖБЕ ПОДДЕРЖКИ ПАЦИЕНТА И ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ**

### **1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

Настоящее Положение разработано на основании Кодекса Республики Казахстан № 360-VI ЗРК от 7 июля 2020 года «О здоровье народа и системе здравоохранения», Приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан № РДСМ-230/2020 от 3 декабря 2020 года «Об утверждении правил организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг (помощи)».

Положение о Службе поддержки пациента и внутреннего контроля ГКП на ПХВ «Астраханская РБ», устанавливает порядок организации и проведения внутреннего контроля над соответствием качества выполняемых медицинских услуг утвержденным стандартам безопасностью медицинской помощи, оказываемой гражданам в медицинском предприятии.

Служба поддержки пациентов и внутреннего контроля (далее Служба) является структурным подразделением ГКП на ПХВ «Астраханская РБ», осуществляющее деятельность по управлению качеством оказания медицинских услуг прикрепленному населению.

Настоящее положение определяет обязанности, права и ответственность Службы поддержки прав пациента и внутреннего контроля (СПП и ВК).

### **2. Миссия**

1) **Цель:** оказание качественной и эффективной первичной медико-санитарной помощи прикрепленному населению.

ГКП на ПХВ «Астраханская РБ» обслуживает прикрепленное население с численностью 20883 из них 4590 взрослого населения, подростков 245 и детского населения 1575, женщин 3201, из них фертильного возраста 1268.

2) Основные принципы деятельности: обеспечение обслуживаемого населения ГОБМП и ОСМС; принцип абсолютной доступности своевременной, качественной, непрерывной, безопасной медицинской помощи; удовлетворенность пациентов медицинским обслуживанием; высокий профессиональный уровень при оказании медицинской помощи.

### **3. Нормативно-правовая база:**

1) Кодекс Республики Казахстан от 07.06.2020 № 360-VI ЗРК «О здоровье народа и системе здравоохранения»;

2) Приказ МЗ РК от 16.09.2020 № 103 «Об утверждении Правил привлечения независимых экспертов при проведении экспертизы качества медицинских услуг (помощи)»;

3) Приказ МЗ РК от 3 декабря 2020 № КР ДСМ-230 «Об утверждении правил организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг».

#### **4. Задачи Службы**

Задачей Службы является обеспечение прав граждан на получение необходимого объема и надлежащего качества медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи в соответствии установленными порядками оказания и стандартами медицинской помощи.

Служба поддержки пациентов и внутреннего контроля координирует деятельность организации по управлению качеством медицинской помощи по следующим направлениям:

1) Служба рассматривает обращения пациентов по вопросам оказанной медицинской помощи, с созданием комиссии. При этом, обращение рассматривается в срок, не превышающий пяти календарных дней, с изучением степени удовлетворенности пациентов уровнем и качеством медицинских услуг посредством проведения их анкетирования;

Рассмотрение обращений пациентов по принципу «здесь и сейчас» на качество оказываемых медицинских услуг;

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 на предупреждение и устранение дефектов в работе и способствующих повышению качества и эффективности медицинской помощи.

#### **5. Функции Службы поддержки пациента и внутреннего контроля (аудита)**

1) Анализ выполнения внутренних индикаторов.

2) Анализ деятельности внутрибольничных комиссий;

3) Представление руководству организации здравоохранения информации о проблемах, выявленных в результате анализа, для принятия соответствующих управленческих решений;

- 4) Обучение и методическая помощь персоналу организации здравоохранения по вопросам обеспечения качества медицинской помощи;
- 5) Изучение мнения сотрудников и информирование персонала о мерах по улучшению качества и обеспечению безопасности пациентов в организации.

#### **6. Методы проведения экспертизы качества медицинских услуг**

- 1) Внутренняя экспертиза, она проводится путем оценки индикаторами процесса и результата.
- 2) Самоконтроль, проводимый совместно врачом и средним медицинским работником, с последующим аудитом заведующей и старшей, с предоставлением информации в Службу поддержки пациентов и внутреннего контроля (аудита)
- 3) Анкетирование пациентов.
- 4) Изучение мнения сотрудников и информирование персонала о мерах по улучшению качества и безопасности пациентов в поликлинике.
- 5) Мониторинг поступивших звонков по «Телефону доверия»
- 6) Службой поддержки пациентов и внутреннего контроля (аудита) экспертиза проводится не менее 30 законченных случаев в квартал.

#### **Перечень случаев, подлежащих 100%-й экспертизе:**

- 1) Материнская смертность;
- 2) Смерть на дому детей от 0 до 5 лет включительно;
- 3) Смерть на дому лиц трудоспособного возраста от заболеваний;
- 4) Первичный выход на инвалидность лиц трудоспособного возраста;
- 5) Запущенные формы онкологических заболеваний и туберкулеза;
- 6) Осложнения у граждан после выписки из стационара (дети, женщины в послеродовом периоде 42 дня, больные ОКС и ОНМК).

Служба поддержки пациентов и внутреннего контроля (аудит) включает следующих специалистов:

#### **Руководитель СПП и ВК:**

1.Искакова Д.Ж.;

#### **Члены СПП и ВК:**

- 1.Калдыбаев М.К.- заместитель главного врача по ЛПР;
- 2.Куанышева Г.Ш.-заместитель главного врача по ПМСП;
- 3.Джуманов С.С.-заведующий хирургического отделения;
- 4.Халанская И.Л.- заведующая терапевтического отделения;
- 5.Керимова Ф.Р.-заведующая родильного отделения;
- 6.Наржигитов К.М.-заведующий инфекционного отделения;
- 7.Шекербек Д.А.- заведующий детского отделения;
- 8.Искакова Д.Ж.- врач эксперт по АПП;
- 9.Курманов А.Е.-врач эксперт по стационару;
- 10.Алавердян Н.Г.- провизор;
- 11.Хаметова Г.Е.- медсестра инфекционного контроля;
- 12.Бурумбаева М.К.-старшая медсестра по ПМСП;

- 13.Рахимбеков С.С.-юрист;
- 14.Шефер С.Н.-программист;
- 15.Оспанова Ж.С.-медсестра ЗОЖ;
- 16.Бородай Е.А.-оператор Call-центра.

При Службе поддержки пациентов и внутреннего контроля (аудит) работает «Телефон доверия» номер 8-775-326-32-93 , имеется оргтехника, интернет.

Осуществляются следующие действия:

- 1) Руководителем проводится анализ всей деятельности Службы поддержки пациентов и внутреннего контроля (аудит) с обсуждением и решением проблемных вопросов.
- 2) Результаты экспертизы предоставляются в виде акта за подписью всех членов Службы с выводами, путями решения для принятия мер плановом порядке 1 раз в квартал и по мере необходимости.
- 3) Проводятся регулярные обходы подразделений медицинской организации с целью выявления проблемных вопросов для дальнейшего совершенствования качества оказания медицинских услуг пациентам.
- 4) Заведующими структурными подразделениями проводятся экспертиза качества оказания медицинских услуг в своих подразделениях на основании медицинской документации, анализов работы, статистических данных, а также проведение диагностических, профилактических, реабилитационных мероприятия.
- 5) Главной медицинской сестрой осуществляется экспертиза выполнения функциональных обязанностей средних медицинских работников.

При проведении экспертизы необходимо соблюдать:

- системность – экспертиза качества медицинских услуг осуществляется во взаимосвязи индикаторов структуры, процесса и результата;
- объективность – экспертиза качества медицинских услуг осуществляется с применением стандартов в области здравоохранения;
- открытость – экспертиза осуществляется с участием руководителя структурного подразделения или в присутствии врача, отвечающего за качество медицинских услуг, являющихся объектом аудита;
- адекватность и эффективность принятых мер Службой.

#### **7. Самоконтроль**

- 1) Выражается в четком знании и выполнении своих функциональных обязанностей, стандартов деятельности.
- 2) Подпись врача и медицинской сестры в соответствующих медицинских документах является свидетельством того, что медицинский работник удостоверился в правильности выполненных мероприятий и что все свои действия им выполнены сознательно, т.е. он их проконтролировал.
- 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) На уровне структурного подразделения внутренний контроль за работой врачей осуществляет заведующим отделением, за средним медперсоналом – старшая медсестра, главная медсестра.

#### **О порядке работы Службы поддержки пациента и внутренней экспертизы с заявлениями и обращениями граждан:**

- 1) Рассмотрение заявлений и обращений граждан и их родственников (письменных, устных и обращений по телефону) специалистами Службы поддержки пациентов и внутреннего контроля должны быть направлены на защиту прав и законных интересов пациентов в процессе получения медицинской помощи в рамках гарантированного бесплатного объема.
- 2) В порядке рассмотрения жалоб и обращений граждан специалист Службы поддержки пациентов и внутреннего контроля руководствуется законом Республики Казахстан от 12 января 2007 года № 221-III «О порядке рассмотрения обращений физических и юридических лиц (с изменениями и дополнениями по состоянию на 01.01.2020)», Конституцией Республики Казахстан и другими нормативными актами Республики Казахстан.

#### **8. Основные принципы при работе с заявлениями и обращениями граждан:**

- 1) Соблюдение законов Республики Казахстан;
- 2) Единство требований ко всем заявлениям и обращениям;
- 3) Гарантии соблюдения прав, свобод и законных интересов граждан;
- 4) Недопустимость проявлений бюрократизма при рассмотрении обращений;
- 5) Равенство всех лиц, обратившихся в Службу поддержки пациентов и внутреннего контроля;
- 6) Прозрачность деятельности специалистов Службы поддержки пациентов и внутреннего контроля.

На основании Закона РК от 12.01.2007 № 221-III «О порядке рассмотрения обращений физических и юридических лиц (с изменениями и дополнениями по состоянию на 01.01.2020)» к обращениям, которые могут быть оставлены без рассмотрения, относятся:

- анонимные обращения (кроме представляющих угрозу безопасности граждан, находящихся в помещении поликлиники);
- обращение, в котором не изложена суть вопроса.

Ответы на обращения должны быть по содержанию обоснованными, на государственном языке или языке обращения со ссылкой на законодательство Республики Казахстан, содержать конкретные факты, опровергающие или подтверждающие доводы заявителя с разъяснением их права на обжалование принятого решения.

Ответы на письменные обращения рассматриваются в сроке не превышающие 5 календарных дней с момента поступления обращения. По результатам рассмотрения обращения дается обоснованный ответ со ссылкой на действующее законодательство РК.

#### **9. Заключительные положения**

- 1) Результаты внутренней экспертизы рассматриваются на заседании Службы, которые оформляются протоколом.
- 2) В случаях выявления дефектов медицинской помощи или некачественно оказанной медицинской помощи информация о результатах контроля качества медицинской помощи доводится до сведения медицинских работников, оказывавших медицинскую помощь в конкретном проверенном случае, при необходимости – под роспись.
- 3) По результатам внутренней экспертизы руководителю медицинской организации ежемесячно Службой вносятся предложения по устранению выявленных причин и условий снижения качества оказываемых медицинских услуг.