

Приложение № 2

Утверждено приказом
директора Жамбылского
областного центра крови
от 01 декабря 2025 года № 192-Ө

**ПОЛОЖЕНИЕ
СЛУЖБЫ ПОДДЕРЖКИ ПАЦИЕНТОВ И ВНУТРЕННЕГО АУДИТА**

г. Тараз, 2025 г.

*Хорошие и
ОУК и ВА*

СОДЕРЖАНИЕ

	Лист регистрации изменений и дополнений	
1	Общие положения службы поддержки пациентов и внутреннего аудита	4
2	Задачи службы поддержки пациентов и внутреннего аудита	4
3	Основные принципы службы поддержки пациентов и внутреннего аудита	4
4	Основные функции службы поддержки пациентов и внутреннего аудита	4
5	Порядок организации службы поддержки пациентов и внутреннего аудита	5
6	Права и обязанности членов службы поддержки пациентов и внутреннего аудита	5
7	Процедура проведения экспертизы качества медицинских услуг в ЖОЦК	5
7.1	Методы проведения экспертизы качества медицинских услуг	5
7.2	Порядок работы Службы поддержки пациента и внутреннего аудита с заявлениями и обращениями граждан:	6
7.3	Основные принципы Службы поддержки пациента и внутреннего аудита при работе с заявлениями и обращениями граждан	6
7.4	Сроки рассмотрения обращения граждан	7
7.5	Рассмотрение обращения граждан	7
8	Нормативно-правовая база	8
	Лист рассылки	
	Лист ознакомления	
	Лист учета периодических проверок	

ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ИЗМЕНЕНИЙ И ДОПОЛНЕНИЙ

[illegible]

Общие положения службы поддержки пациентов и внутреннего аудита
1.1. 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)».

1.2. Положение о Службе поддержки пациента и внутреннего аудита ГКП на ПХВ «Жамбылский областной центр крови управления здравоохранения акимата Жамбылской области» (далее - ЖОЦК) устанавливает порядок организации и проведения внутреннего контроля над соответствием качества выполняемых медицинских услуг утвержденным стандартам безопасностью медицинской помощи, оказываемой гражданам в медицинском предприятии.

1.3. Настоящее положение определяет обязанности, права и ответственность Службы поддержки пациентов и внутреннего аудита (далее - СПП и ВА)

2. Задачи службы поддержки пациентов и внутреннего аудита

2.1. 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.

2.2. Повышение качества медицинской помощи в ЖОЦК, обеспечение положительной динамики показателей качества (индикаторов);

2.3. Управлять качеством, медицинской помощи которую предоставляет медицинская организация;

2.4. Организовать менеджмент качества и стандартизации в медицинской организации;

2.5. Проводить внутреннюю экспертизу, в том числе клинический аудит.

3. Основные принципы службы поддержки пациентов и внутреннего аудита

3.1. Ориентированность на удовлетворение запросов и ожиданий пациента.

3.2. Направленность на качество оказываемой медицинской помощи.

3.3. Обеспечение безопасности пациентов и искоренение медицинских и других ошибок в оказании медицинской помощи.

3.4. Мотивация участия каждого сотрудника в процессе непрерывного повышения качества медицинской помощи и безопасности пациентов.

3.5. Системный подход к решению задач и проблем в области доступности качественных медицинских услуг и безопасности пациентов.

4. Основные функции службы поддержки пациентов и внутреннего аудита

4.1. Анализ выполнения внутренних индикаторов.

4.2. Анализ деятельности комиссии по осуществлению контроля по выявленным несоответствиям в производственной деятельности, отвод и восстановления в донорстве;

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

4.4. Обучение и методическая помощь персоналу организации здравоохранения по вопросам обеспечения качества медицинской помощи;

4.5. Изучение мнения сотрудников и информирование персонала о мерах по улучшению качества и обеспечению безопасности пациентов в организации.

5. Порядок организации службы поддержки пациентов и внутреннего аудита:

1.СПП и ВА включает следующих специалистов: заместитель директора по медицинской части; врача-терапевта отдела комплектования доноров и выдачи готовой продукции; главная медицинская сестра; комплаенс-офицер.

5.2.При СПП и ВА работает «Телефон доверия», ящик доверия, Социальные сети Instagram, Facebook, В контакте.

5.3.СПП и ВА рассматривает обращения доноров и 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;

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

6.Права и обязанности членов службы поддержки пациентов и внутреннего аудита

6.1.Члены СПП и ВА имеют право:

6.1.1.Запрашивать и получать необходимую для рассмотрения жалобы информацию

6.2.Члены СПП и ВА обязаны:

6.2.1.Принимать и рассматривать жалобы пациентов в порядке и сроки, которые установлены Законом Республики Казахстан «О порядке рассмотрения обращений физических и юридических лиц» а также согласно разработанной внутренней стандартной операционной процедуре СОП 14/7-5 «Прием, регистрация и рассмотрения жалоб и обращений».

6.2.2.Принимать обоснованные решения;

6.2.3.Обеспечить контроль за исполнением принятых решений;

6.2.3.Сообщать пациентам о принятых решениях в письменной форме либо в форме электронного документа;

6.2.4.Исключать случаи возложения проверок на лиц, в отношении которых имеются основания полагать, что они не заинтересованы в объективном решении вопроса;

6.2.5.Анализировать и обобщать жалобы, содержащиеся в них критические замечания, изучать общественное мнение, в целях совершенствования работы и устранения причин, порождающих жалобы пациентов.

6.2.6.Проводить мониторинг Службы Массовой Информации,

6.2.7.Проводить оценку оказания медицинской помощи пациентам на соответствие установленным стандартам в области здравоохранения (клинический аудит) и отбор случаев, подлежащих комиссионной оценке;

6.2.8.Соблюдение правил оказания гарантированного объема медицинской помощи, разработка программных мероприятий, направленных на предупреждение и устранение дефектов в работе и способствующих повышению качества и эффективности медицинской помощи.

7.Процедура проведения экспертизы качества медицинских услуг в ЖОЦК

7.1. Методы проведения экспертизы качества медицинских услуг

7.1.1.Внутренняя экспертиза, проводится путем оценки индикаторами процесса и результата.

7.1.2.Самоконтроль, проводимый совместно врачом и средним медицинским работником, с последующим аудитом заведующей и старшей, с предоставлением информации в СПП и ВА.

7.1.3.Анкетирование доноров и пациентов.

7.1.4. Изучение мнения сотрудников и информирование персонала о мерах по улучшению качества и безопасности пациентов в поликлинике.

7.1.5. Мониторинг поступивших звонков по «Телефону доверия»

7.1.6. СПП и ВА экспертиза проводится не менее 30 законченных случаев в квартал.

7.1.7. Руководителем проводится анализ всей деятельности СПП и ВА с обсуждением и решением проблемных вопросов.

7.1.8. Результаты экспертизы предоставляются в виде акта за подписью всех членов СПП и ВА с выводами, путями решения для принятия мер плановом порядке 1 раз в квартал и по мере необходимости.

7.1.9. Проводятся регулярные обходы подразделений медицинской организации с целью выявления проблемных вопросов для дальнейшего совершенствования качества оказания медицинских услуг пациентам.

7.1.10. 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 мероприятий.

7.1.11. Главной медицинской сестрой осуществляется экспертиза выполнения функциональных обязанностей средних медицинских работников.

7.1.12. 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 СПП и ВА.

7.2. *Порядок работы Службы поддержки пациента и внутреннего аудита с заявлениями и обращениями граждан:*

7.2.1. Рассмотрение заявлений и обращений граждан и их родственников (письменных, устных и обращений по телефону) членами комиссии СПП и ВА должны быть направлены на защиту прав и законных интересов пациентов в процессе получения медицинской помощи в рамках гарантированного бесплатного объема.

7.2.2. В порядке рассмотрения жалоб и обращений граждан специалист СПП и ВА 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, а также разработанной внутренней стандартной операционной процедуре СОП 14/7-5 «Прием, регистрация и рассмотрения жалоб и обращений».

7.3. *Основные принципы Службы поддержки пациента и внутреннего аудита при работе с заявлениями и обращениями граждан:*

7.3.1. Соблюдение законов Республики Казахстан;

7.3.2. Единство требований ко всем заявлениям и обращениям;

7.3.3. Гарантии соблюдения прав, свобод и законных интересов граждан;

7.3.4. Недопустимость проявлений бюрократизма при рассмотрении обращений;

7.3.5. Равенство всех лиц, обратившихся в СПП и ВА;

7.3.6. Прозрачность деятельности членов СПП и ВА.

7.3.7. На основании Закона РК от 12.01.2007 № 221-III «О порядке рассмотрения обращений физических и юридических лиц (с изменениями и дополнениями по

остоянию 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.

7.3.8. Обращение должно быть подписано заявителем.

7.3.9. При подаче жалобы указываются наименование субъекта или должность, фамилии и инициалы должностных лиц, чьи действия обжалуются, мотивы обращения и требования.

7.3.10. Поступившая жалоба, направляется в СПП и ВА с сообщением об этом заявителю, в срок не позднее трех рабочих дней со дня его поступления.

7.4. Сроки рассмотрения обращения граждан

7.4.1. Обращение физического и (или) юридического лица, для рассмотрения которого не требуется получение информации от иных лиц рассматривается в сроки, не превышающие пяти календарных дней со дня поступления в СПП и ВА.

7.4.2. Жалоба пациента для рассмотрения, которого требуется получение информации от иных лиц, либо проверка с выездом на место, рассматривается и по нему принимается решение в течение десяти календарных дней со дня поступления.

7.4.3. В тех случаях, когда необходимо проведение дополнительного изучения или проверки, срок рассмотрения продлевается не более чем на тридцать календарных дней, о чем сообщается заявителю в течение трех календарных дней со дня продления срока рассмотрения.

7.4.4. Срок рассмотрения по жалобам продлевается первым руководителем предприятия или его заместителем.

7.5. Рассмотрение обращения граждан

7.5.1. При рассмотрении обращения члены СПП и ВА обеспечивают объективное, всестороннее и своевременное рассмотрение обращений физических и юридических лиц. Принимают меры, направленные на восстановление нарушенных прав и свобод физических и юридических лиц. При изучении обращения члены СПП и ВА несут ответственность за сбор и достоверность представленной информации, необходимой для проверки обращения. Ответственность за обращение с жалобами возложена на членов комиссии СПП и ВА, которые указаны в приложении №1.

7.5.2. В рассмотрении жалобы не должны принимать участие лица, имевшие отношение к предмету жалобы.

7.5.3. По завершению рассмотрения обращения составляется протокол (справка). Протокол и материалы (первичная документация, объяснительные записки и пр.) представляются председателю СПП и ВА и руководителю ЖОЦК для обсуждения и принятия мер.

7.5.4. По результатам рассмотрения обращений принимается одно из следующих решений: о полном или частичном удовлетворении обращения; об отказе в удовлетворении обращения с обоснованием принятия такого решения; о даче разъяснения по существу обращения; о прекращении рассмотрения обращения.

7.5.5. Ответы на обращения должны быть по содержанию обоснованными и мотивированными на государственном языке или языке жалобы со ссылкой на законодательство Республики Казахстан, содержать конкретные факты, опровергающие или подтверждающие доводы заявителя.

7.5.6. Ответы на обращения должны быть по содержанию обоснованными и мотивированными на государственном языке или языке жалобы со ссылкой на

Законодательство Республики Казахстан, содержать конкретные факты, опровергающие или подтверждающие доводы заявителя.

7.5.7. Результаты внутренней экспертизы рассматривается на заседании СПП и ВА, которые оформляются протоколом.

7.5.8. 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.

7.5.9. По результатам внутренней экспертизы руководителю предприятия ежемесячно СПП и ВА вносятся предложения по устранению выявленных причин и условий снижения качества оказываемых медицинских услуг.

8. Нормативно-правовая база:

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

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

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

8.4. Приказ МЗ РК от 22.10.2020 № КР ДСМ-147/2020 «Об утверждении правил определения случаев (событий) медицинского инцидента, их учета и анализа»

8.5. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан «Об определении регламента, положения и состава апелляционной комиссии государственного органа в сферах оказания медицинских услуг (помощи) и обращения лекарственных средств и медицинских изделий по рассмотрению жалобы на акт о результатах проверки и предписание об устранении выявленных нарушений» от 4 августа 2021 года № КР ДСМ-74.

**И.о.заведующей отделом по
управлению качеством и
внутреннего аудита**

 **Г.Косбакова**

ЛИСТ РАССЫЛКИ

[illegible]

ЛИСТ ОЗНАКОМЛЕНИЯ

[illegible]

ЛИСТ УЧЕТА ПЕРИОДИЧЕСКИХ ПРОВЕРОК

[illegible]