



**«УТВЕРЖДАЮ»**

**Директор**

**КГП на ПХВ «Городская поликлиника №3»**

**Утебаев А.О.**

**18.01.2023г.**

## **ПОЛОЖЕНИЕ**

**структурного подразделения КГП на ПХВ «Городская поликлиника №3»**

**Служба поддержки прав пациента и внутреннего контроля (аудита)**

### *Общие положения*

Настоящее положение определяет  
обязанности, права и ответственность

Службы поддержки прав пациента и внутреннего контроля (СППиВК)

### *Цель:*

обеспечение прав пациентов на получение своевременной, доступной, безопасной, качественной медицинской помощи.

КГП на ПХВ «Городская поликлиника №3» обслуживает прикрепленное население с численностью - 72044, взрослого населения - 51453, из них старше 65 лет 8542, женщин — 38332, из них фертильного возраста — 17962, детского населения - 20591, из них подростков - 3505.

Плановая мощность 500 посещений в смену. В 2022 году фактическая мощность составила 745.

Оснащенность поликлиники составляет - 94,72%.

Прием ведут 44 участка, из них: педиатрических - 7 с численностью населения 7327, терапевтических - 5 с численностью населения 10554, участков ВОП - 32 с численностью населения 53865 человека. Нагрузка на 1 ВОП составляет - 1496 человек. /

### Структура

В составе поликлиники имеются:								
Отделения ПМСП	Специализированное отделение	Женская консультация	КДО	Дневной стационар на 53 коек	Отделение неотложной медицинской помощи	Организационно-методический отдел	Отдел Управления персоналом	Аптека, Аптеки по АЛЮ
<ul style="list-style-type: none"> <li>• терапевтическое отделение с 5 участками;</li> <li>• педиатрическое отделение с 7 участками;</li> <li>• отделения ВОП- с 32 участками, из них 11 участков ВОП и 2 педиатрические участки расположены в Центре Семейного Здоровья (ЦСЗ).</li> <li>• ЦСЗ</li> <li>• прививочные, процедурные кабинеты</li> <li>• фильтры</li> <li>• Отделение и профилактики и социально-психологической помощи в составе:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- женский смотровой кабинет,</li> <li>- мужской смотровой кабинет,</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• кабинет инфекционных заболеваний;</li> <li>• кардиологические кабинеты (детский, взрослый);</li> <li>• неврологические кабинеты (детский, взрослый);</li> <li>• отоларингологические кабинеты (детский, взрослый);</li> <li>• хирургические кабинеты (детский, взрослый);</li> <li>• офтальмологический кабинет;</li> <li>• травматологический кабинет;</li> <li>• урологический кабинет;</li> <li>• эндокринологиче-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5 акушерско-гинекологических участков;</li> <li>• кабинет патологии шейки;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• клиническая лаборатория</li> <li>• рентгенологические кабинеты;</li> <li>• флюорографический кабинет;</li> <li>• кабинет маммографии</li> <li>• кабинеты функциональной диагностики;</li> <li>• кабинеты ультразвуковой диагностики;</li> <li>• эндоскопический кабинет;</li> </ul>					

- психологи, - социальные работники, - доврачебные кабинеты, - школьная медицина, - Молодежный центр; - Кабинеты Развития ребенка (КРР)	ские кабинеты (детский, взрослый); • кабинет маммолога, онколога; • стоматологический кабинет; • кабинеты реабилитации							
--	---	--	--	--	--	--	--	--

**Нормативно-правовая база:**

1. Кодекс Республики Казахстан от 7.06.2020 г «О здоровье народа и системе здравоохранения».
2. Административный процедурно- процессуальный Кодекс Республики Казахстан от 29 июня 2020 года № 350-VI
3. Приказ МЗ РК от 3 декабря 2020 г. № ҚР ДСМ-230/2020 «Об утверждении правил организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг».

**Служба поддержки пациента и внутреннего контроля (аудита)  
 координирует деятельность по управлению качеством медицинской помощи  
 по следующим направлениям:**

1. Обеспечение прямой связи с пациентами, рассмотрение их обращений на месте их возникновения, свободный доступ населения к СПП и ВК, оперативное реагирование на возникающие вопросы и решение не позднее 5 рабочих дней.
2. Оценка оказания медицинской помощи в соответствие установленным стандартам в области здравоохранения.
3. Оценка состояния и эффективности использования кадровых и материально-технических ресурсов.
4. Мониторинг и оценка организации медицинской помощи в структурных подразделениях через индикаторы качества деятельности и самоконтролю мероприятия по улучшению показателей деятельности каждого подразделения.
5. Разработка программных мероприятий, направленных на предупреждение и устранение дефектов в работе и способствующих повышению качества и эффективности медицинской помощи в каждом структурном подразделении.



6. Проведение анкетирования пациентов с использованием выводов для принятия мер по улучшению деятельности поликлиники.
7. Определение ответственных лиц и сроков исполнения.

### **Функции**

#### ***службы поддержки пациентов и внутреннего контроля (аудита):***

1. Анализ выполнения внутренних индикаторов.
2. Анализ деятельности внутрибольничных комиссий.
3. Представление руководству медицинской организации информации о проблемах, выявленных в результате анализа, разработанный план по устранению и предупреждению повторных возникновений дефектов, представления для принятия соответствующих управленческих решений.
4. Обучение и методическая помощь персоналу по вопросам обеспечения надлежащего качества медицинской помощи.
5. Изучение мнения сотрудников и информирование персонала о мерах по улучшению качества и обеспечению безопасности пациентов в организации.

#### ***Методы проведения экспертизы качества медицинских услуг:***

1. Внутренняя экспертиза - проводится путем оценки индикаторами процесса и результата.
2. Самоконтроль, проводимый на участке совместно с врачом и средним медицинским работником 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» **53-79-70**
6. Службой поддержки пациентов и внутреннего контроля (аудита) экспертиза проводится не менее 10% пролеченных случаев за квартал.

### **Перечень случаев подлежащей 100% экспертизе:**

1. Материнская смертность
2. Смерти на дому детей от 0 до 5 лет включительно
3. Запущенные формы онкологических заболеваний
4. Запущенные формы, а также бациллярные и деструктивные формы туберкулеза
5. Первичный выход на инвалидность лиц трудоспособного возраста
6. Смерть на дому лиц трудоспособного возраста от заболеваний
7. Случаи ВБИ
8. Несвоевременная вакцинация или отсутствие вакцинации против инфекционных заболеваний
9. Законченные случаи осложнений беременности, управляемых на уровне организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь
10. Наблюдение за пациентами после выписки из стационара (за детьми, за женщинами в послеродовом периоде 42 дня), за пациентами с болезнями системы кровообращения (после инсультов и инфарктов).

### **Служба поддержки пациентов и внутреннего контроля (аудит)**

#### **включает следующих специалистов:**

1. Заместителя директора по экспертизе и контролю качества оказания медицинских услуг- является руководителем;
2. Заместителя директора по лечебной работе;
3. Заместителя директора по стратегическому развитию;
4. Заведующих всех структурных подразделений;
5. Врачей экспертов;
6. Врача-эпидемиолога;
7. Главную медицинскую сестру;
8. Юриста, по согласованию;
9. Программиста, который обеспечивает мониторинг по СМИ.

При Службе поддержки пациентов и внутреннего контроля (аудит) работает «Телефон доверия» 53-79-70, имеется оргтехника, интернет.

Руководителем определяется план работы, критерии проведения оценки деятельности, участия в разборе поступивших обращений и жалоб (устных, письменных, в СМИ) каждого специалиста. Путем согласования с директором в состав комиссии разбора будут включены другие специалисты. Руководителем проводится анализ всей деятельности Службы поддержки пациентов и внутреннего контроля (аудит) с обсуждением и решением проблемных вопросов. Результаты экспертизы предоставляются в виде акта за подписью членов Службы с выводами, путями решения для принятия мер в плановом порядке 1 раз месяц и (или) по мере необходимости.

Заведующими структурными подразделениями проводятся экспертиза качества оказанных медицинских услуг в своих подразделениях на основании медицинских документов, анализов работы, статистических данных, а также проведение диагностических, профилактических, реабилитационных мероприятий. Проводятся регулярные обходы подразделений медицинской организации с целью выявления проблемных вопросов для дальнейшего совершенствования качества оказания медицинских услуг пациентам.

Главной медицинской сестрой осуществляется экспертиза не менее 10% пролеченных случаев на качество заполнения медицинской документации средними медицинскими работниками, экспертиза работы аптеки совместно с фармацевтом, проводятся трейсеры.

#### **При проведении экспертизы необходимо соблюдать:**

1. Системность - взаимосвязь структуры, процесса и результата.
2. Объективность - применение стандартов в области здравоохранения.
3. Открытость - в присутствии заинтересованного лица.
4. Адекватность и эффективность принятых мер Службой.

#### **Самоконтроль**

Выражается в четком знании и выполнении своих функциональных обязанностей, стандартов деятельности. 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 контролировал. 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. Самоконтролю подлежат все пролеченные случаи. На уровне структурного подразделения (отделения) внутренний контроль за работой врачей осуществляет заведующим отделением, за средним- старшей медсестрой.

### **Результаты внутреннего контроля:**

По результатам представленных выводов руководителями структурных подразделений разрабатывается План мероприятий, передаваемой руководителю СПП и ВК, по форме:

#### **План мероприятий по устранению выявленных проблем**

№	Мероприятие	Сроки выполнения		Форма завершения	Ответственные лица
		Дата начала	Дата окончания		

Результаты внутренней экспертизы выносятся и тщательно разбираются на заседаниях внутри поликлинических комиссий, на врачебных конференциях с последующим принятием управленческих решений с целью повышения уровня знаний медицинских работников и выработки оптимальных подходов к лечебно-диагностическому процессу. При поступлении обоснованных обращений, жалоб пациентов кроме принятия дисциплинарных мер, медицинские работники должны подготовить информацию на врачебные конференции, совещании.

#### **По результатам экспертизы составляется заключение, делаются выводы:**

1. О соответствии (несоответствии) оказанной медицинской помощи требованиям действующего законодательства в области здравоохранения.
2. О предоставлении пациенту ГОБМП.

3. Оценку объективности причин несвоевременной, некачественной помощи.
4. Наличие обстоятельств, создающих затруднение или невозможности проведения эффективных лечебных мероприятий, и оказало или могло оказать влияние на исход заболевания.
5. Отчет по отклонениям пороговых значений целевых индикаторов.
6. Обоснованность обращений.
7. О наличии оснований для применения дисциплинарного воздействия с указанием конкретных лиц.

В целях внедрения и развития Службы поддержки пациентов и внутреннего контроля (аудита) в поликлинике должны быть разработаны и утверждены руководителем:

1. Положение о Службе поддержки пациентов и внутреннего контроля (аудита).
2. Внутренние индикаторы по профилям.
3. Разработаны стандарты операционных процедур.
4. План работы Службы.
5. План обучения персонала (по Кодам безопасности, предупреждения рисков, по вопросам этики и деонтологии, правовой грамотности и своевременного принятия мер по профилактике конфликтных ситуаций в поликлинике, понятиям «инцидент», «экстремальное событие», по культуре безопасности, по навыкам оказания помощи при экстренных ситуациях, обучение по выявлению рисков по инфекционной безопасности пациентов и персонала.
6. План проведения анкетирования пациентов с целью изучения их мнения о качестве медицинских услуг и др.

При СППП и ВК должен быть создан Совет по управлению качеством оказываемых услуг в количестве 5 человек. Состав Совета определяется внутренним выбором Службы. Членом совета могут быть специалисты с высшим образованием, прошедшие подготовку по основной специальности, имеющие стаж работы не менее 7 лет, квалификационную категорию не ниже первой, пользующиеся заслуженным авторитетом среди сотрудников МО, обладающими лидерскими качествами и креативным мышлением. При необходимости состав Совета может меняться в зависимости от поставленных целей. Член Совета должен знать законы, постановления, распоряжения, приказы, методические и иные нормативные правовые акты по вопросам экспертизы контроля качества оказания медицинской помощи, знать протоколы диагностики и стандарты лечения. Действия членов



Совета не должны противоречить профессиональной этики, медицинской деонтологии. Заседания Совета проводятся 1 раз в месяц для решения проблемных вопросов, а так же для внесения предложений по качеству медицинских услуг.

#### **СПП и ВК защищает следующие права пациентов:**

- Право на профилактические меры
- Право на доступность медицинской помощи
- Право на информацию
- Право на согласие
- Право на свободу выбора
- Право на приватность и конфиденциальность
- Право на уважение времени пациентов
- Право на соблюдение стандартов качества
- Право на безопасность
- Право на инновацию
- Право на предотвращение по мере возможности страданий и боли
- Право на индивидуальный подход к лечению
- Право на подачу обращений и жалобы

В целях повышения доступности и недопущения значительных сроков ожидания пациентом медицинской помощи в поликлинике поэтапно проводилось увеличение точек доступа к услугам медрегистратора (функционирование регистратур, Call - центр с операторами, по возможности внутренняя телефонизация кабинетов), мобильное приложение МИС.

В функцию Call- центра включена предварительная запись на прием и предоставления справочной информации. Все операторы прошли курс обучения. Регистратура поликлиники обеспечена компьютерами, имеющими доступ к высокоскоростному Интернету. Информация о режиме работы поликлиники, регистратуры, приеме вызовов и номерах телефонов представлена у регистратур, интерактивных киосках, электронных столах справок, на вебсайт, на стендах и листовках. Для предоставления всей требующейся информации, как при очном обращении, так и по телефонам организована работа регистратур,

задачей которого является распределение потоков пациентов, сокращение времени пути пациента до достижения цели записи, оперативное решение возникших проблем. Запись в кабинете врача со своего ПК на повторный прием и другим специалистам позволяет пациенту избежать обращения в регистратуру, сокращает его путь к получению необходимой медицинской помощи.

Во всех корпусах для удобства пациентов и уменьшить очередь в регистратуру, установлены терминалы самозаписи. Пациент получает возможность самостоятельно записаться на прием к участковому врачу. Помимо этого, в данных терминалах можно взять талончики на забор крови и функциональные исследования.

С 2021 года во всех корпусах установлены информационные киоски - это два в одном: первое - возможность записаться на прием, вызвать врача на дом, прикрепиться к поликлинике, второе – необходимая информация для пациента (графики приема врачей, территориальные границы, проверить статус застрахованности, полезные инфографики).

Схема функционирования единой базы предварительной записи в Call-центре:

- В настоящее время ведется запись посещений к врачу через Call-центр с 8 утра до 20 часов вечера
- Дублирование исключено
- Обращение пациента в регистратуру в случае предварительной записи через Call-центр и на сайте поликлиники - не требуется!!
- Очередь в регистратуру, поиск и ожидание амбулаторной карты исключена.
- Ожидаемый результат- значительно сокращение число жалоб населения!!

За качество оказания медицинской помощи отвечает каждый сотрудник поликлиники.

Контроль результатов и постоянное усовершенствование - залог нашего успеха!

Данное Положение обсуждено и ознакомлено сотрудниками на общем собрании КГП на ПХВ «Городская поликлиника № 3».