




ПСП 01.4-04-01(2)	
Положение О Службе поддержки потребителей медицинских услуг и внутреннего контроля	
Тип документа:	Внутренний документ (IV уровень)
Дата разработки:	18.01.2018г
Дата следующего пересмотра:	18.01.2023г.
Область применения:	Все подразделения
Разработчик:	Заместитель директор по медицинской части <u>Солодухина Н.Л.</u> Солодухина Н.Л.
Согласовали:	Юристконсульт <u>Томпышева Г.Д.</u> Томпышева Г.Д.
Утвердил:	Директор КГП на ЦХВ <u>Таукелов С.А.</u> Таукелов С.А.
Количество копий: 7	Копии получили: Подпись/ФИО <u>Касымов А.</u> Подпись/ФИО <u>Касымов Н.Р.</u> Подпись/ФИО <u>Дисайып А.</u> Подпись/ФИО <u>Байметов С.А.</u> Подпись/ФИО <u>Касымов С.А.</u> Подпись/ФИО <u>Мухомбетов С.</u> Подпись/ФИО <u>Сергеев С.Д.</u>

	Положение О Службе поддержки потребителей медицинских услуг и внутреннего контроля	ПСП 01.4-04-01(2)
---	--	-------------------

Положение о службе

поддержки потребителей медицинских услуг и внутреннего контроля.

1. Общие положения

1.1 Служба поддержки потребителей медицинских услуг и внутреннего контроля (далее СППМУ) образована на базе КГП на ПХВ «Областной центр крови» (далее КГП на ПХВ «ОЦК») и подчиняется непосредственно Директору данного учреждения.

1.2 Статус и состав определяются в соответствии с объемом оказываемых медицинских услуг и утверждаются Директором.

1.3 Состав СППМУ назначается и изменяется приказом Директора предприятия.

1.4. В своей работе СППМУ руководствуется Законами РК, Приказом МЗСР РК от 28 июня 2016 года № 568 «О внесении изменения в приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 27 марта 2015 года № 173 "Об утверждении Правил организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг» и другой нормативной документацией (далее НД), утвержденной в Республике Казахстан, а также настоящим положением;

1.5. Свою деятельность СППМУ осуществляет в соответствии с годовым и квартальным планами организации.


2. Цели и задачи

2.1 Основной целью работы СППМУ является обеспечение качественного медицинского обслуживания доноров и обеспечение заготовки качественных (безопасных, биологически полноценных и клинически эффективных) компонентов донорской крови

2.2 В соответствии с этой целью перед СППМУ ставятся следующие задачи:

2.2.1 Создание и осуществление системы контроля качества медицинского обслуживания доноров;

2.2.2 Создание и осуществление системы контроля качества донорской крови и ее компонентов, заготавливаемых в КГП на ПХВ «ОЦК» на всех этапах заготовки с целью предотвращения выпуска продукции, не соответствующей требованиям действующей нормативной документации.

	<p style="text-align: center;">Положение О Службе поддержки потребителей медицинских услуг и внутреннего контроля</p>	<p style="text-align: right;">ПСП 01.4-04-01(2)</p>
---	---	---

2.2.3 определение степени удовлетворенности пациентов уровнем и качеством медицинских услуг путем анкетирования пациентов и анализа обоснованных обращений на качество оказанных медицинских услуг

1.2.4. рассмотрение обращений по вопросам обслуживания доноров и заготовки компонентов крови для МО с созданием комиссии из числа опытных специалистов

3. Кадровый состав

3.1 Кадровый состав и организационная структура СППМУ определяется в соответствии с функциями, объемом оказываемых предприятием медицинских услуг и утверждается Директором (**Приложение №1, таблица №1 «Состав СППМУ и функциональные обязанности сотрудников СППМУ»**).

3.2 Управление СППМУ осуществляется в соответствии с Положением о СППМУ.

3.3 Непосредственное руководство СППМУ осуществляет Председатель СППМУ.


3.4 Права и обязанности председателя и сотрудников СППМУ определены настоящим Положением о СППМУ.

4. Функции

В соответствии с задачами, возложенными на СППМУ, ее персонал выполняет следующую работу (**Приложение №2, схема №1 «Функции СППМУ и взаимодействие СППМУ с другими подразделениями и службами центра крови»**):

4.1 Осуществляет пересмотр внутренней стандартной документации, определяющей и отражающей параметры контроля качества процессов комплектования доноров, заготовки донорской крови и ее компонентов, лабораторного тестирования донорской крови, ее хранения и выдачи (политика, руководство по качеству, процессы предприятия с критическими контрольными точками, их мониторингом, несоответствиями, которые могут возникнуть при выполнении этих процессов, рисками и корректирующими мероприятиями и др.). При необходимости внесение изменений во внутреннюю стандартную документацию составление или пересмотр план-графиков работы СППМУ;

4.2 Осуществляет анализ отчетных данных отделения контроля качества (в том числе лаборатории бактериологического контроля, входящей в состав ОКК и менеджера по входному контролю), с целью ведения мониторинга контроля стерильности донорской крови и ее компонентов, бактериологического контроля условий заготовки компонентов донорской

	Положение О Службе поддержки потребителей медицинских услуг и внутреннего контроля	ПСП 01.4-04-01(2)
---	--	-------------------

крови, контроля качества, выпускаемых компонентов донорской крови на соответствие установленным стандартам качества, а также контроля качества закупаемого товара. При обнаружении отклонений/несоответствий и рисков председатель СППМУ самостоятельно разрабатывает корректирующие мероприятия или выносит вопрос на заседание СППМУ, на котором **при необходимости формируется комиссия с соответствующим составом для устранения причин и последствий отклонений/несоответствий и рисков.**


4.3 Обеспечивает организацию и проведение в установленные и согласованные сроки внутреннего аудита подразделений и служб предприятия, с целью мониторинга процессов центра крови (**Приложение №3, таблица №1 «Процессы центра крови, подлежащие внутреннему аудиту»**). При обнаружении отклонений/несоответствий и рисков, которые они за собой влекут, председатель СППМУ самостоятельно разрабатывает корректирующие мероприятия или выносит вопрос на заседание СППМУ.

4.4 Дает оценку деятельности организации в целом и по каждому структурному подразделению организации на основании оценки **внутренних индикаторов, в соответствии с приложением 1 к.** Руководители структурных подразделений ОЦК представляют Службе ежемесячно результаты мониторинга по индикаторам оценки качества медицинских услуг. При обнаружении отклонений/несоответствий и рисков, которые они за собой влекут, председатель СППМУ самостоятельно разрабатывает корректирующие мероприятия или выносит вопрос на заседание СППМУ.

4.5 Выполняет прием, регистрацию и рассмотрение принятых сообщений о возникших несоответствиях и рисках от ответственных представителей подразделений центра крови.

4.6 Обеспечивает организацию и осуществление мониторинга отклонений/несоответствий, рисков, которые они за собой влекут и происшествий возникающих в подразделениях и службах предприятия, а так же организует комиссию по несоответствиям, которая будет выполнять классификацию, анализ причин несоответствий, рисков и организовывать разработку, выполнение необходимых корректирующих действий.

4.7 Обеспечивает организацию и осуществление мониторинга степени удовлетворенности потребителей качеством медицинских услуг, оказываемых предприятием по медицинскому обслуживанию доноров и выпускаемой продукции. При обнаружении отклонений/несоответствий и

	Положение О Службе поддержки потребителей медицинских услуг и внутреннего контроля	ПСП 01.4-04-01(2)
---	--	-------------------

рисков председатель СППМУ самостоятельно разрабатывает корректирующие мероприятия или выносит вопрос на заседание СППМУ.

4.8 Формирует и представляет руководству отчет о проделанной работе и предложения по вопросам обеспечения качества готовых компонентов донорской крови и качества медицинского обслуживания доноров крови и ее компонентов.

5. Обязанности

5.1 В полном объеме выполнять задачи и функции, возложенные в соответствии с настоящим Положением:

5.1.1 Проводить заседания СППМУ плановые и внеплановые;

5.1.2 Выполнять все запланированные мероприятия, соблюдая сроки проведения внутренних аудитов, плановых заседаний СППМУ, разработок корректирующих мероприятий и контроля их выполнения.

5.1.3 СППМУ должна постоянно пополнять и обновлять всю необходимую для работы нормативно-техническую документацию, а так же вести всю необходимую рабочую документацию.

6. Взаимоотношения СППМУ с другими подразделениями предприятия (служебные связи) (Приложение №2, схема №1):

Для выполнения своих функций и реализации прав СППМУ взаимодействует:

6.1 С отделением контроля качества по вопросам

6.1.1 Получения из ОКК:

6.1.1.1 Ежеквартальных и полугодовых и годовых отчетов о результатах проделанной работы

6.1.1.2 Отчет по внутренним индикаторам ОКК

6.1.2 Предоставления в ОКК:

6.1.2.1 ежегодных планов-графиков работы СППМУ.


6.2 С подразделениями и службами предприятия по вопросам

6.2.1 получения из отделений и служб предприятия:

6.2.1.1. отчет по внутренним индикаторам

6.2.1.2. информации о возникновении несоответствий/отклонений и рисков в работе;

6.2.1.3. необходимой информации, документации и т.д. для проведения в них внутренних аудитов с целью мониторинга их деятельности

	<p style="text-align: center;">Положение О Службе поддержки потребителей медицинских услуг и внутреннего контроля</p>	<p style="text-align: right;">ПСП 01.4-04-01(2)</p>
---	---	---

6.2.1. предоставления в отделения и службы предприятия:

6.2.1.1. ежегодных план-графиков работы СППМУ, проведения внутренних аудитов;

6.2.1.2. результатов мониторинга процессов подразделений и служб предприятия в ходе проведения внутреннего аудита;

6.2.1.3. своевременно разработанных корректирующих мероприятий в случае возникновения отклонений/несоответствий в работе отделений и служб предприятий.

6.3. С руководством предприятия по вопросам

6.3.1. Получения из СППМУ:

6.3.1.1. отчетов по проделанной работе и предложений по вопросам обеспечения качества готовых компонентов донорской крови и качества медицинского обслуживания доноров крови и ее компонентов.

6.3.2. Предоставления в СППМУ:

6.3.2.1. Утвержденной внутренней стандартной документации, определяющей и отражающей параметры контроля качества процессов предприятия.

7. Ответственность

7.2. СППМУ несет ответственность:

7.2.1. за правильность и полноту выполнения функций и обязанностей, возложенных на СППМУ;

7.2.2. за соблюдение требований нормативных документов (государственных, международных), предъявляемых к порядку и правилам выполнения работы;

7.2.3. за выполнение установленных сроков проведения запланированной работы;

7.3. за качество и своевременность выполнения функций СППМУ несет председатель СППМУ.

8. Права

8.2. Получать от соответствующих подразделений предприятия доступ к необходимой информации, документации и осуществлять мониторинг их деятельности.

8.3. Вносить руководству предприятия предложения по вопросам обеспечения качества готовых компонентов донорской крови и качества медицинского обслуживания доноров крови и ее компонентов.

Состав СПШМУ и функциональные обязанности сотрудников СПШМУ

Перечень кадрового состава СПШМУ		Должность	Функциональные обязанности
1	2	5	6
1	Руководитель СПШМУ		
1.1	Солодухина Н.Л.	Заместитель директора по медицинской части	2. Организация проведения и обеспечение выполнения целей, задач, функций и обязанностей СПШМУ
2	Остальной кадровый состав СПШМУ		
2.1	Дитяр В.В.	Заведующий ОТК	4. Участие в проведении: 4.1 рабочих (плановых и внеплановых) заседаний СПШМУ; 4.2 внутренних аудитов; 4.3 при необходимости в разработке плана и проведении корректирующих мероприятий на выявленные отклонения/несоответствия и рисков;
2.2	Мусяенко Л.М.	Заведующая ЛДИ	5. Участие в пересмотре и при необходимости в разработке новой стандартной документации, которая определяет и отражает параметры контроля качества процессов комплектования доноров, заготовки донорской крови и ее компонентов, лабораторного тестирования донорской крови, ее хранения и выдачи, в том числе планов проведения заседаний СПШМУ и внутренних аудитов;
2.3	Калуова Д.А.	Заведующая ОКД	
2.4	Казенных Н.В.	Специалист ОКК	
2.5	Сартаев Т.Д.	Эпидемиолог	6. Участие в формировании, определении состава и работе: 6.1 экспертных групп 6.2 комиссии по несоответствиям
2.6	Габдулхакова ИГ	Главная медицинская сестра	3. Ведение рабочей документации СПШМУ: 3.1 Документация по несоответствиям: 3.1.1 Прием, регистрация служебных записок по возникшим несоответствиям от заведующих подразделениями и доведение до сведения председателя СПШМУ; 3.2 Протоколов рабочих заседаний СПШМУ 3.3 по мониторингу степени удовлетворенности потребителей качеством медицинских услуг, оказываемых предприятием по медицинскому обслуживанию доноров и выпускаемой продукцией; 3.4 мониторинга несоответствий и рисков, возникающих в подразделениях и службах предприятия
2.7	Дюсенбаева Н.М.	Врач-статист	

Отделение контроля качества

Ежеквартальные и полугодовые и годовые отчеты о результатах проделанной работы

Ежегодные план-графики работы СППМУ

Руководство КГП на ПХВ «ОЦК»

Руководство по управлению качеством в КГП на ПХВ «ОЦК»

Предложения по вопросам обеспечения качества готовых компонентов донорской крови и качества медицинского обслуживания доноров крови и ее компонентов.

Служба поддержки потребителей медицинских услуг

1. пересмотр документации, обеспечивающей управление качеством на предприятии;
2. анализ отчетных данных отделения контроля качества с целью ведения мониторинга за качеством выпускаемой продукции.
3. организация и проведение аудита подразделений и служб предприятия с целью ведения мониторинга за качеством выпускаемой продукции.
4. прием, регистрация и рассмотрение принятых сообщений о возникших несоответствиях и рисках от подразделений ЦС.
5. мониторинг отклонений/несоответствий и рисков, которые они за собой влекут, возникающих в подразделениях и службах предприятия. Разработка необходимых корректирующих действий
6. мониторинг степени удовлетворенности потребителей качеством медицинских услуг, по медицинскому обслуживанию доноров и выпускаемой продукции.
7. формирование и представление руководству отчета о проделанной работе и внесение предложений по вопросам качества на предприятии.

Опросы (анкеты для доноров, для населения), ящик жалоб и предложений, телефон доверия и т.д.

Отзывы об оказанных медицинских услугах (жалобы, предложения и т.д.)

Потребители медицинских услуг КГП на ПХВ «ОЦК»

Приложение №2, схема №1
«Функции СППМУ и взаимодействие СППМУ с другими подразделениями и службами центра крови»

1. ежегодные план-графики работы СППМУ, проведения внутренних аудитов;
2. результаты мониторинга процессов подразделений и служб предприятия в ходе проведения внутреннего аудита;
3. своевременно разработанные корректирующие мероприятия в случае возникновения отклонений/несоответствий в работе отделений служб предприятий

1. служебные записки информирующие СППМУ о возникновении несоответствий/отклонений в работе;
2. необходимая информация, документация т.д. для проведения в подразделениях и службах учреждения аудитов с целью мониторинга их деятельности

Подразделение и службы КГП на ПХВ «ОЦК»

Процессы центра крови, подлежащие внутреннему аудиту

№ п/п	Наименование процесса/этапов процесса, подлежащего аудиту	Владелец процессом (проверяемое подразделение или служба)
1.	Комплектование донорских кадров	ОКД
2.	Заготовка, переработка и хранение донорской крови и ее компонентов	ОЗК
2.1	этап донации	ОЗК (донорский зал, залы плазмафереза)
2.2	переработка донорской крови	ОЗК (БПФК)
2.3	выбраковка	ОЗК (блок выбраковки)
2.4	карантинизация	ОЗК (блок карантинизации)
2.5	централизованная обработка ИМН и стерилизация	ОЗК (ЦСО)
2.6	Прием, хранение, обеззараживание и передача на утилизацию медицинских отходов	ОЗК (блок утилизации)
3.	Клинико-биохимическое и иммунологическое тестирование донорской крови:	ОТК
3.1	предварительное лабораторное обследование крови донора (по антигенам А, В, D, Kell, определение уровня гемоглобина)	ОТК (кабинет предварительного обследования доноров)
3.2	клинико-биохимического тестирования донорской крови	ОТК (блок клинико-биохимической лаборатории)
3.3	иммунологическое тестирование донорской крови	ОТК (блок иммунологической лаборатории)
4.	Тестирования донорской крови на трансфузионные инфекции	ЛДИ
5.	Контроль качества заготавливаемых компонентов донорской крови и условий их заготовки:	ОКК
5.1	бактериологический контроль условий заготовки донорской крови и бактериологический контроль образцов донорской крови и ее компонентов на стерильность и на бруцеллез	ОКК (лаборатория бактериологического контроля)
5.2	Лабораторный контроль компонентов донорской крови на соответствие стандартам качества	ОКК (лаборатория ОКК)
6.	Хранение и выдача продукции	ОВП
7.	Управление оборудованием	Инженерная служба
8.	Информационное управление	Системно-информационная служба
9.	Управление материалами, используемыми в процессе заготовки донорской крови и ее компонентов	Фармацевт
10.	Управление персоналом	Отдел кадров
11.	Инфекционный контроль в центре крови	Эпидемиолог
12.	Организация труда среднего и младшего медицинского персонала, старших средних медицинских работников СП	Главная медицинская сестра
13.	Удовлетворенность доноров качеством оказываемых медицинских услуг	Организационно-методический отдел
14.	Деятельность структурных подразделений по индикаторам качества	СП


	<p style="text-align: center;">Положение о Службе поддержки потребителей медицинских услуг и внутреннего контроля</p>	<p style="text-align: right;">ПСП 01.4-04-01(2)</p>
---	---	---

Таблица ознакомления

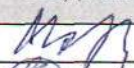



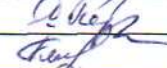
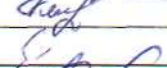

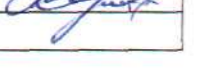
№	Ф.И.О	Должность	Дата ознакомления	Подпись
1	Колосов А.В.	зам. зам. дир.	18.01.2018	
2	Кудряшова А.А.	Служ. ОКХ	18.01.2018	
3	Дмитриев А.В.	зам. зам. дир.	18.01.18	
4	Сидорова В.С.	зам. зам. дир.	18.01.18	
5	Бушенина С.Р.	в.зам. зам. дир. ОКХ	18.01.18	
6	Климова Д.А.	и.зам. зам. дир.	18.01.18	
7	Александрова М.	зам. зам. дир.	18.01.18	
8	Савинков А.А.	зам. зам. дир.	18.01.2018	

Таблица пересмотра

№ п/п	Дата пересмотра	Причина пересмотра	Пересмотр осуществил	Результат пересмотра

«Солтүстік Қазақстан облысы әкімдігінің
денсаулық сақтау басқармасы»
коммуналдық мемлекеттік мекемесінің
«ОБЛЫСТЫҚ ҚАН ОРТАЛЫҒЫ»
шаруашылық жүргізу құқығындағы
коммуналдық мемлекеттік кәсіпорны



Коммунальное государственное предприятие
на праве хозяйственного ведения
«ОБЛАСТНОЙ ЦЕНТР КРОВИ»
коммунального государственного учреждения
«Управление здравоохранения акимата
Северо-Казахстанской области»

БҰЙРЫҚ

ПРИКАЗ

03 сәуір 2018
Петропавл қ.

№ 7-0.р.
г. Петропавловск

**О процедуре изъятия корреспонденции
из ящика для обращений граждан**

Для рассмотрения обращений граждан, поступающих в КГП на ПХВ
«Областной центр крови» **ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Проводить выемку корреспонденции из ящика для обращений граждан
один раз в неделю по четвергам комиссией в следующем составе:

Председатель комиссии: Калуова Динара Айдосовна – и.о. заведующая
отделением комплектования доноров

Члены комиссии: Казеных Н.В. - специалист отделения контроля качества
Мокринская О.В.- главная медицинская сестра

Секретарь комиссии: Томпышева Г.Д. – юрисконсульт.

2. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Директор



С. Таукелов

Ознакомлены

Мокринская О.В. *О.В. Мокринская*
Томпышева Г.Д. *Г.Д. Томпышева*
Калуова Д.А. *Д.А. Калуова*

Калуова Д.А.



БҰЙРЫҚ

ПРИКАЗ

03 сәуір 2018
Петропавл қ.

№ 14-с.р.
г. Петропавловск

**Об утверждении службы поддержки потребителей
медицинских услуг и внутреннего контроля (аудита)**

В соответствии с пунктом 3 статьи 58 Кодекса Республики Казахстан «О
здоровье народа и системе здравоохранения» **ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить службу поддержки потребителей медицинских услуг
внутреннего контроля (аудита) в Областном центре крови в составе:

- 1) Заместителя директора по медицинской части Солодухиной Н.Л.,
- 2) И.о заведующей отделением комплектования доноров Калуовой Д.А.,
- 3) Заведующего отделением тестирования крови Дигтяр В.В.,
- 4) Заведующей лабораторией диагностики инфекций Мусиенко Л.М.,
- 5) Специалиста отделения контроля качества Казенных Н.В.,
- 6) Врача-эпидемиолога Сартаева Т.Д.,
- 7) Главной медицинской сестры Мокринской О.В.

2. Утвердить положение службы поддержки потребителей медицинских
услуг и внутреннего контроля (аудита) на 2018 год и План работы по СППМУ на
2018 год.

3. Службе поддержки потребителей мероприятий по СППМУ на 2018 год.

3.1. Обеспечить реализацию мероприятий по СППМУ на 2018 год.

Назначить заместителя директора по медицинской части Солодухину Н.Л.,
ответственной за общее руководство службой поддержки потребителей медицинских
услуг и внутреннего контроля (аудита).

Директор



С. Таукелов

Ознакомлены:

	Солодухина Н.Л.
	Калуова Д.А.
	Стихина О.С.
	Мусиенко Л.М.
	Казенных Н.В.
	Сартаев Т.Д.
	Мокринская О.В.