

ГЛАВА 1: РУКОВОДСТВО

СТАНДАРТ 1. ОРГАН УПРАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ.

Функции Органа управления (Наблюдательный Совет, Совет директоров, учредитель (и)) медицинской организации прописаны в документах

1

Органами организации являются:

- 1) **Высший орган** – собственник (уполномоченный орган/единственный участник (учредитель)/ общее собрание акционеров);
- 2) **Орган управления** – наблюдательный совет/совет директоров, осуществляющий общее руководство деятельностью организаций;
- 3) **Исполнительный орган** – коллегиальный орган или лицо, единолично осуществляющее функции руководителя/исполнительного органа организации, полномочия и название которого определяется учредительными документами организации;

Исполнительный орган (Первый руководитель или правление)

Первый руководитель – это должность, занимаемая лицом, выбранным управляющим органом для управления медицинской организацией. Первый руководитель организации несет общую ответственность за организацию и ее ежедневную работу. Это включает закуп и обеспечение необходимыми предметами и изделиями, поддержание технического состояния зданий и помещений, финансовое управление, управление качеством и другие обязательства. Образование и опыт данного лица должны соответствовать должностным инструкциям данной позиции. Первый руководитель работает совместно с коллективом для определения миссии организации, а также планирования политик, процедур и клинических услуг, связанных с этой миссией. После утверждения политик управляющим органом первый руководитель несет ответственность за выполнение всех политик, а также обеспечение того, чтобы персонал организации соблюдал эти политики.

Первый руководитель, как правило, несет ответственность за:

- 1) соответствие деятельности организации законам и правилам;
- 2) своевременное реагирование организации на отчеты контролирующих и регулирующих органов;
- 3) процессы управления и контроля человеческих, финансовых или других ресурсов.

Руководство организации

Руководство организации выполняет множество обязанностей для совместной работы в направлении достижения миссии организации.

В стандартах аккредитации под «Руководством организации» подразумевается первый руководитель, его заместители, (заместитель по организационно методической работе, заместитель по качеству, заместитель по экономической части, заместитель по лечебному делу/медицинский директор, директор по сестринскому делу/главная медицинская сестра) либо председатель правления и его члены. и другие лица, установленные организацией. Каждая организация определяет свое руководство, описывает их ответственность. Руководство организации совместно с руководителями различных структурных подразделений определяют, какие диагностические, терапевтические, реабилитационные и другие услуги необходимы для обслуживаемых пациентов (обслуживаемого населения). Планирует объем и уровень различных услуг, которые будут предоставляться в организации. Планирует и участвует в связях с общественностью, местными организациями и другими в целях удовлетворения потребностей общественности в медицинских услугах. Планируемые услуги отражают стратегическое направление организации и интересы пациентов, обслуживаемых организацией. В разделе А «Руководство» описываются требования к первому руководителю, руководству организации, руководителям подразделений/служб.

Также в стандарте 1 существуют требования, которые включают в себя культуру безопасности, этику, а также, профессиональное медицинское обучение и исследование.

Нормативная база:

- 1) Трудовой кодекс РК от 23 ноября 2015 года № 414-V (с изменениями и дополнениями по состоянию на 13.06.2017 г.);
- 2) Закон РК от 1 марта 2011 года № 413-IV «О государственном имуществе»;
- 3) Закон РК от 13 мая 2003 года № 415-II «Об акционерных обществах» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 27.02.2017 г.);
- 4) Закон РК от 22 апреля 1998 года № 220-I «О товариществах с ограниченной и дополнительной ответственностью (с изменениями и дополнениями по состоянию на 27.02.2017 г.);
- 5) Закон РК от 6 апреля 2016 года № 480-V «О нормативных правовых актах»;
- 6) Закон РК от 27 ноября 2000 года № 107-II «Об административных процедурах» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 06.04.2016 г.);
- 7) Приказ МЗ РК от 26 ноября 2009 года № 791 «Об утверждении Квалификационных характеристик должностей работников здравоохранения» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 13.06.2016 г.);
- 8) Приказ МЗ РК от 26 ноября 2009 года № 785 «Об утверждении Правил взаимодействия организаций здравоохранения»;
- 9) Приказ Министра национальной экономики Республики Казахстан от 20 февраля 2015 года № 115 «Об утверждении Правил оценки деятельности членов наблюдательного совета и определения лимита выплаты вознаграждения членам наблюдательного совета»;
- 10) Приказ МТиСЗ РК от 21 мая 2012 года № 201-п-м «Об утверждении Квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и других служащих» (с изменениями от 17.04.2013 г.).

Критерий 1

Структура и функции Органа управления, включая делегированные первому руководителю (-ям) медицинской организации полномочия, прописаны в Уставе (Положении) медицинской организации **

Доказательная база:

1. Оригинал свидетельства о государственной (учетной) регистрации (перерегистрации) в органах юстиции;
2. Устав, утвержденный/согласованный вышестоящим руководством (где прописаны функции органа управления);
3. Организационная структура (в виде схемы, распечатанная с включением органа управления, секретаря НС и утвержденная органом управления (при отсутствии органа управления уполномоченным органом));
4. Кодекс корпоративного управления организации; ✓
5. Положение об органе управления (положение о наблюдательном совете/совете директоров), положение о секретаре наблюдательного совета/корпоративном секретаре.

Критерий 2

Члены Органа управления медицинской организации избираются в соответствии с законодательством Республики Казахстан ***

Доказательная база:

1. Решение/приказ о назначении членов органа управления (уполномоченным органом (копия от УЗ)/учредителем/общим собранием акционеров) - Не менее тридцати процентов состава наблюдательного совета в государственных предприятиях на праве хозяйственного ведения в области здравоохранения должны быть независимыми членами наблюдательного совета.

Критерий 3

Органом управления утверждены критерии и ежегодно проводится оценка работы первого руководителя медицинской организации

Комментарии:

Руководитель и члены исполнительного органа оцениваются органом управления. Основным критерием оценки является достижение поставленных КПР. Мотивационные КПР руководителя и членов исполнительного органа утверждаются органом управления.

Предложения в части мотивационных КПР членов исполнительного органа на рассмотрение органу управления вносит руководитель исполнительного органа.

Результаты оценки оказывают влияние на размер вознаграждения, поощрение, переизбрание (назначение) или досрочное прекращение полномочий.

Доказательная база:

1. Утвержденные КПР.
2. Результаты достижения КПР.

3. Решение органа управления.

Критерий 4

Медицинская организация ежеквартально предоставляет органу управления отчеты о результатах основной деятельности, включая сведения об ошибках медицинского персонала, жалобах, случаях смерти и результатах проведенного анализа по упомянутым событиям **

Доказательная база:

1. Документы, подтверждающие отчетность организации перед вышестоящими организациями по вопросам оперативного управления, а также по клинической, управленческой и финансовой деятельности;
2. Отчет о деятельности (достижения стратегических целей, план развития и т.д.);
3. Протоколы заседаний органа управления (не менее 1 раза в квартал).
4. План работы органа управления.

Критерий 5

Ежегодная оценка работы Органа управления вышестоящим органом здравоохранения или вышестоящим учредителем и оценка первого руководителя (-лей) медицинской организации подтверждается документально. Орган управления, являющийся высшим уровнем управления медицинской организации, оценивает свою деятельность в виде ежегодной самооценки **

Комментарии:

Деятельность органа управления должна оцениваться вышестоящим органом. Например, наблюдательный совет, при медицинской организации имеющей форму собственности «ГП на ПХВ», может оцениваться курирующим органом. Также, в государственных и частных МО, с формой собственности «АО» или «ТОО», проводится оценка органа управления в виде самооценки на ежегодной основе.

Доказательная база:

1. Приказ Министра национальной экономики Республики Казахстан от 20 февраля 2015 года № 115;
2. Приказ Министра экономического развития и торговли Республики Казахстан от 6 июня 2011 года № 157.
3. Проводится ежегодная оценка органа управления, результаты оценки документируются (Методология оценки деятельности Органов управления (НС/СД) в медицинских организациях (сайт РЦРЗ, вкладка «Развитие менеджмента и корпоративного управления»))

СТАНДАРТ 2. СТРАТЕГИЧЕСКОЕ И ОПЕРАЦИОННОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ

Руководители медицинской организации планируют услуги согласно потребностям населения

2

Критерий 1

В документе по стратегическому планированию (стратегия развития или стратегический план) (далее – стратегический план) излагаются миссия, видение, ценности, стратегические цели, задачи и индикаторы исполнения задач **

Комментарии:

Стратегическое планирование – набор действий и решений, предпринятых руководством, по разработке конкретных стратегий, предназначенных для достижения поставленных целей. В стратегическом плане, разработанном руководством совместно с персоналом, изложены долгосрочные цели, задачи и стратегии для осуществления деятельности медицинской организации. Материалы, использованные при разработке стратегического плана, собираются, систематизируются и хранятся. Для мониторинга выполнения задач стратегического плана определяются индикаторы оценки.

Доказательная база:

Стратегический план, согласованный с наблюдательным советом (Органом управления)

Критерий 2

Стратегический план медицинской организации разрабатывается с участием представителей структурных подразделений медицинской организации и согласуется Органом управления **

Доказательная база:

1. Подтверждение согласованности стратегического плана с органом управления;

Критерий 3

На основании стратегического плана разрабатывается и утверждается годовой план медицинской организации **

Комментарии:

Годовой операционный план разработан и согласован с участием структурных подразделений, в соответствии со стратегическим планом организации и охватывает все направления деятельности организации. В плане указываются: наименование конкретных мероприятий, сроки их выполнения, ответственные лица, необходимые ресурсы, форма завершения.

Годовой план:

- 1) разрабатывается в соответствии со стратегическим планом;
- 2) разрабатывается с рассмотрением непосредственных приоритетов;
- 3) содержит задачи и план мероприятий по всем услугам;
- 4) определяет кадровые, финансовые и физические ресурсы для обеспечения выполнения запланированных действий.

Доказательная база:

Годовой операционный план/комплексный план/годовой план МО.

Критерий 4

Руководство ежеквартально проводит мониторинг выполнения мероприятий годового плана организации (планов работы подразделений) и данных по индикаторам **

Комментарии:

Определяются ответственные за мониторинг и внесение корректировок лица из числа сотрудников структурных подразделений.

Динамика реализации годового плана оценивается в сравнении с целями стратегического плана, выявляются нереализованные мероприятия плана и вносятся коррективы:

- 1) уровень достижения целей и ожидаемых результатов;
- 2) выполнение запланированных действий;
- 3) соблюдение установленных сроков;
- 4) нереализованные задачи и проблемы;
- 5) дальнейший план действий.

Доказательная база:

1. Документы по мониторингу исполнения годового плана.
2. Документы по внесению корректив (при наличии).

Критерий 5

Руководство планирует годовой бюджет и организует обеспечение медицинской организации необходимыми ресурсами для реализации производственных задач **

Комментарии:

План развития содержит цели, задачи, показатели результатов и основные показатели финансово-хозяйственной деятельности, включая инвестиции, доходы, расходы, займы, дивиденды (часть чистого дохода, подлежащая перечислению в бюджет), показатели финансовой устойчивости и другие сведения, предусматриваемые в соответствии со структурой разделов плана развития, формами, перечнем показателей и методическими рекомендациями по заполнению форм.

План развития формируется на основании:

- 1) стратегического плана;
- 2) ранее поданных бюджетных заявок МО на финансирование из республиканского и местного бюджетов;
- 3) заявок структурных подразделений по расходам на плановый период с соответствующими обоснованиями.

Доказательная база:

1. План развития
2. Заявки медицинской организации на финансирование.
3. Заявки структурных подразделений с обоснованиями.

СТАНДАРТ 3. ПРОИЗВОДСТВЕННОЕ УПРАВЛЕНИЕ

Эффективное управление медицинской организации осуществляется в соответствии с её миссией и основной деятельностью

Критерий 1

Миссия и видение медицинской организации являются доступными для её персонала и населения

Комментарии:

Миссия и видение объясняют суть деятельности, специфику и путь развития медицинской организации. Руководство медицинской организации принимает меры, направленные на осведомленность пациентов и посетителей о миссии и видении медицинской организации.

Заинтересованными сторонами при разработке миссии могут быть профсоюзы, объединения пациентов, поставщики, ассоциации.

Миссия является ответом на вопрос, в чем состоит смысл деятельности организации, она определяет его основное предназначение и отличает эту организацию от остальных в этой отрасли. Формулировка миссии должна быть ясной, понятной всем заинтересованным субъектам, взаимодействующим с организацией, в особенности всем сотрудникам организации.

Видение – это идеальная картина будущего, то состояние, которое может быть достигнуто при самых благоприятных условиях. Оно отражает то, какой организация видит себя в перспективе.

Доказательная база:

1. Информация о миссии для персонала, потребителей услуг и иных партнеров организации и заинтересованных лиц (информационные стенды, сайт организации, жк мониторы и др средства информационных систем).

Критерий 2

Медицинская организация действует в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан и своевременно реагирует на результаты проверок уполномоченных органов ***

Комментарии:

Медицинская организация согласовывает свои планы и стратегии с государственными органами управления, а также определяет ключевые внешние службы (по вопросам предупреждения чрезвычайных ситуаций, санитарно-эпидемиологического благополучия и др.), с которыми она также согласовывает свои действия и услуги.

Доказательная база:

1. Схема взаимодействия медицинской организации с государственными органами и внешними службами (взаимодействие с СЭС и ЧС по чрезвычайным вопросам).
2. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 ноября 2009 года № 785 «Об утверждении Правил взаимодействия организаций здравоохранения».

Критерий 3

Для каждого структурного подразделения утверждается положение о подразделении с описанием основных функций и списком оказываемых услуг *

Комментарии:

Положение о структурном подразделении медицинской организации регламентирует деятельность структурного подразделения, включает цели, задачи, функции, организационную структуру, права и обязанности, ответственность структурного подразделения. Разработка положения осуществляется с участием сотрудников. После утверждения руководителем организации положение о структурном подразделении доводится до сведения сотрудников.

Доказательная база:

Положения структурных подразделений (с листом ознакомления).

Критерий 4

Руководители структурных подразделений отчитываются перед руководством медицинской организации о выполнении поставленных задач и достижении желаемых результатов по индикаторам (смотреть подпункты 1), 2) пункта 8 настоящего Стандарта) **

Комментарии:

В организации определяются ключевые процессы, для которых разработаны индикаторы. Индикаторы отслеживаются в динамике, анализируются, а результаты используются для принятия управленческих решений. С помощью данных индикаторов измеряются достижения стратегических целей организации.

Доказательная база:

1. Индикаторы результативности (структурных подразделении);
2. Отчет или иные доказательства, подтверждающие отчет руководителей структурных подразделений перед руководством медицинской организации (или - служба поддержки пациентов/служба внутреннего аудита) о выполнении достижения или не достижении желаемых результатов по индикаторам.

Критерий 5

Руководство медицинской организации проводит системную, плановую работу по предупреждению рисков (смотреть стандарт № 9)

Комментарии:

План управления рисками является составной частью программы управления рисками. При разработке плана управления рисками используется информация, полученная из стратегического плана, результаты анализа клинических показателей, анкетирования и неблагоприятных событий, информация от службы инфекционного контроля, результаты анализа укомплектования персоналом и обеспечения ресурсами, результаты анализа состояния окружающей обстановки.

Все выявленные риски оцениваются, ранжируются по вероятности их возникновения и последствиям нанесенного вреда здоровью и материального ущерба.

В плане указываются методы воздействия на тот или иной риск, определяются требуемые финансовые и трудовые ресурсы. План управления рисками доводится до сведения персонала.

Медицинская организация обучает сотрудников правилам снижения рисков, включая вопросы по выявлению, оценке, сообщению о потенциальных рисках и др. путем:

- 1) обнаружения, оценки и сообщения о ситуациях, включающих риск;
- 2) управления ситуациями, имеющими потенциальный риск;
- 3) безопасного использования транспорта, оборудования и материалов.

Доказательная база:

1. Практические результаты и примеры, доказывающие работу по предупреждению рисков.
2. Осведомленность персонала о мероприятиях плана управления рисками;
3. Наличие методических и автоматизированных систем по учету, управлению и реагированию на риски (по возможности)

СТАНДАРТ 4. ОРГАНИЗАЦИОННАЯ СТРУКТУРА

Организационная структура соответствует миссии и деятельности организации

4

Критерий 1

Организационная структура представляется в виде схемы, утверждается руководством медицинской организации и доводится до сведения персонала организации **

Комментарии:

Организационная структура – документ, устанавливающий количественный и качественный состав подразделений медицинской организации и схематически отражающий порядок их взаимодействия и соподчиненности.

Структура организации:

- 1) оформлена документально и представлена в виде схемы;
- 2) соответствует целям, задачам и функциям организации;
- 3) четко отражает структуру подчинения персонала;
- 4) помогает отделам и службам скоординировать планирование и оказание услуг»
- 5) при наличии наблюдательный совет/совет директоров обязательно указывается в структуре МО (+ секретарь наблюдательного совета)

Доказательная база:

Организационная структура (в виде схемы, распечатанная с включением органа управления, секретаря НС и утвержденная органом управления (при отсутствии органа управления уполномоченным органом))

Критерий 2

В организационной структуре указывается должностное лицо, осуществляющее общее руководство медицинской организацией, и должностное лицо, осуществляющее контроль лечебно-профилактической деятельности

Комментарии:

Контроль общего управления медицинской организацией осуществляется первым руководителем медицинской организации. Первый руководитель медицинской организации имеет соответствующее образование, квалификацию и опыт работы.

Общий контроль клинических вопросов осуществляется лицом, имеющим образование, квалификацию и соответствующий стаж работы. Данное лицо выполняет работу по планированию лечебно-диагностической деятельности организации, осуществляет систематический контроль за качеством оказанных медицинских услуг, а также, обеспечивает:

- 1) планирование и оценку клинической практики;
- 2) предоставление консультаций по клиническим вопросам руководителю организации и заведующим подразделениями.

Требования к квалификации руководителей структурных подразделений медицинской организации определяются в соответствии с квалификационными характеристиками должностей работников здравоохранения, утвержденными Приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 ноября 2009 года № 791 «Об утверждении Квалификационных характеристик должностей работников здравоохранения».

Доказательная база:

1. Личные дела (в кадровой службе) и должностные инструкции руководителя, осуществляющего контроль общего управления медицинской организацией.
2. Личные дела (в кадровой службе) и должностные инструкции руководителя, осуществляющего контроль клинических вопросов (заместитель по лечебному делу/медицинский директор и т. д.).

Критерий 3

В организационной структуре указывается должностное лицо, осуществляющее контроль сестринского ухода, должностное лицо, осуществляющее деятельность по управлению качеством оказания медицинских услуг, и (или) иные руководящие лица для реализации миссии медицинской организации

Комментарии:

- Лицо ответственное за контроль по сестринскому уходу обеспечивает рациональную организацию труда среднего и младшего медицинского персонала;
- Осуществляет общее руководство работой среднего и младшего медицинского персонала организации;
- Организует и контролирует выполнение средним медицинским персоналом врачебных назначений;
- Обеспечивает составление и выполнение графиков работ, соблюдение правил лечебно-охранительного режима, инфекционного контроля, дисциплины.

Требования к квалификации руководителей структурных подразделений медицинской организации определяются в соответствии с квалификационными характеристиками должностей работников здравоохранения, утвержденными Приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 ноября 2009 года № 791 «Об утверждении Квалификационных характеристик должностей работников здравоохранения».

Доказательная база:

1. Должностные инструкции и личное дело (в кадровой службе) лица, осуществляющего контроль сестринского ухода (главная медицинская сестра)
2. Должностные инструкции и личное дело (в кадровой службе) лица, осуществляющего деятельность по управлению качеством оказания медицинских услуг (заместитель главного врача по качеству/заместитель по стратегическому развитию, при отсутствии руководитель службы поддержки пациентов и внутреннего аудита).

Критерий 4

В организационной структуре указывается лицо, осуществляющее контроль эффективного управления финансовыми ресурсами.

Комментарии:

Руководство медицинской организации назначает лицо, осуществляющее контроль эффективного управления финансовыми ресурсами. Данные лица могут иметь официальные должности, такие как финансовый директор или заместитель главного врача по финансово-экономическим вопросам и т.п. Данное лицо относится к категории руководителей, принимается и увольняется приказом первого руководителя организации. Данное лицо определяет финансовую политику организации, разрабатывает и осуществляет меры по обеспечению ее финансовой устойчивости. Лицо, осуществляющее контроль эффективного управления финансовыми ресурсами за каждодневным решением срочных и сверхсрочных задач, не должен забывать о задачах системного, стратегического характера. В решении такого рода задач важно соблюдать необходимый баланс.

Доказательная база:

1. Должностная инструкция и личное дело (в кадровой службе) руководителя управления финансовыми ресурсами (заместитель по финансам/главный бухгалтер/главный экономист).

Критерий 5

Координация взаимодействия персонала структурных подразделений обеспечивается положениями о подразделениях (где указаны функции подразделений), должностными инструкциями, правилами и процедурами организации, а также работой соответствующих комиссий медицинской организации.

Комментарии:

Руководители структурных подразделений организации должны работать вместе для определения единого формата и содержания документов подразделения, предназначенных для планирования работы. В таких документах как положение о структурных подразделениях должна быть отражена цель подразделения, функции, а также текущие и планируемые медицинские услуги.

Доказательная база:

1. Должностные инструкции сотрудников (на выбор АУП, СМР и врача).
2. Положения о комиссиях в медицинской организации.

СТАНДАРТ 5. ЭТИЧЕСКИЕ НОРМЫ

Определяются и соблюдаются этические нормы организации

5

Критерий 1

В медицинской организации определяются этические нормы, которыми она руководствуется в своей деятельности, в том числе при принятии решений и определении правил поведения персонала

Комментарии:

Этические нормы регулируют поведение персонала при исполнении должностных обязанностей, разовых и постоянных поручений, делового взаимодействия и межличностного общения.

Доказательная база:

1. Документ, отражающий этические нормы (Этический Кодекс/Кодекс деловой этики)
2. Информация об этических правилах для персонала, пользователей услуг и иных партнеров организации и заинтересованных лиц находится в доступности (информационные стенды, сайт организации, брошюры, ролики на ЖК мониторах с использованием звуковых оповещений (для лиц с ограниченными возможностями), объявления, обучающие информационные ролики, централизованные голосовые объявления и др.).

Критерий 2

Этический кодекс медицинской организации разрабатывается с участием представителей структурных подразделений медицинской организации и утверждается руководством *

Комментарии:

Этический Кодекс/Кодекс деловой этики – комплекс определенных норм, регулирующих взаимоотношения в организации с точки зрения медицинской этики и деонтологии.

Принципы этической деятельности должны помочь медицинским работникам, персоналу, пациентам и семье разрешать этически-сложные вопросы в ходе оказания медицинской помощи пациентам, такие как разногласия между персоналом, между пациентами и медицинскими работниками, относительно тактики лечения. Действия руководства и персонала по этическим практикам должны отразиться в видении, миссии и ценностях организации; политиках в отношении персонала, годовых отчетах и других документах.

Доказательная база:

1. Осведомленность персонала о правилах этики и деонтологии при принятии этических решений в соответствии с утвержденным документом (лист ознакомления в Этическом кодексе);
2. Регулярное ознакомление с содержанием этического кодекса на брошюрах, роликах и мониторах со звуковым сопровождением (для лиц с ограниченными возможностями)

Критерий 3

В медицинской организации создается Этическая комиссия для рассмотрения этических вопросов при оказании медицинской помощи **

Комментарии:

Основными задачами **Этической комиссии/Дисциплинарного совета** (при наличии ДС – обязательным условием является отражение в положении дисциплинарного совета функции по регулированию этики и деонтологии в медицине) являются содействие в обеспечении соблюдения сотрудниками медицинской организации этических норм, правил профессионального поведения и взаимоотношений сотрудников.

Этическая комиссия рассматривает вопросы, связанные с соблюдением этических норм, правил профессионального поведения и взаимоотношений сотрудников медицинской организации.

Доказательная база:

1. Приказ о создании этической комиссии.
2. Положение об этической комиссии.

Критерий 4

В медицинской организации внедрен процесс выявления, своевременного анализа и принятия мер по этическим вопросам (решения о прекращении лечения, отказе в лечении и другие ситуации в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан) ***

Комментарии:

Процессы по выявлению, регистрации, рассмотрению и принятию мер в случае нарушения этических норм определяются и документируются. Определяется персонал, ответственный за расследование и принятие мер по фактам нарушения этических правил (Этическая комиссия/ уполномоченные лица/ иное).

Доказательная база:

Документированные процедуры по выявлению, регистрации, рассмотрению и принятию мер по фактам нарушения этических норм (**СОП по выявлению, регистрации, рассмотрению и принятию мер по фактам нарушения этических норм или прописанные пункты в положении Этической комиссии с шаблонными приложениями**)

Критерий 5

Персонал медицинской организации проходит обучение по вопросам этических норм в здравоохранении **

Комментарии:

Медицинская организация проводит обучение персонала. План обучения персонала включает вопросы этики и деонтологии по принятию этических решений. Назначается лицо, ответственное за обучение.

Доказательная база:

1. Учебно-методические материалы по обучению вопросам этики и деонтологии;
2. Документ о возложении ответственности за обучение (Приказ/пункты в должностных инструкциях);
3. Документы, подтверждающие обучение (явочный лист/сертификаты).

СТАНДАРТ 6. КУЛЬТУРА БЕЗОПАСНОСТИ

6

(Не карательная обстановка в коллективе, при которой безопасность пациента ставится выше профессиональной солидарности). Руководство организации внедряет и поддерживает культуру безопасности, поощряет выявление инцидентов, и принимает системные меры по улучшению работы

Культура – это атмосфера, созданная убеждениями, отношениями и действиями, которые формируют ПОВЕДЕНИЕ коллектива.

Культура безопасности – не карательная обстановка в коллективе, при которой безопасность пациента ставится выше профессиональной солидарности.

- Оценивается не только за один **сеанс**, а на протяжении всей аккредитации (ВКО);
- **Отражает исполнение других стандартов**, которые учитываются экспертами ВКО при оценке;
- **Например**, верификация и тайм-аут, клинические привилегии врача, инфекционный контроль, управление лекарственными средствами, этические нормы и др.

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ РУКОВОДСТВА

- Обучить персонал о случаях, которые могут привести к «ошибкам» или чрезвычайным событиям;
- Создать не карательную обстановку. Не наказывать сотрудников, имеющих отношение к «ошибкам» или неблагоприятным событиям;
- Мотивировать за сообщения о проблемах и событиях, касающихся безопасности;
- Создать систему регистрации «ошибок», «потенциальных ошибок» и чрезвычайных событий;
- Проводить их анализ и принимать **системные решения!**

Критерий 1

Руководители и персонал медицинской организации обучены определениям: «культура безопасности», «инцидент», «потенциальная ошибка», «ошибка», «экстремальное событие», а также правилам оповещения и расследования инцидентов **

Комментарии:

Потенциальная ошибка – любой процесс или отклонение, которое не повлияло на исход, но его повторение несет высокий риск неблагоприятного события (нанесения вреда пациенту).

Ошибка – это вид инцидента, когда ошибка случилась и неблагоприятно повлияла на качество медицинской помощи, либо на безопасность пациентов в результате неправильного действия, бездействия или излишнего действия сотрудников, аппаратуры и т.п. Ошибка может быть без вреда или с причинением вреда пациенту, сотрудникам.

Экстремальное событие – инцидент, повлекший значительный вред здоровью, неожиданное происшествие, повлекшее за собой смерть, серьезную физическую или психологическую травму. Серьезная физическая травма включает потерю конечности или утрату функции. Такие события называются экстремальными, потому что они указывают на необходимость немедленного расследования и принятия мер. Например, суицид, убийство (намеренное) пациента, члена персонала, врача и др.

Руководство медицинской организации демонстрирует свою приверженность культуре безопасности и устанавливает требования для тех, кто работает в организации.

Поведение, которое не согласуется с культурой безопасности, влияет на мораль и на текучесть кадров, может также причинить вред пациенту и процессу лечения. Ключевые особенности программы культуры безопасности включают:

- 1) признание природы высокого риска в деятельности медицинской организации и решение последовательно приходить к безопасной деятельности;
- 2) создание некарательной системы, то есть создание таких условий, в которой сотрудники могут сообщить об инциденте, медицинских ошибках, потенциальных медицинских ошибках, экстремальных событиях, случившихся в медицинской организации, в том числе внутри собственного подразделения, без страха замечания или наказания со стороны руководства;
- 3) приверженность руководства к анализу корневых причин при случившихся ошибках, почти ошибках, несчастных случаях и других нежелательных происшествий. Для устранения и предубреждения подобных происшествий в будущем проводится анализ корневых причин и применяются меры системного характера. Не применимо возложение ответственности за негативное происшествие на одного сотрудника.
- 4) поощрение сотрудничества между персоналом разного уровня и специализаций для нахождения решений в вопросах безопасности пациентов;
- 5) организационная заинтересованность в ресурсах, таких как рабочее время, обучение, безопасный способ сообщения о проблемах и т.д.
- 6) культура безопасности включает определение и решение вопросов касательно систем, которые приводят к небезопасному поведению;
- 7) руководство организации стимулирует и приветствует командную работу и создает структуры, процессы и программы, которые позволяют этой позитивной культуре развиваться.

Руководство организации должно решать вопросы нежелательного поведения отдельных лиц, работающих на всех уровнях медицинской организации, в том числе управленческий, клинический и административный персонал, независимые практикующие врачи и члены Управляющего органа.

Доказательная база:

1. Внедренный процесс по предоставлению простой, доступной и конфиденциальной системы сообщения проблемных вопросов, относящихся к культуре безопасности и предотвращению наказаний лиц, доложивших о проблеме (о вопросе);
2. Учебно-методические материалы по обучению вопросам культуры безопасности в организации.
3. Документ о возложении ответственности за обучение (Приказ/пункты в ДИ);

Критерий 2

В медицинской организации внедрен процесс обеспечения страхования (гарантирования) профессиональной ответственности медицинских работников, выполняющих процедуры и операции высокого риска (с высоким риском судебных исков) **

Комментарии:

В настоящее время страхование (гарантирование) профессиональной ответственности медицинских работников является одной из наиболее актуальных проблем в здравоохранении. Это продиктовано насущной необходимостью повысить уровень правовой и социальной защиты как пациентов, так и лиц, оказывающих медицинскую помощь.

Медицинская организация по обеспечению страхования (гарантирования) профессиональной ответственности медицинских работников принимает на себя обязательство полностью или частично, в зависимости от утвержденных Правил, компенсировать медицинскому сотруднику расходы, связанные с

обязанностью последнего возместить вред, причиненный жизни, здоровью или имуществу клиента в процессе своей профессиональной деятельности.

В медицинской профессиональной деятельности существует ряд специальностей, для которых характерен повышенный риск неблагоприятного исхода лечения: хирурги, акушеры-гинекологи, неонатологи, анестезиологи, реаниматологи, стоматологи и т.д. Работники этих специальностей заинтересованы в страховании своей профессиональной ответственности в первую очередь. Кроме того, страховая защита нужна всему медицинскому персоналу на случай предъявления судебного иска пациентом (либо его законным представителем).

В медицинской организации разработаны Правила и внедрен процесс по обеспечению страхования (гарантирования) профессиональной ответственности медицинских работников.

Доказательная база:

1. Внедрен процесс по обеспечению страхования (гарантирования) профессиональной ответственности медицинских работников (Правила/СОП/Алгоритм).
2. Список медицинских работников для страхования (гарантирования) профессиональной ответственности.

Критерий 3

В медицинской организации определены должностные лица ответственные за выявление, документирование и мониторинг инцидентов

Комментарии:

Инцидент – связанное с работой событие (я), в ходе которого возникает или может возникнуть травма / ухудшение состояния здоровья / смерть пациента, посетителя или сотрудника.

Отчет об инциденте – форма, установленная медицинской организацией, в которой сотрудниками медицинской организации фиксируется случившийся инцидент, либо события (в журнале события - бумажный или цифровой) которые могли привести к инциденту (например, потенциальная медицинская ошибка). Если сотрудник стал свидетелем потенциальной медицинской ошибки, или экстремального события, то он должен заполнить отчет об инциденте. (прикрепить собранные цифровые данные об инцидентах)

В организации определены ответственные лица по расследованию и анализу инцидентов, несчастных случаев и неблагоприятных событий.

Доказательная база:

1. Доказательство того, что ответственными лицами проводится работа по выявлению, документированию и мониторингу инцидентов на основе отчетов или объективных данных о проделанной работе путем автоматизированного сбора в цифровых носителях или бумажных носителях.
2. Опрос ответственного персонала.

Критерий 4

Внедрен процесс регистрации и оповещения об инцидентах в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации*

Комментарии:

В медицинской организации внедрен процесс выявления и регистрации инцидентов в соответствии с установленными правилами/процедурами медицинской организации. Анализ корневых причин применяется для разбора инцидентов и их предотвращения в будущем.

Применяются способы сообщения: служебные записки, электронные письма, телефонные звонки и личный контакт, компьютерная программа, электронные системы экстренного оповещения.

Несчастный случай – воздействие на работника вредного и (или) опасного производственного фактора при выполнении им трудовых (служебных) обязанностей или заданий работодателя, в результате которого произошли производственная травма, внезапное ухудшение здоровья или отравление работника, приведшие его к временной или стойкой утрате трудоспособности, профессиональному заболеванию либо смерти (Трудовой Кодекс РК).

Неблагоприятное событие – возникновение проблемы, которая может закончиться, а может и не закончиться ухудшением состояния, нанесением вреда либо смертью пациента или пользователя.

Инциденты выявляются и сообщаются путем заполнения утвержденной руководством организации документа, который может подаваться ответственному лицу в организации или анонимно. Документ содержит сведения о дате, времени, месте инцидента, виде инцидента, степени причиненного пациенту вреда и обстоятельствах. Пациенты или их законные представители информируются, если с пациентом произошла медицинская ошибка.

В медицинской организации определена процедура управления, мониторинга по инцидентам, несчастным случаям и неблагоприятным событиям, проводится систематический анализ материалов по

причинам инцидентов, несчастных случаев и неблагоприятных событий.

Результаты анализа передаются администрации и в соответствующие структуры, которые используют результаты для улучшения процессов или дополнительного обучения персонала. Ответственные лица доводят результаты анализа до сведения персонала, вовлеченного пациента или его семьи.

Доказательная база:

1. Правила сбора и анализа отчетов об инциденте.
2. Материалы, подтверждающие регистрацию, расследование инцидентов, запись в медицинских картах пациентов или личных делах сотрудников (журнал регистрации несчастных случаев и иных повреждений здоровья на производстве, протоколы расследований и др.).

Критерий 5

В целях повышения качества услуг руководством медицинской организации принимаются системные действия, направленные на профилактику проблем и снижение рисков **



Комментарии:

В целях повышения качества все инциденты, а также другие материалы, связанные с рисками и ошибками:

- 1) анализируются с целью выявления причин происшествия;
- 2) докладываются администрации и используются в целях улучшения процессов или предоставления дополнительного обучения для персонала;
- 3) доводятся до сведения персонала и пациента, вовлеченного в процесс.

Доказательная база:

1. Доказательства подтверждающие, что проводится системная и проактивная работа, направленная на повышение качества услуг.
2. Отчеты руководству по анализу причин инцидентов, несчастных случаев и неблагоприятных событий, и предложения.

СТАНДАРТ 7. УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ

В медицинской организации определяется должностное лицо, осуществляющее деятельность по управлению качеством оказания медицинских услуг, и утверждается программа или план, определяющие основные направления работы по улучшению качества оказания медицинских услуг

Критерий 1

Должностное лицо медицинской организации, осуществляющее деятельность по управлению качеством оказания медицинских услуг, обладает необходимыми навыками и знаниями в области улучшения качества (смотреть подпункт 3) пункта 4 настоящего Стандарта) **

Комментарии:

Руководство медицинской организации назначает лицо, осуществляющее деятельность по управлению качеством оказания медицинских услуг. Данные лица могут иметь официальные должности,

такие как руководитель службы поддержки пациента и контроля качества или заместитель главного врача по контролю качества и т.п.

Данное лицо относится к категории руководителей, принимается и увольняется приказом первого руководителя организации.

Данное лицо определяет политику организации в области повышения качества оказания услуг и безопасности пациента, планирует, разрабатывает и реализует программу по улучшению качества и безопасности пациентов.

Доказательная база:

Должностная инструкция ответственного лица по управлению качеством оказания медицинских услуг.

Критерий 2

Орган управления медицинской организации ежегодно утверждает программу или план мероприятий по непрерывному улучшению качества медицинских услуг и повышению безопасности пациента с участием всех подразделений медицинской организации *

Комментарии:

В медицинской организации имеется непрерывная система повышения качества медицинских услуг, которая может быть документально отражена в программе улучшения качества и включать:

- 1) определение приоритетов медицинской организации по мониторингу и повышению качества предоставляемых услуг и их обновление с учетом нужд и потребностей пациентов, процессов, которые представляют высокий риск, большой объем, являются дорогостоящими или проблемными;
- 2) участие всех подразделений медицинской организации;
- 3) сбор, анализ и оценку данных мониторинга и аудита (в бумажном или цифровом носителе);
- 4) информирование руководства и сотрудников;
- 5) информирование заинтересованных сторон о принятых мерах, эффективности мер и результатах;

Доказательная база:

1. Программа повышения/управления качеством (-ом) медицинской помощи (утвержденная органом управления);
2. Индикаторы качества деятельности подразделений (ежеквартально сдаваемые в службу поддержки пациентов/службу внутреннего аудита);

Критерий 3

В документе по непрерывному улучшению качества медицинских услуг дается определение термина «экстремальное событие», что включает:

- 1) случай смерти, не связанный с естественным течением заболевания;
- 2) процедуру или операцию, проведенную «не тому пациенту», «не на том месте» или «не та процедура»;
- 3) значительные побочные эффекты или реакцию на анестезию или седацию;
- 4) значительные побочные эффекты на лекарственные средства;
- 5) инцидент с нанесением вреда пациенту и иные события, определенные организацией.

Комментарии:

Экстремальное событие – это неожиданное происшествие, включающее смерть, серьезную физическую или физиологическую травму. Серьезная физическая травма включает потерю конечности или функции. Такие события называются экстремальными, потому что они указывают на необходимость немедленного расследования и реагирования.

К иным событиям, определенным организацией, можно отнести, похищение ребенка, изнасилование, насилие на рабочем месте, например, нападение (приведшее к смерти или постоянной потере функции), убийство (намеренное) пациента, члена персонала, посетителей организации, передачу хронической или фатальной болезни в результате переливания крови и ее продуктов.

Важно отметить, что термин «экстремальное событие» и «медицинская ошибка» не являются синонимами. Не все ошибки приводят к экстремальным событиям, и не все экстремальные события происходят только в результате медицинской ошибки. Определение события как экстремального также не подразумевает юридическую ответственность.

Доказательная база:

1. Программа повышения качества, соответствующая требованиям критерия (утвержденная органом управления)

Критерий 4

Экстремальное событие подлежит обязательному расследованию и о его результатах информируются руководство медицинской организации, заинтересованный пациент (ы), а также Орган

управления медицинской организации (в квартальном отчете с указанием принятых мер) (смотреть подпункт 4) пункта 1 настоящего Стандарта) **

Комментарии:

Все случаи экстремальных событий должны быть изучены с помощью анализа корневых причин. Точное описание событий важно для анализа корневых причин, поэтому его необходимо проводить как можно быстрее после события. Анализ и план действий составляется в течение 45 дней с момента события или получения информации о событии. Целью проведения анализа корневых причин является лучшее понимание того, что вызывает события. Когда анализ выявляет, что системные улучшения или другие действия могут предотвратить или снизить риск возникновения экстремальных событий, организация проводит перепланирование (редизайн) процессов и предпринимает все возможные для этого действия.

Доказательная база:

1. Квартальный отчет с указанием принятых мер (при наличии инцидентов);
2. Информирование заинтересованных сторон о принятых мерах, эффективности мер и результатах (официальные письма, при наличии).

Критерий 5

Персонал медицинской организации обучается методам (инструментам) улучшения качества и надлежащему использованию статистических данных, полученных в результате мониторинга деятельности медицинской организации (смотреть подпункт 2) пункта 19 настоящего Стандарта) **

Комментарии:

- 1) медицинская организация проводит обучение персонала. План обучения персонала включает вопросы обучения (инструментам) улучшения качества и надлежащему использованию данных;
- 2) назначается лицо, ответственное за обучение (приказ/пункты в ДИ).

Доказательная база:

1. Учебно-методические материалы по обучению (инструментам - PDCA/анализ корневых причин/ правила по отчету об инцидентах/бережливое производство и др.) улучшения качества и надлежащему использованию данных
2. Документ о возложении ответственности за обучение (приказ/пункты в ДИ).
3. Документы, подтверждающие обучение (явочные листы/сертификаты/ведение журнала по обучению).

СТАНДАРТ 8. НЕПРЕРЫВНОЕ ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА

В медицинской организации внедряется программа непрерывного повышения качества медицинских услуг и безопасности пациента

8

Критерий 1

Руководство ежегодно участвует в определении приоритетных индикаторов повышения качества (далее – индикаторы) медицинских услуг и безопасности пациента, как в целом для медицинской организации, так и для отдельных структурных подразделений. Показатели по достижению ключевых индикаторов включаются в квартальные отчеты медицинской организации об основной деятельности (смотреть подпункт 4) пункта 1 и подпункт 4) пункта 2 настоящего Стандарта) **

Комментарии:

Выбор индикаторов – это ответственность руководства. Все отделения и службы – клинические и административные – выбирают индикаторы, связанные с их приоритетами. В крупных медицинских организациях можно мониторить один и тот же или схожий индикатор сразу в нескольких подразделениях. Например, аптека и служба инфекционного контроля, и отделение инфекционных заболеваний могут одновременно поставить себе приоритетом сокращение использования антибиотиков.

Служба поддержки пациентов и контроля качества помогает в выборе индикаторов по всей медицинской организации как на уровне организации в целом, так и на уровне подразделений/служб больницы.

Доказательная база:

1. Индикаторы структурных подразделений (мониторинг которых ведет служба внутреннего аудита/руководство/служба поддержки пациентов).

Критерий 2

Индикаторы структурных подразделений измеримы: разрабатываются формулы расчета (с определенным числителем и знаменателем, если применимо), определяются желаемые пороговые значения; проводится сбор данных и анализ индикаторов **

Комментарии:

Обязательные и рекомендованные индикаторы подвергаются постоянному измерению и мониторингу (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» (с изменениями от 28 июня 2016 года)).

Индикатор – это показатель работы, когда можно цифрами измерить выполнение какого-то процесса или измерить результат работы.

Например, «доля пациентов, кому своевременно в течение часа до операции выполнена антибиотико-профилактика от общего числа всех плановых операций в месяц», или «количество падений пациентов в месяц», или «процент своевременно выполненных заявок по закупу от общего числа всех заявок».

Индикаторы структуры – измеряют статические (относительно постоянные) характеристики сотрудников, подразделений или организаций.

Индикаторы процесса – измеряют то, что происходит во время оказания медицинской помощи (выполнение процесса, его своевременность, полнота и т.п.).

Индикаторы результата – измеряют достижение цели лечения или иные исходы. Они также отражают медицинскую, экономическую и социальную результативность.

• Индикаторы в административных областях



Управление ресурсами (выполнение планов).

Статистика пациентов по социодемографическим показателям.

Удовлетворенность пациентов и их семей.

Удовлетворенность медицинского персонала.

Профилактика и контроль возникновения событий, подвергающих опасности пациентов и их семьи, персонал.

• Индикаторы в клинических областях



Использование антибиотиков и других медикаментов.

Медицинские и немедицинские ошибки (инциденты).

Инфекционный контроль.

Экспертиза уровня качества лечения

При критическом систематическом отклонении от пороговых значений служба внутреннего аудита проводит комплексный анализ и представляет для руководства аналитическую информацию для принятия управленческих решений.

Доказательная база:

Отчеты службы внутреннего аудита с результатами мониторинга и анализа индикаторов

Критерий 3

Проводится клинический аудит медицинских карт, согласно утвержденным внутренним процедурам медицинской организации, соответствующих требованиям законодательства Республики Казахстан.

Результаты клинического аудита используются при разработке мер по повышению качества медицинских услуг *

Комментарии:

Службой внутреннего аудита составляется график проведения экспертизы медицинских карт на предмет соблюдения стандартов и процедур. Разрабатывается перечень случаев подлежащих обязательной экспертизе (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» (с изменениями от 28 июня 2016 года)).

В организациях, оказывающих стационарную или стационарозамещающую помощь, не менее 15 % пролеченных случаев в месяц, а также все случаи:

- летальных исходов;
- осложнений, в том числе послеоперационных;
- внутрибольничных инфекций;
- повторной госпитализации по одному и тому же заболеванию в течение одного месяца вследствие некачественного предыдущего лечения;
- удлинения или укорочения сроков лечения;
- расхождений диагнозов;
- необоснованной госпитализации;

Доказательная база:

1. График проведения экспертизы медицинских карт.
2. Перечень случаев подлежащих обязательной экспертизе.
3. Результаты проведенных экспертиз.

Критерий 4

Проводится анкетирование удовлетворенности пациентов в соответствии с законодательством Республики Казахстан. Результаты анкетирования учитываются при разработке мер по повышению качества медицинских услуг *

Комментарии:

В медицинской организации оценивается удовлетворенность пациентов, при этом:

- 1) Доводятся до сведения персонала результаты анкетирования или аудита, по проведенной оценке и принимаются меры по полученным результатам для решения выявленных проблем (протокольные решения на заседаниях/служебные поручения).

Доказательная база:

1. Материалы по оценке удовлетворенности пациентов (анкеты, анализ);
2. Возможно анкетирование через онлайн платформы (SurveyMonkey, Google Question и тд.)

Критерий 5

На заседаниях соответствующих комиссий проводится разбор клинических случаев, результаты которого применяются для улучшения клинической деятельности

Доказательная база:

1. Протокола разбора случаев, подлежащих обязательной экспертизе в соответствии с нормативными актами (на заседаниях, соответствующих комиссии)

9. УПРАВЛЕНИЕ РИСКАМИ

В медицинской организации внедряется программа по управлению рисками

9

Критерий 1

Медицинская организация имеет программу по управлению рисками, которая включает следующие элементы *:

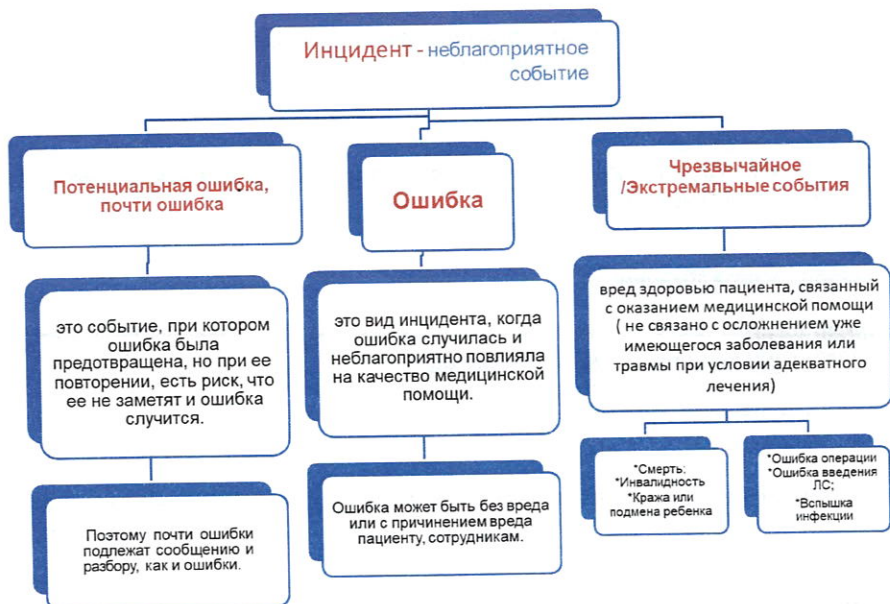
- 1) цель, задачи, область применения документа;
- 2) образец реестра рисков и способ оценки рисков;
- 3) лицо, ответственное за осуществление деятельности по управлению рисками;
- 4) требования по обучению сотрудников;
- 5) виды рисков (стратегические, клинические, финансовые и прочие угрозы);
- 6) образец плана действий по устранению рисков и требование разработать действие на каждый значительный риск;
- 7) требование информировать заинтересованные стороны о рисках

Комментарии:

Безопасность пациентов – предотвращение неблагоприятных исходов или повреждений во время процесса лечения или уменьшение ущерба в случае их наступления.

Риск — это событие или группа случайных событий, наносящих ущерб объекту, обладающему данным риском. Характерной чертой случайного наступления события является невозможность точно определить время и место его возникновения.

Инцидент, происшествие – неожиданное и непреднамеренное событие, которое привело к причинению вреда пациенту или медицинскому персоналу, включая смерть, инвалидность, повреждение, заболевание и т.д.



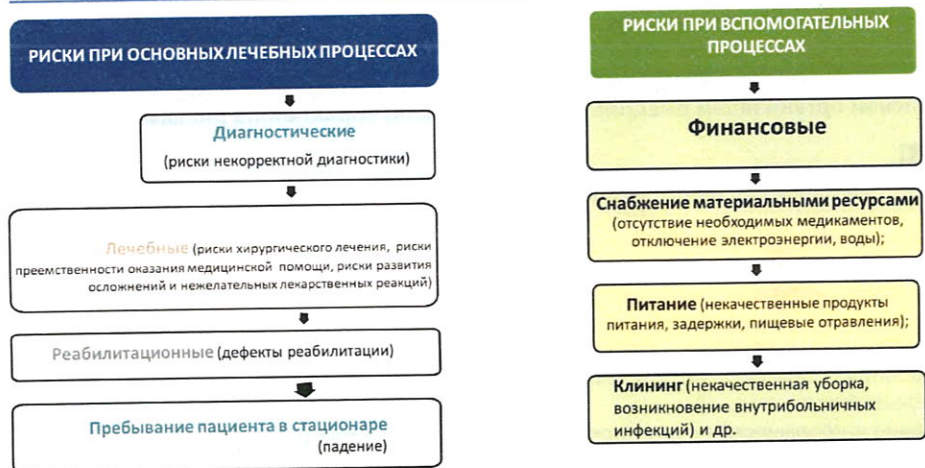
Управление рисками является элементом повышения качества и безопасности медицинских услуг путем выявления обстоятельств и условий, которые подвергают пациента риску, а также принятия мер по предотвращению или контролю этих рисков.

В соответствии с программой по управлению рисками медицинская организация сводит к минимуму возможные риски, постоянно проводит их мониторинг и оценку, а также повышает качество предоставляемых услуг. Программа управления рисками утверждается первым руководителем организации.

3 основных процесса управления рисками:

- Установить риск;
- Оценить вероятность наступления риска и степень тяжести;
- Снизить или устранить риск.

Риски в медицинской организации



Доказательная база:

1. Программа по управлению рисками соответствующая требованиям критерия;
2. Документ о возложении ответственности (приказ/пункты в ДИ).

Критерий 2

Утвержденная программа или процедура по управлению рисками выполняется сотрудниками, которые участвуют в:

- 1) выявлении рисков (проблем);

- 2) сообщении о рисках;
- 3) оценке и определении приоритетности рисков;
- 4) анализе инцидентов (потенциальных медицинских ошибок, медицинских ошибок, экстремальных событий);
- 5) составлении и реализации плана действий.

Комментарии:

Выявление риска включает в себя обнаружение, обзор, описание риска и целей, на которые может данный риск повлиять. Выявленные события и риски систематизируются в форме Регистра рисков. Регистр рисков представляет собой перечень рисков, с которыми сталкивается медицинская организация в своей деятельности. В Регистре рисков по каждому риску определяются:

- факторы рисков;
- возможные последствия наступления риска;
- присваивается вероятность, значимость и время влияния риска;
- владельцы риска;
- мероприятия по минимизации рисков.

Регистр риска дополняется структурными подразделениями медицинской организации на постоянной основе по мере выявления новых рисков. В целях систематизации и унификации дальнейших подходов к оценке и реагированию на риски, все выявленные риски группируются в соответствии с Классификацией.

КЛАССИФИКАЦИЯ РИСКОВ

№	Категория рисков	Подкатегория рисков
1	Стратегические риски	---
2	Операционные риски	Риски управленческой деятельности
		Риски административно-хозяйственной деятельности
		Риски медицинской деятельности
		Риски контроля и мониторинга качества медицинских услуг
		Риски образовательной деятельности
		Риски научной и инновационной деятельности
3	Финансовые риски и риски отчетности	Финансовые риски
		Риски составления отчетности
4	Риски несоответствия требованиям	---

План управления рисками является составной частью программы управления рисками. При разработке плана управления рисками используется информация, полученная из стратегического плана, результаты анализа клинических показателей, результаты анализа отзывов пациентов и неблагоприятных событий, информация от службы инфекционного контроля, результаты анализа укомплектования персоналом и обеспечения ресурсами, результаты анализа состояния окружающей обстановки;

Все выявленные риски оцениваются, ранжируются по вероятности их возникновения и последствиям нанесенного вреда здоровью и материального ущерба. В плане указываются методы воздействия на тот или иной риск, определяются требуемые финансовые и трудовые ресурсы; План управления рисками доводится до сведения персонала.

МЕТОДЫ ВЫЯВЛЕНИЯ РИСКОВ



А так же источником информации может служить отчеты по инцидентам, которые систематизированы по группе инцидентов. Отчеты по инцидентам еженедельно анализируются и по ним ведется ежемесячный и ежеквартальный мониторинг.

Регистр рисков

№	Код риска	Цель	Категория риска	Подкатегория риска	Наименование риска	Владелец риска	Фактор риска (причина)	Предупредительные мероприятия	Лица/подразделение ответственные за мероприятия	Последствия от реализации риска	Реализованные мероприятия	Вероятность	Влияние	Время исполнения	Кал. значимости риска (L*M*P*N)	Юз. группы рисков
1	51	Повышение узнаваемости Региона Общества	Стратегическая	нет	Путешествия в рамках репутации Общества	Секретарь дирекции	1. Отсутствие в базе информации 2. Неполнота маркетинговой информации 3. Отсутствие информации о деятельности Общества в СМИ 4. Отсутствие информации о любых программах, акциях, конкурсах, выставках и выставках диагностических и лечебных в Обществе 5. Отсутствие информации о достижениях и успехах 6. Отсутствие информации о стандартах качества 7. Отсутствие информации о стандартах ИСО 8. Отсутствие информации о стандартах ИСО 9. Отсутствие информации о стандартах ИСО 10. Отсутствие информации о стандартах ИСО 11. Отсутствие информации о стандартах ИСО 12. Отсутствие информации о стандартах ИСО 13. Отсутствие информации о стандартах ИСО 14. Отсутствие информации о стандартах ИСО 15. Отсутствие информации о стандартах ИСО 16. Отсутствие информации о стандартах ИСО 17. Отсутствие информации о стандартах ИСО 18. Отсутствие информации о стандартах ИСО 19. Отсутствие информации о стандартах ИСО 20. Отсутствие информации о стандартах ИСО 21. Отсутствие информации о стандартах ИСО 22. Отсутствие информации о стандартах ИСО 23. Отсутствие информации о стандартах ИСО 24. Отсутствие информации о стандартах ИСО 25. Отсутствие информации о стандартах ИСО 26. Отсутствие информации о стандартах ИСО 27. Отсутствие информации о стандартах ИСО 28. Отсутствие информации о стандартах ИСО 29. Отсутствие информации о стандартах ИСО 30. Отсутствие информации о стандартах ИСО 31. Отсутствие информации о стандартах ИСО 32. Отсутствие информации о стандартах ИСО 33. Отсутствие информации о стандартах ИСО 34. Отсутствие информации о стандартах ИСО 35. Отсутствие информации о стандартах ИСО 36. Отсутствие информации о стандартах ИСО 37. Отсутствие информации о стандартах ИСО 38. Отсутствие информации о стандартах ИСО 39. Отсутствие информации о стандартах ИСО 40. Отсутствие информации о стандартах ИСО 41. Отсутствие информации о стандартах ИСО 42. Отсутствие информации о стандартах ИСО 43. Отсутствие информации о стандартах ИСО 44. Отсутствие информации о стандартах ИСО 45. Отсутствие информации о стандартах ИСО 46. Отсутствие информации о стандартах ИСО 47. Отсутствие информации о стандартах ИСО 48. Отсутствие информации о стандартах ИСО 49. Отсутствие информации о стандартах ИСО 50. Отсутствие информации о стандартах ИСО 51. Отсутствие информации о стандартах ИСО 52. Отсутствие информации о стандартах ИСО 53. Отсутствие информации о стандартах ИСО 54. Отсутствие информации о стандартах ИСО 55. Отсутствие информации о стандартах ИСО 56. Отсутствие информации о стандартах ИСО 57. Отсутствие информации о стандартах ИСО 58. Отсутствие информации о стандартах ИСО 59. Отсутствие информации о стандартах ИСО 60. Отсутствие информации о стандартах ИСО 61. Отсутствие информации о стандартах ИСО 62. Отсутствие информации о стандартах ИСО 63. Отсутствие информации о стандартах ИСО 64. Отсутствие информации о стандартах ИСО 65. Отсутствие информации о стандартах ИСО 66. Отсутствие информации о стандартах ИСО 67. Отсутствие информации о стандартах ИСО 68. Отсутствие информации о стандартах ИСО 69. Отсутствие информации о стандартах ИСО 70. Отсутствие информации о стандартах ИСО 71. Отсутствие информации о стандартах ИСО 72. Отсутствие информации о стандартах ИСО 73. Отсутствие информации о стандартах ИСО 74. Отсутствие информации о стандартах ИСО 75. Отсутствие информации о стандартах ИСО 76. Отсутствие информации о стандартах ИСО 77. Отсутствие информации о стандартах ИСО 78. Отсутствие информации о стандартах ИСО 79. Отсутствие информации о стандартах ИСО 80. Отсутствие информации о стандартах ИСО 81. Отсутствие информации о стандартах ИСО 82. Отсутствие информации о стандартах ИСО 83. Отсутствие информации о стандартах ИСО 84. Отсутствие информации о стандартах ИСО 85. Отсутствие информации о стандартах ИСО 86. Отсутствие информации о стандартах ИСО 87. Отсутствие информации о стандартах ИСО 88. Отсутствие информации о стандартах ИСО 89. Отсутствие информации о стандартах ИСО 90. Отсутствие информации о стандартах ИСО 91. Отсутствие информации о стандартах ИСО 92. Отсутствие информации о стандартах ИСО 93. Отсутствие информации о стандартах ИСО 94. Отсутствие информации о стандартах ИСО 95. Отсутствие информации о стандартах ИСО 96. Отсутствие информации о стандартах ИСО 97. Отсутствие информации о стандартах ИСО 98. Отсутствие информации о стандартах ИСО 99. Отсутствие информации о стандартах ИСО 100. Отсутствие информации о стандартах ИСО	Дирекция	1. Отсутствие информации 2. Отсутствие информации 3. Отсутствие информации 4. Отсутствие информации 5. Отсутствие информации 6. Отсутствие информации 7. Отсутствие информации 8. Отсутствие информации 9. Отсутствие информации 10. Отсутствие информации 11. Отсутствие информации 12. Отсутствие информации 13. Отсутствие информации 14. Отсутствие информации 15. Отсутствие информации 16. Отсутствие информации 17. Отсутствие информации 18. Отсутствие информации 19. Отсутствие информации 20. Отсутствие информации 21. Отсутствие информации 22. Отсутствие информации 23. Отсутствие информации 24. Отсутствие информации 25. Отсутствие информации 26. Отсутствие информации 27. Отсутствие информации 28. Отсутствие информации 29. Отсутствие информации 30. Отсутствие информации 31. Отсутствие информации 32. Отсутствие информации 33. Отсутствие информации 34. Отсутствие информации 35. Отсутствие информации 36. Отсутствие информации 37. Отсутствие информации 38. Отсутствие информации 39. Отсутствие информации 40. Отсутствие информации 41. Отсутствие информации 42. Отсутствие информации 43. Отсутствие информации 44. Отсутствие информации 45. Отсутствие информации 46. Отсутствие информации 47. Отсутствие информации 48. Отсутствие информации 49. Отсутствие информации 50. Отсутствие информации 51. Отсутствие информации 52. Отсутствие информации 53. Отсутствие информации 54. Отсутствие информации 55. Отсутствие информации 56. Отсутствие информации 57. Отсутствие информации 58. Отсутствие информации 59. Отсутствие информации 60. Отсутствие информации 61. Отсутствие информации 62. Отсутствие информации 63. Отсутствие информации 64. Отсутствие информации 65. Отсутствие информации 66. Отсутствие информации 67. Отсутствие информации 68. Отсутствие информации 69. Отсутствие информации 70. Отсутствие информации 71. Отсутствие информации 72. Отсутствие информации 73. Отсутствие информации 74. Отсутствие информации 75. Отсутствие информации 76. Отсутствие информации 77. Отсутствие информации 78. Отсутствие информации 79. Отсутствие информации 80. Отсутствие информации 81. Отсутствие информации 82. Отсутствие информации 83. Отсутствие информации 84. Отсутствие информации 85. Отсутствие информации 86. Отсутствие информации 87. Отсутствие информации 88. Отсутствие информации 89. Отсутствие информации 90. Отсутствие информации 91. Отсутствие информации 92. Отсутствие информации 93. Отсутствие информации 94. Отсутствие информации 95. Отсутствие информации 96. Отсутствие информации 97. Отсутствие информации 98. Отсутствие информации 99. Отсутствие информации 100. Отсутствие информации	1	3	2	17			

Доказательная база:

1. Классификация рисков;
2. Регистр рисков;
3. Осведомленность персонала о мероприятиях по управления рисками.

Критерий 3

Руководители структурных подразделений и персонал медицинской организации осведомлены о возможных неблагоприятных событиях, которые могут возникнуть вследствие клинических, техногенных и организационных особенностей производственных процессов (далее – риски) в своих подразделениях.

Комментарии:

В медицинской организации определена процедура управления рисками. Проводится систематический анализ материалов о существующих проблемах.

Доказательная база:

1. Протоколы заседаний об осведомленности руководителей структурных подразделений и сотрудников о существующих рисках с включением анализа и предложении по устранению существующих проблем.

Критерий 4

Медицинская организация проводит непрерывную оценку рисков. Источники информации о рисках: инциденты, медицинский персонал, наблюдения, обзор документации, пациенты и их законные представители **

Комментарии:

В организации осуществляется мониторинг выполнения мероприятий плана управления рисками, по результатам которого вносятся корректировки, определяется периодичность мониторинга и пересмотра плана управления рисками и внесения в него корректировок.

Доказательная база:

1. Материалы с результатами мониторинга, оценки эффективности и пересмотра плана управления рисками.

Критерий 5

Медицинская организация принимает меры по полноценной реализации мероприятий программы управления рисками, снижению или устранению рисков (ежегодно составляется, обновляется и корректируется план действий по снижению рисков) **

Комментарии:

Медицинская организация обучает своих сотрудников правилам снижения рисков путем:

- 1) обнаружения, оценки и сообщения о ситуациях, включающих риск;
- 2) управления ситуациями, имеющими потенциальный риск;
- 3) безопасного использования транспорта, оборудования и материалов.

Доказательная база:

1. План управления рисками.
2. Осведомленность персонала о мероприятиях плана управления рисками (лист ознакомления).

10. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ

Руководители медицинской организации контролируют применение и внедрение медицинским персоналом клинических протоколов

10

Нормативная база:

1. Методические рекомендации «Порядок внедрения клинических протоколов и мониторинга внедрения клинических протоколов» (сайт РЦРЗ);
2. Регламент по разработке/пересмотру клинических протоколов (сайт РЦРЗ)

Критерий 1

Руководством медицинской организации проводится мониторинг внедрения и применения клинических протоколов

Комментарии:

В медицинской организации разработаны правила (порядок) и внедрен процесс мониторинга выполнения сотрудниками клинических протоколов.

Правила (порядок) могут включать следующие пункты:

- 1) определены ответственные лица;
- 2) проводится аудит медицинских карт;
- 3) результаты аудита доводятся до сотрудников медицинской организации;
- 4) результаты аудита применяются для улучшения деятельности медицинской организации.

Системное обеспечение внедрения доказанных рекомендаций, содержащихся в КП, практичными врачами позволит приблизить медицинскую практику РК к международным стандартам оказания медицинской помощи, значительно снизит риск осложнений, летальных исходов, уменьшит частоту применения неэффективных методик лечения, профилактики и реабилитации, малоинформативных методов диагностики, небезопасных лекарственных средств и хирургических вмешательств.

Доказательная база:

1. Правила (порядок) мониторинга выполнения сотрудниками клинических протоколов.

Критерий 2

В медицинской организации определены ответственные лица по мониторингу внедрения и применения клинических протоколов

Комментарии:

В соответствии с Правилами (порядком) мониторинга выполнения сотрудниками клинических протоколов в медицинской организации определены ответственные лица по проведению мониторинга клинических протоколов.

Доказательная база:

1. Должностные инструкции ответственных лиц по мониторингу выполнения сотрудниками клинических протоколов.

Критерий 3

Мероприятия по мониторингу внедрения клинических протоколов осуществляются в рамках плановых мероприятий внутренней экспертизы в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан.

Комментарии:

В соответствии с Правилами (порядком) мониторинга выполнения сотрудниками клинических протоколов в медицинской организации проводится ретроспективный и текущий аудит медицинских карт на предмет соответствия требованиям клинических протоколов, основанных на доказательной медицине.

Доказательная база:

1. Программа (план) проведения аудитов (см. стандарт 8);
2. Обзор медицинской документации;
3. Опрос персонала.

Критерий 4

Проводится клинический аудит путем ретроспективного и (или) текущего анализа медицинских карт на предмет их соответствия требованиям клинических протоколов, основанных на доказательной медицине.

Комментарии:

Ответственные лица по результатам аудита медицинских карт оформляют отчет по исполнению требований клинического протокола в виде презентации с аналитическими данными, выводами и рекомендациями.

Доказательная база:

1. Аналитические данные (презентации/отчётная форма) по проведенным аудитам с выводами и рекомендациями.

Критерий 5

Результаты клинического аудита медицинских карт применяются для обратной связи с медицинским персоналом, обучения персонала и других мероприятий для повышения качества медицинских услуг в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации

Комментарии:

Презентация/отчёт с данными по исполнению клинических протоколов, разработанная ответственными лицами, применяется для принятия управленческих решений, таких как обратная связь с медицинским персоналом, обучение персонала и другие мероприятия для улучшения деятельности в соответствии с утвержденными процедурами медицинской организации

Доказательная база:

Мероприятия по обратной связи аудита медицинских карт (обсуждение на планерках, заседаниях и т.д.)

11. РАБОТА С НАСЕЛЕНИЕМ

Медицинская организация вовлекает пациентов, население и персонал в планирование оказания медицинских услуг и способствует доступности оказываемых медицинских услуг для населения

11

Критерий 1

Медицинская организация информирует население об оказываемых медицинских услугах и условиях (порядке) их получения, а также о любых изменениях в списке оказываемых медицинских услуг и условиях (порядке) их получения **

Комментарии:

Доступность услуг медицинской организации для населения осуществляется путем информирования населения об объеме медицинских услуг, графике работы и о порядке получения неотложной медицинской помощи. Для этого в медицинской организации необходимо:

- 1) наличие информационного стенда с перечнем услуг;
- 2) наличие информационного стенда с графиком работы служб медицинской организации;
- 3) наличие информационного стенда с информацией об объеме оказываемых услуг, перечнем платных услуг;
- 4) размещение информации о порядке получения неотложной медицинской помощи в доступных местах.

Информация для населения об условиях получения медицинских услуг осуществляется (в виде брошюры или объявления на стенде или распечатки из сайта организации/на мониторе) – куда и как обратиться, контакты и телефоны организации.

Доказательная база:

1. Брошюры;
2. Информация на мониторах (со звуковым сопровождением (для лиц с ограниченными возможностями));
3. Информационные стенды (аудит на наличие актуального графика приёма, актуальный перечень услуг).

Критерий 2

Медицинская организация информирует население о качестве оказываемых медицинских услуг (индикатор «удовлетворенность пациента» и другие) **

Комментарии:

В медицинских организациях работают call-центры, которые, кроме предоставления информационных справочных услуг, позволяют вести учет всех поступающих звонков, создавать и обновлять базу пациентов, дают возможность организовать обратную связь - исходящие звонки, к примеру, напоминание о том, что пациент записан на прием к врачу. С помощью Единого информационного центра жители могут уточнить доступность лекарств в аптеках города. Кроме того, call-центры принимают жалобы от населения по вопросам работы медицинской организации, предоставляют информацию населению о качестве оказываемых медицинских услуг.

Доказательная база:

1. Call-центр, брошюры, буклеты, публикации в СМИ и т.п.
2. Опрос персонала.
3. Опрос пациентов.

Критерий 3

Медицинская организация постоянно поддерживает обратную связь с населением по оказываемым медицинским услугам через средства коммуникации (веб-сайт, социальные сети, телефон, call-центр)

Комментарии:

Медицинская организация имеет способ постоянного информирования населения об оказываемых услугах (веб-сайт), поддерживает обратную связь с населением через средства коммуникации (веб-сайт, социальные сети, телефон, call-центр).

Официальный сайт в сети Интернет – это «лицо» медицинской организации, сайт формирует отношение посетителя к медицинской организации, её медицинскому персоналу и руководству, к качеству медицинской помощи, оказываемой медицинской организацией, зачастую, задолго до того, как он посетит её.

Сайт должен быть:

- 1) информативным и полезным;
- 2) функциональным, удобным и простым;
- 3) соответствовать всем установленным требованиям, установленным к сайтам медицинских организаций;
- 4) должен быть для того, кто его ищет – то есть, присутствовать в результатах поиска, по ключевым словам, на первых страницах выдачи поисковых машин.

Наличие call-центров в медицинских учреждениях крупных городов позволяет наиболее эффективно решать проблему информирования населения об услугах медучреждений.

Доказательная база:

1. Веб-сайт (в соответствии с требованиями Правила информационного наполнения сайтов ГП на ПХВ, на сайте РЦРЗ)
2. Опрос персонала.
3. Опрос пациентов.

Критерий 4

Медицинская организация участвует в программах по обучению населения здоровому образу жизни и профилактике заболеваний **

Комментарии:

В медицинской организации ответственными лицами проводится плановая санитарно-просветительная работа с пациентами и их семьями, включающая занятия, демонстрацию видеоматериалов, распространение брошюр и другой информации о профилактике заболеваний и пропаганде здорового образа жизни.

Участие и организация в мероприятиях по продвижению здорового образа жизни.

Доказательная база:

1. Доказательная база (фотоотчеты, пресс-релизы на сайте) по участию медицинской организации в мероприятиях по продвижению здорового образа жизни.

Критерий 5

В соответствии с утвержденными процедурами медицинская организация планирует оказание медицинских услуг с учетом потребностей населения

Комментарии:

Руководство организации совместно с руководителями различных структурных подразделений определяют какие диагностические, терапевтические, реабилитационные и другие услуги необходимы для прикрепленного населения. Руководство организации совместно с руководителями структурных подразделений планирует объем и уровень различных услуг, которые будут предоставляться в организации напрямую или косвенно. Руководство организации планирует и участвует в связях с населением, местными организациями и другими, планирует постоянную связь с основными (ключевыми) заинтересованными группами населения, предоставляет данные и информацию относительно качества предоставляемых услуг населению в целях удовлетворения потребностей населения в медицинских услугах.

Доказательная база:

1. Опрос персонала