
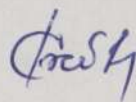
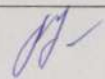
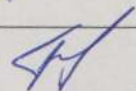

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
		Система менеджмента качества	Версия: 1

Наименование структурного подразделения:	ГКП на ПХВ «Ленгерская Городская поликлиника»		
Названия документа:	Программа по непрерывному повышению качества и безопасности пациентов		
Утвержден:	 Руководитель ГКП на ПХВ «ЛГП» Чалкаров А.Б.		
Дата утверждения:			
Разработчик:	<i>Должность</i>	<i>Ф.И.О.</i>	<i>Подпись</i>
	Заместитель гл.врача по контролю качества мед.услуг	Рысбаев С.Т.	
	Врач эксперт		
Согласовано:	Заместитель гл.врача по лечебному делу	Анаркулова У.О.	
	Заместитель гл.врача по ОМД	Кабылбеков Г.К.	
Дата согласования:	04.01.2024г.		
Дата введения в действие	04.01.2024г.		
Версия №	Копия № _____	_____/_____/2024г. Ф.И.О. _____ Подпись _____	

Дата последнего пересмотра « 04 » « 01. » 2024г
Дата следующего пересмотра « _____ » « _____ » 2027г

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
		Система менеджмента качества	Версия: 1

Программа по непрерывному повышению качества и безопасности пациентов

1. Введение

1) КП на ПХВ «Ленгерская Городская поликлиника» (далее – Поликлиника) в своей ежедневной деятельности ставит высшим приоритетом непрерывное улучшение качества оказываемых услуг и повышение безопасности пациента.

2) С этой целью Поликлиника прилагает все усилия, чтобы удовлетворять требования национальной аккредитации Республики Казахстан, и других признанных программ, направленных на улучшение качества по решению руководства организации.

3) Эффективность выполнения настоящей Программы достигается путём планирования, дизайна, измерения и улучшения систем и процессов на основе лучшей мировой практики. Все мероприятия, направленные на улучшение качества и безопасности пациентов, координируются между собой. Руководство Поликлиники способствует созданию не карательной обстановки и высокой этики среди персонала путём внедрения системного улучшения, вместо точечных карательных мер.

4) Улучшение качества и безопасности применяется не только в лечении и уходе за пациентом, но и в создании комфортной и безопасной среды в Поликлинике.

5) В выполнении Программы по улучшению качества и безопасности пациентов (далее – Программа) задействованы руководство и все сотрудники Поликлиники, а также пациенты, члены их семьи и посетители.

6) Настоящая Программа определяет основные ресурсы и направления деятельности в области улучшения качества, а также управление рисками в Поликлинике.

2. Цель и задачи

1) **Цель Программы** – непрерывное улучшение и поддержание высокого качества услуг и безопасности пациентов Поликлиники.

2) **Задачи Программы:**

а) Содействовать осуществлению Миссии и Стратегического плана развития Поликлиники.

б) Определять внутренние и внешние потребности и ожидания пациентов;

с) Предоставлять механизм для определения системных приоритетов в повышении производительности (эффективности) работы;

д) Стимулировать постоянное совершенство, используя стандарты не в качестве конечных целей, а как первоначальный фокус;

е) Стимулировать каждого из сотрудников вносить свой вклад в виде знаний и действий в непрерывный процесс улучшения качества;



f) Содействовать эффективной коммуникации (общению) среди сотрудников, пациентов и населения используя научные подходы в решении проблем;

g) Определять индикаторы деятельности в соответствии со Стратегическим планом развития Поликлиники;

h) Объединять и координировать между собой мероприятия по повышению производительности работы среди структурных подразделений и дисциплин;

i) Стимулировать сотрудников учиться на основе лучшей практики, использовать доказательную базу и достоверную информацию в повышении качества и безопасности.

3. Термины, определения и сокращения

1) *Безопасность* – степень, с которой действия сотрудников, предметы или окружающая среда (здание, территория и оборудование) организации не создают опасность для пациентов, сотрудников и посетителей.

2) *Качество медицинской помощи* – степень, с которой медицинские услуги повышают вероятность желательных исходов и соответствуют современным профессиональным знаниям. Оценка качества медицинской помощи включает: ожидания и исход для пациента, безопасность окружения, в котором оказывается помощь, доступность, соответствие, непрерывность, результативность, действенность, эффективность и своевременность оказания медицинской помощи.


3) *Повышение качества* – подход к непрерывному изучению и улучшению процесса предоставления услуг медицинской помощи для удовлетворения потребностей пациентов и других лиц. Синонимы: непрерывное повышение качества, непрерывное повышение/улучшение производительности всей организации и тотальный менеджмент качества.

4) *Трейсер* – это методика определения «ошибок» системы. Трейсер основан на практике с пациентами в системе оказания медицинской помощи или проверяет процессы высокого риска во всей организации (индивидуальные и системные).

5) *Ключевые показатели результативности* (англ. Key Performance Indicators, KPI) — показатели деятельности подразделения, которые помогают организации в достижении стратегических и тактических (операционных) целей. Показатели разработаны для измерения и мониторинга производительности и стабильности процессов, используемых при предоставлении услуг по уходу за пациентом.

6) *Бенчмаркинг* – это процесс оценки эффективности работы организации в сравнении с показателями другой организации.

7) *Анализ корневых причин* – процесс выявления основных или причинных факторов, лежащих в основе изменения производительности, включая возникновение или риск чрезвычайных событий. Синоним: анализ первопричин.

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
	Система менеджмента качества	Версия: 1	Страница: 4 из 18

8) *Риск* – вероятность инцидента/неблагоприятного события, которая возникает в определённый период времени или в результате специфической ситуации.

а) *Управление клиническими рисками* включает определение, планирование и выполнение действий по снижению рисков в области ухода и лечения. Клинический риск – это баланс между максимальными усилиями, которые можно приложить к распознаванию потенциальных ошибок во всех медицинских процедурах, и соответствием ожиданиям общества и пациентов в отношении технически и этически допустимых рисков.

б) *Управление финансовыми рисками* включает определение, планирование и выполнение действий по снижению рисков, ведущих к операционной неэффективности (низкой эффективности) и неблагоприятным финансовым исходам.

с) *Управление рисками здания* Поликлиники включает определение, планирование и выполнение действий по снижению рисков окружающей среды, здания и территории, коммунальных систем, оборудования и прочих неклинических и нефинансовых процессов, и систем.

9) *Инцидент (неблагоприятное событие)* – это ненормальное, необычное событие. Такое событие, не являющееся частью нормального функционирования деятельности, влияет или может повлиять на снижение качества оказываемых услуг, может привести к нежелательному исходу. Инциденты делятся на потенциальные ошибки, ошибки и чрезвычайные события.

10) *Потенциальная ошибка, почти ошибка* (англ. Near Miss) – это вид инцидента, когда ошибка чуть не случилась, была предотвращена, не свершилась. Другими словами, это событие, при котором ошибка была предотвращена, но при ее повторении, есть риск, что ее не заметят, и ошибка случится. Например, записана неправильная доза препарата врачом и при проверке назначения ошибка была замечена и исправлена, то есть предотвращено неправильное введение дозы препарата пациенту. Но есть риск, что в следующий раз неправильно написанное назначение может быть незамеченным и пациенту введут препарат не в той дозе. Поэтому почти ошибки также подлежат сообщению и разбору, как и ошибки.

11) *Ошибка* (англ. Error) – 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.

12) *Экстремальное событие* (англ. **Sentinel Event**) – неожиданное происшествие, повлекшее за собой смерть, серьёзную физическую или физиологическую травму. Серьёзная физическая травма включает потерю конечности или утрату функции. Такие события называются экстремальными,



потому что они указывают на необходимость немедленного расследования и принятия мер. В Поликлинике к таким событиям относятся:

- а) неожиданная смерть, включая, но, не ограничиваясь следующим:
 - смерть, не связанная с естественным течением болезни пациента или его состоянием;
 - суицид.
- б) серьезная постоянная потеря функции системы организма, органа или конечности не связанная с естественным течением болезни пациента или его состоянием;
- с) значительные побочные эффекты на лекарственные средства;
- д) изнасилование, насилие на рабочем месте, например, нападение (приведшее к смерти или постоянной потере функции организма, органа или конечности); убийство (намеренное) пациента, члена персонала, врача или поставщиков на территории Поликлиники.

13) *Культура безопасности* – морально-этическая и не карательная обстановка в коллективе (корпоративный дух), при которой безопасность пациента ставятся выше профессиональной солидарности, а информирование медицинским персоналом об инцидентах, с целью их анализа и предотвращению в будущем, становится повседневной практикой.

14) Важно отметить, что термин «*экстремальное событие*» и «*медицинская ошибка*» не является синонимами. Не все ошибки приводят к экстремальным событиям, и не все экстремальные события происходят только в результате медицинской ошибки. Определенные события как экстремального также не подразумевают юридическую ответственность.

4. Область применения и интеграция


1) Программа является обязательной для выполнения всеми сотрудниками Поликлиники, и сотрудниками внешних контрактных организаций, оказывающих услуги Поликлинике, а также вовлекает пациентов, членов семьи, посетителей.

2) Программа предусматривает интеграцию всех компонентов и участников:

а) междисциплинарный подход с участием структурных подразделений и дисциплин, и не рассматривается как исключительная сфера деятельности какого-то одного направления работы или одного подразделения;

б) взаимосвязь и координацию между различными внешними и внутренними нормативными документами, и мероприятиями по их выполнению;

с) постоянное совершенствование работы каждого сотрудника и его/ее вклада в формирование благоприятной не карательной рабочей обстановки, культуры безопасности;

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
	Система менеджмента качества	Версия: 1	Страница: 6 из 18

d) применение методологии улучшения качества работы в соответствии с потребностями пациентов, сотрудников и действующей системой менеджмента качества.

e) преимущество системного подхода вместо временного точечного решения;

f) все этапы менеджмента качества: планирование, дизайн, измерение, мониторинг исполнения, оценку мероприятий и их улучшение.

g) связь с Программой по безопасности зданий.

h) связь с Программой инфекционного контроля для реализации мер, которые важны с эпидемиологической точки зрения для Поликлиники.

i) связь с программой лабораторной и радиационной безопасности.

3) Поток информации о качестве и безопасности пациента проходит снизу-вверх (от сотрудников к руководству) и сверху вниз (от руководства к сотрудникам) по всей организации, путём включения руководителей всех структурных подразделений; устно через еженедельные общепольничные конференции и письменно через стенды, служебные письма (см. Приложение 1).

5. Миссия, видение и ценности

В Поликлинике миссия, видение, стратегические планы и приоритеты по улучшению качества взаимосвязаны между собой и выполняются посредством систематического процесса планирования, реализации, оценки и улучшения работы.

Миссия: Укрепление здоровья прикрепленного населения и оказание качественной медицинской помощи. Тіркелген халықтың денсаулығын нығайту және сапалы медициналық көмек көрсету


Видение: Становление аккредитованным, высокоспециализированным, ведущим медицинским центром обеспечивающей конкурентоспособность на республиканском уровне по предоставлению первичной медико-социальной помощи.

Көздегеніміз: Алғашқы медициналық-элеуметтік көмек көрсету бойынша республикалық деңгейде бәсекеге қабілеттілікті қамтамасыз ететін Шымкент қаласында аккредиттелген, жоғары мамандандырылған, жетекші медициналық орталық болу.

Цели: -внедрение новых политик и технологий профилактики болезней;
 -внедрение интегрированного управления заболеваниями;
 -качественное лекарственное обеспечение;
 -выполнение скрининговых программ с лечебными мероприятиями;
 -обеспечение преемственности различных этапов ведения больных

Мақсатымыз: Азаматтардың денсаулығын нығайту, Тегін медициналық көмектің кепілдік көлемі (ТМККК) шеңберінде, профилактикалық, диагностикалық және емдік қызметтерді қоса алғанда, қолжетімді, сапалы, тұрғындарға қауіпсіз,

Запрещается несанкционированное ксерокопирование документа

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
		Система менеджмента качества	Версия: 1

элеуметтік бағыттағы БМСК-ны басымдылықпен жетілдіру негізделген бастапқы мамандандырылған медициналық – санитарлық көмек көрсету

6. Принципы программы

Программа основана на следующих принципах:

1) *Фокус на сотрудниках:* Суть любого постоянного совершенствования системы организации — это фокусирование внимания на своих сотрудниках, как штатных, так и внештатных. Согласно исследованиям, любая система, по сути, получает глубокие знания от понимания своих сотрудников. Далее это понимание может быть использовано для улучшения качества системы и услуг с целью более полного удовлетворения потребностей и ожиданий.

2) *Системный подход:* Сотрудники должны понять, что организация состоит из взаимозависимых частей (подразделений) с одинаковой миссией – удовлетворение потребностей и ожиданий своих клиентов. Поликлиника стремится оптимизировать всю работу целиком, а не работоспособность отдельных ее подразделений. Поликлиника поддерживает и контролирует свои процессы, ресурсы (технологии, людей, ценности) для непрерывного улучшения качества. Руководство должно знать, направлять и обучать сотрудников, как лучше взаимодействовать подразделениям для достижения общей цели.


3) *Управление на основе данных:* В постоянно совершенствующейся организации решения основаны на знаниях, имеющих подтверждение фактов и данных, а также обусловлено пониманием происходящих изменений и статистических размышлений.

4) *Работа в команде:* Поликлиника отдаёт предпочтение коллективным решениям, нежели отдельно взятым мнениям. Привлекая таланты и навыки всех сотрудников, формируется более сильная и эффективная система управления в целом, и система менеджмента качества.

5) *Постоянное обучение:* В постоянно совершенствующейся системе развивается культура, в которой ее люди постоянно стремятся учиться, получать знания и адаптироваться к изменяющимся потребностям и окружающей среде. Поликлиника делает доступными ресурсы для обучения и опирается на знания и опыт своих сотрудников, чтобы улучшить работу и услуги. Это позволяет сотрудникам учиться на собственном опыте, на опыте других организаций и на основе доказательной базы. Поликлиника стремится поддерживать эффективные механизмы обратной связи с сотрудниками, чтобы поддерживать постоянное совершенствование.

6) *Сотрудничество и взаимоуважение:* Сотрудники Поликлиники проявляют взаимное уважение к достоинству, знаниям и потенциальному вкладу других. Система привлекает каждого участника в улучшение процессов, в которых они работают, и создаёт среду, в которой сотрудники могут быть новаторами и чувствовать удовлетворение от своей работы.

Запрещается несанкционированное ксерокопирование документа

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
		Система менеджмента качества	Версия: 1

7. Определение приоритетов

1) Стратегический план развития Поликлиники составляется коллективно с вовлечением различных подразделений и междисциплинарных команд, согласовывается Наблюдательным Советом и утверждается Руководителем Поликлиники.

2) Для выполнения Стратегического Плана развития Поликлиники ежегодно составляется операционный план Поликлиники, где определяются приоритетные мероприятия на год. Для оценки выполнения мероприятий также определяются индикаторы (показатели работы).

3) В Поликлинике ежеквартально проводится мониторинг выполнения Операционного плана.

4) Согласно результатам оценки выполнения операционного плана Поликлиники за предыдущий год, руководством коллективно вырабатываются стратегические приоритеты работы на следующий год, которые должны быть поддержаны в организации в дальнейшей работе. Приоритетов должно быть немного, но при их успешной реализации они должны обеспечить эффективную деятельность всей организации.

5) На каждую цель ежегодно в Операционном плане определяются приоритетные мероприятия.

6) Отчёты об исполнении годового Операционного плана рассматриваются сначала руководством Поликлиники, затем обсуждаются на заседании Наблюдательного Совета.

7) Наблюдательный Совет и руководство Поликлиники, по результатам исполнения операционного плана, принимают меры, которые доводятся до сведения сотрудников в виде протокольных поручений.

8) Исполнение мероприятий и индикаторов деятельности в Операционном плане контролируют Наблюдательный Совет и руководство Поликлиники.

9) Руководство Поликлиники также определяют области высокого риска, в которых должны быть внедрены индикаторы в клинических, управленческих областях, по международным целям безопасности пациента и др. ключевые показатели результативности по требованию национальных стандартов аккредитации (см. Правила по разработке и сбору индикаторов качества). Мониторинг этих индикаторов ежемесячно проводит Служба поддержки пациента и внутренней экспертизы и ежеквартально докладывает на заседании Поликлиники по заслушиванию отчетов.

10) Перераспределение приоритетов в организации основывается на:

- a) изменении основных групп пациентов;
- b) потребности новых служб или подразделений;

Запрещается несанкционированное ксерокопирование документа



с) оперативных возможностях для улучшения, в том числе, при обнаружении неэффективности деятельности с целью повышения производительности работы.

11) Также приоритеты работы и индикаторы определяются на уровне подразделений согласно потребностям подразделения и приоритетам организации.

8. Культура безопасности

1) признание природы высокого риска в деятельности Поликлиники и решение последовательно приходить к безопасной деятельности;

2) создание не карательной системы, условий, в которых сотрудники могут сообщить об инциденте, медицинских ошибках, потенциальных медицинских ошибках, экстремальных событиях, случившихся в Поликлинике, в том числе внутри структурного 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 предупреждения подобных происшествий в будущем проводится анализ корневых причин, и принимаются меры системного характера;

4) выполнение действий, направленных на создание культуры безопасности, ответственности и транспарентности (прозрачности);

5) поддержание Кодекса деловой этики Поликлиники и коррекция неприемлемого поведения и поступков;

6) предоставление обучения и информации сотрудникам (литература, лекции) по вопросам культуры безопасности, доступные каждому сотруднику;

7) определение, выявление и анализ проблем, связанных с культурой безопасности;

8) предоставление ресурсов для усиления и поддержания культуры безопасности в Поликлинике;

9) создание простой, доступной и конфиденциальной системы сообщения о проблемах, связанных с культурой безопасности (Отчёты об инциденте, см. Правила управления инцидентами и коммуникации с пациентами);

10) обеспечение своевременного расследования всех инцидентов;

11) выявление системных проблем, приведших к нежелательным последствиям, небезопасному поведению;

12) мониторинг, оценка культуры безопасности (измерение через анкетирование персонала по «культуре безопасности») и внедрение улучшений на основе оценки;

13) защита сотрудников, приверженных культуре безопасности и сообщающих об инцидентах.



9. Структура управления качеством

I. Руководство и Наблюдательный Совет Поликлиники:

1) Наблюдательный Совет Поликлиники ежегодно не позднее 28 февраля принимают отчёт Поликлиники об исполнении настоящей Программы за прошедший календарный год и, при необходимости, принимает меры по улучшению качества ухода и лечения и повышению безопасности пациента.

2) Наблюдательный Совет делегирует руководству Поликлиники ответственность за надзор всех мероприятий по улучшению качества и безопасности пациентов, включая внедрение настоящей Программы.

3) В области улучшения качества руководство Поликлиники рассматривает и определяет:

- a) приоритетные мероприятия по повышению качества и безопасности пациента;
- b) индикаторы операционного плана;
- 4) индикаторы качества в клинических, управленческих областях и по международным целям безопасности пациента;
- 5) отчёты статистического отдела по анкетированию пациентов;
- c) распределение ресурсов для поддержки повышения производительности;
- d) другие сведения по улучшению качества и безопасности пациентов.

II. Заслушивание отчетов

1) Для повышения эффективности, постоянный мониторинг выполнения настоящей Программы Руководитель Поликлиники проводит заседание, где рассматривает или определяет:

a) приоритетные мероприятия по повышению качества и безопасности пациента по своей инициативе или инициативе сотрудников, включённые в повестку заседания, сроки и ожидаемые результаты.

b) индикаторы качества услуг внешних компаний (аутсорсинг и др.) и оценка внешних поставщиков услуг по исполнению договоров;

c) отчёты по инцидентам (статистика, анализ корневых причин, принятые меры по улучшению);


d) отчёты по анализу корневых причин экстремальных (sentinel event);

e) отчёты по аудиту медицинских карт на соответствие требованиям клинических протоколов, в т.ч. стандартизация записей, кодов по МКБ и разрешённых аббревиатур;

f) отчёты по анализу жалоб пациентов;

g) отчёты по анализу анкет удовлетворённости пациентов Поликлиники;

h) отчёты Комиссий Поликлиники, в т.ч. членов Комиссии по безопасности по мониторингу Программы по безопасности здания и оборудования, членов Комиссии по инфекционному контролю по мониторингу Программы по инфекционному

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
		Версия: 1	Страница: 11 из 18

контролю (в т.ч. показатели эпидемиологического надзора и сравнение с другими организациями, РК); членов Формулярной комиссии по управлению лекарственными средствами и др.

- i) отчёты об оценке деятельности структурных подразделений Поликлиники в составе интегрированного отчёта члена руководства Поликлиники;
- j) отдаёт предпочтение системному подходу в решении проблем;
- k) другие сведения по улучшению качества и безопасности пациентов.

III. Комиссии Поликлиники

1) состоят из мультидисциплинарных команд с участием врачей, медицинских сестёр и другого персонала;

2) обеспечивают реализацию мероприятий по повышению качества клинических услуг (анализ случаев, выработка рекомендаций и решений);

3) распределяют ответственность по разработке и пересмотру внутренних правил и клинических протоколов лечения, которые влияют на качество медицинской помощи;

4) распределяют ответственность по контролю за выполнением внешних и внутренних нормативных документов;

5) по мере необходимости ведут систематический обзор привилегий и компетенций медицинского персонала.

IV. Клинический и неклинический персонал

1) придерживаются миссии, ценностей Поликлиники, принципов настоящей Программы и других документов Поликлиники;

2) принимают участие в мероприятиях по повышению качества;


3) сообщают своим непосредственным руководителям о возможностях повышения качества и безопасности по мере их выявления.

V. Роль пациентов

1) Пациенты требуют гарантии безопасности, эффективности и соответствия медицинских услуг. Так как широкая общественность становится все более осведомлённой о предоставлении медицинской помощи, пациенты выражают желание активно участвовать в этом процессе. Необходимо активно вовлекать пациентов и их родственников в процесс принятия решений о лечении и уходе, в обучение, улучшение системы отчётности об инцидентах.

2) Пациенты, потенциальные клиенты (население) имеют доступ к информации об оказываемых услугах, их качестве и другие интересующие сведения через сайт Поликлиники и другие источники информации (бумажные – стенды, вывески, брошюры).

Запрещается несанкционированное ксерокопирование документа

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
	Система менеджмента качества	Версия: 1	Страница: 12 из 18

10. Методология

1) Для постоянного системного совершенствования нужно применять признанные, рекомендованные методологии улучшения качества, преимущества которых включают:

- постоянное совершенствование;
- улучшение качества труда;
- снижение или удержание затрат;
- улучшение коммуникации и координации.


2) Для эффективной работы Поликлиники, постоянного общесистемного совершенствования требуется структурированный цикл самосовершенствования с целью улучшения рабочих процессов. Научиться решать проблемы и эффективно управлять процессами – один из наиболее достойных преимуществ по улучшению своей деятельности. Эти преимущества включают в себя:

- постоянное усовершенствование;
- улучшение качества труда;
- улучшение качества (с понижением или сохранением затрат);
- улучшение коммуникаций и координирования.

3) FOCUS PDCA является систематическим методом для улучшения процессов:

F	(Find) Найти процесс для улучшения
O	(Organize) Организовать команду для идентификации потребностей сотрудников
C	(Clarify) Прояснить текущие знания о процессе
U	(Understand) Понять истоки процесса изменений
S	(Select) Выбрать процесс для улучшения
P	(Plan) Планировать улучшения процесса и вести мониторинг данных
D	(Do) Улучшать процесс и осуществлять сбор данных для оценки влияния изменений.
C	(Check) Проверять результаты / изучать данные
A	(Act) Действовать так, чтобы сохранить выгоду и продолжать совершенствовать процесс

1 этап – План. На этом начальном этапе производится выявление и описание объема и масштаба проблемы. Эта фаза также включает в себя установку целей или миссий для проекта/процесса. Она включает в себя первоначальный сбор данных и для процесса клинического улучшения, включает обзор литературы в качестве основы для изменений.

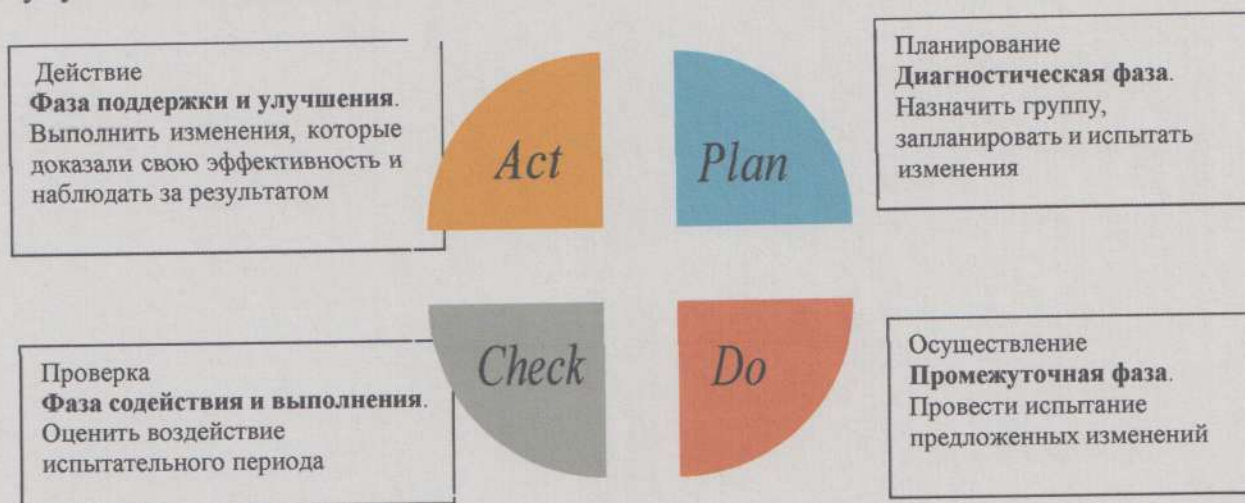
	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: <i>СОП</i>	
		Система менеджмента качества	Версия: 1

2 этап – Действие. Решения и попытки выполнения нескольких вмешательств, которые могут уменьшить проблемы (этап Вмешательства).

3 этап – Исследование. Осуществление и оценка вмешательств(а) (этап воздействия и осуществления).

4 этап – Реализация. Повторная оценка и непрерывный мониторинг для гарантирования эффективности вмешательств (этап поддержки и усовершенствования).

4) Все структурные подразделения Поликлиники должны проводить внутреннюю работу по улучшению качества, используя FOCUS PDCA, особенно, если встречаются системные проблемы, новые процессы или плановая работа по улучшению качества.




5) В Поликлинике ретроспективной методологией анализа инцидентов является «Анализ корневых причин (RCA)». Все экстремальные события (sentinel event) подлежат анализу корневых причин в течение 15 дней после инцидента с последующим принятием системных мер по улучшению качества и безопасности пациента (см. Правила управления экстремальными событиями).

6) В Поликлинике проспективной (проактивной) методологией анализа рисков является «Оценка рисков и их последствий (FMEA)». Поликлиника ежегодно определяет процесс высокого риска и проводит анализ по методологии FMEA.

7) В ходе выполнения настоящей Программы рекомендуется дополнительно внедрять другие методологии улучшения качества.

11. Обучение персонала, пациентов и их семей

1) Обучение – главный процесс самосовершенствования и безопасности.

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
		Система менеджмента качества	Версия: 1

2) Сотрудники Поликлиники информируют, и обучают пациентов их правам и обязанностям, подготовке к лечебно-диагностическим мероприятиям, правилам сдачи биоматериалов для лаборатории, общему режиму во время и после лечебно-диагностических процедур, приему лекарств вовремя, до и после лечебно-диагностических процедур, уходу и питанию на дому.

3) Руководство Поликлиники заинтересовано в непрерывном процессе обучения своих сотрудников на базе доказательной медицины. Сотрудники Поликлиники имеют возможность получать опыт диагностики и лечения, проходя краткосрочное и долгосрочное обучение внутри или за пределами Республики Казахстан, а также участвуя в международных семинарах и конференциях.

4) Обучение сотрудников внутри Поликлиники проводится в различных форматах: в виде лекций и презентаций на общих собраниях, обучающих мероприятий, семинаров, в виде устного обучения в небольших группах непосредственно в структурном подразделении, в письменном виде через правила, памятки.

5) Обучение методологии улучшения качества проводится ежегодно для руководства Поликлиники, для руководителей структурных подразделений, и др. работников Поликлиники по усмотрению руководства.

6) Руководство предоставляет сотрудникам необходимые ресурсы для обучения.

7) Также существует внутренняя система тренингов и трейсеров, проводимая руководителями структурных подразделений Поликлиники, инженером ГО и ЧС, медсестрой инфекционного контроля, которая также необходима для внутреннего системного обучения сотрудников Поликлиники.


12. Конфиденциальность информации

1) Доступ к информации Поликлиники является ограниченным и доступен только для лиц, которые имеют необходимость и специальное разрешение к ней с целью безопасности и повышения производительности. Эта информация может включать клиническую, финансовую, административную информацию.

2) В Поликлинике определены уровни защиты доступа к информации (см. Правила по информационной безопасности.).

13. Система отчётности

Запрещается несанкционированное ксерокопирование документа

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
	Система менеджмента качества	Версия: 1	Страница: 15 из 18

1) Механизмы отчётности состоят из систематического обмена информацией и обратной связи, связанных с наблюдением, анализом данных и улучшением конкретных процессов и результатов между Наблюдательным Советом и руководством Поликлиники, и другими Комиссиями Поликлиники, клиническим и неклиническим персоналом, пациентами, внешними поставщиками услуг (см. Приложение 1).

2) Не реже, чем раз в квартал Наблюдательный Совет получает отчёты от Поликлиники о выполнении настоящей программы. При необходимости, Наблюдательный Совет принимает меры по результатам исполнения настоящей программы.

3) Наблюдательный Совет на ежеквартальной основе получает отчёт по произошедшим экстремальным событиям и проведённому анализу корневых причин, об информировании пациента и его семьи, о действиях, принятых по улучшению безопасности после происшествия. Также представляется информация о устойчивости улучшений, которые были приняты после анализа корневых причин.

4) Индикаторы деятельности сообщаются в соответствии с установленными правилами Поликлиники и сроками согласно Правил по разработке и сбору индикаторов качества.

5) СППиВЭ работы несёт ответственность за координацию сбора данных, валидацию, анализ данных и передачу совокупных (агрегированных) данных по индикаторам качества в соответствующие комиссии, отделения и отделы.

6) СППиВЭ после согласования с подразделениями и завершения проведения анализа, обзора и рекомендаций, предоставляет отчёты по индикаторам качества и другие данные.

7) СППиВЭ и после согласования с подразделениями и завершения проведения анализа, обзора и рекомендаций, предоставляет руководству Поликлиники и Наблюдательному Совету отчёты по индикаторам годового операционного плана Поликлиники.

14. Оценка программы


1) Настоящая Программа оценивается ежегодно. Проект оценки программы готовит заместитель главного врача.

2) Для постоянного системного совершенствования оценка включает анализ и пересмотр разделов Программы, в т.ч.:

а) пересмотр применяемых методологий улучшения качества (рекомендуется внедрять новые методологии);

б) пересмотр приоритетов работы по улучшению качества;

Запрещается несанкционированное ксерокопирование документа

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
	Система менеджмента качества	Версия: 1	Страница: 16 из 18

- с) обзор выполнения Программы за предыдущий год;
- д) определение приоритетов и зон риска для мониторинга с помощью индикаторов на следующий год.
- 3) Наблюдательный Совет Поликлиники делегировал полномочия утверждения Программы Руководителю Поликлиники.

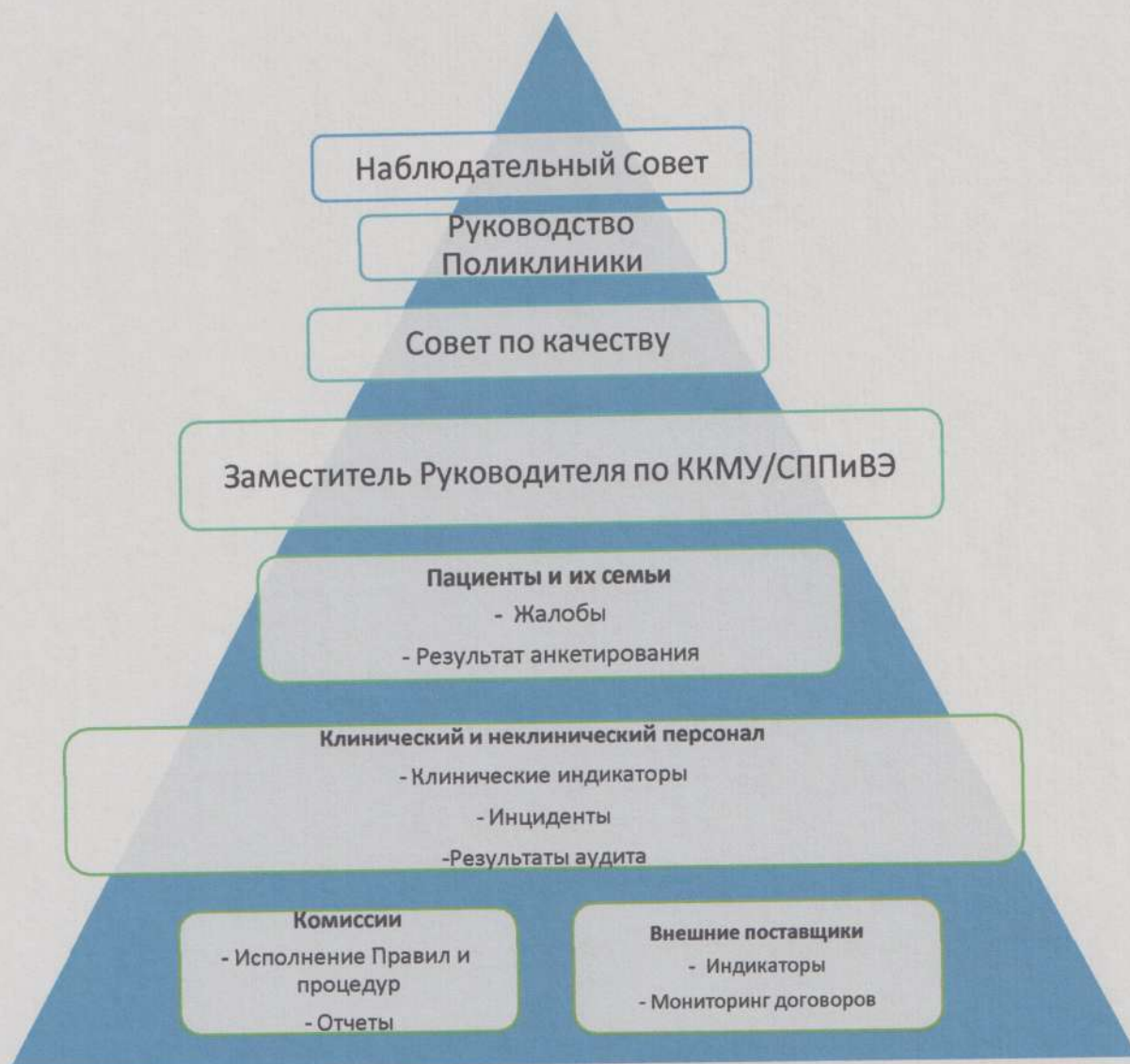
15. Нормативные ссылки

- 1) Кодекс Республики Казахстан от 7 июля 2020 года № 360-VI ЗРК «О здоровье народа и системе здравоохранения».
- 2) Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 ноября 2021 года № ҚР ДСМ - 111 «Об утверждении стандартов аккредитации медицинских организаций».
- 3) Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 3 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-230/2020 «Об утверждении Правил организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг».
- 4) Программа по безопасности зданий.
- 5) Программа по инфекционному контролю.

1. Указание условия пересмотра СОП: Пересмотр СОП проводится 1 раз в 3 года или при появлении новых требований.

Приложение 1

Структура отчётности и информационного потока по улучшению качества и безопасности



Лист регистрации изменений

№	№ раздела, пункта стандарта, в которое внесено изменение	Дата внесения изменения	ФИО лица, внесшего изменения

