



ГКП на ПХВ
"Ленгерская городская поликлиника"
УЗ Туркестанской области

Тип документа:
СОП

Система менеджмента качества

Версия:


1

Страница:

1 из 11


Наименование структурного подразделения:	Все структурные подразделения		
Названия документа:	СОП «Правила по разработке и сбору индикаторов качества»		
Утвержден:	Руководитель ГКП на ПХВ «Л ЛП» Чалкаров А.Б.		
Дата утверждения:			
Разработчик:	Должность	Ф.И.О.	Подпись
	Заместитель гл.врача по контролю качества мед.услуг Врач эксперт	Рысбаев С.	
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 № _____	04 /01 _____ / 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

СОП «Правила по разработке, сбору и анализу индикаторов»

- 1. Цель:** Обеспечение разработки, сбора и анализа индикаторов качества медицинской помощи, отражающих клиническую и неклиническую деятельность ГКП на ПХВ «Ленгерская Городская поликлиника» (далее – ЛГП) и деятельность поставщиков услуг, переданных в аутсорсинг.
- 1. 2. Область применения:** Все структурные подразделения ЛГП и поставщики услуг, переданных в аутсорсинг.
- 2. 3. Ответственность:** Служба внутреннего аудита, руководители структурных подразделений ЛГП, сотрудники ответственные за контроль работы поставщиков услуг, отданных в аутсорсинг.
- 3. 4. Определения:**
- 1) *Индикатор* качества медицинской помощи, также именуемый как *ключевой показатель результативности (КПР)* – это количественный показатель, отражающий структуру, процесс или результат оказания медицинской помощи.
 - 2) *Аутсорсинг* – передача организацией на основании договора определённых бизнес-процессов или производственных функций на обслуживание другой компании, специализирующейся в соответствующей области.
 - 3) *Клинические индикаторы/процессы* – это то, какие услуги предоставляют врачи, и как на это реагируют пациенты (последовательность диагностических и терапевтических вмешательств), примеры:
 - оценка состояния пациента;
 - планирование лечения;
 - предоставление лечения и процедур;
 - упорядочивание анализов и их интерпретация;
 - администрирование лекарств;
 - технические аспекты клинических процедур;
 - управление осложнениями;
 - обучение пациента и семьи;
 - 1) *Административные и управленческие процессы* – мероприятия, проводимые в системах Управления и Менеджмента организации, например:
 - применение медицинской информационной системы;
 - управление человеческими ресурсами;
 - закупки;
 - финансовый менеджмент и расчет заработной платы;
 - управление контрактами.
- 4. Ресурсы:** показатели по утвержденным индикаторам качества.
- 5. Документирование:**
- 1) Анализ или отчет по показателям индикаторов качества (за определенный отчетный период, например, ежеквартальный или годовой)

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

2) Протокол заседания (например, Совета по качеству), где был представлен Отчет по показателям индикаторов качества за отчетный период.

6. Описание Правил.

1) Качественная система мониторинга имеет ряд общих характеристик:

Простота. Система должна напрямую и наиболее простым способом продуцировать все необходимые данные. Бланки для записей и сбора данных должны быть просты для понимания и заполнения, не нужно отнимать у персонала время на ввод повторяющейся информации. Это особенно важно, если ресурсы ограничены, а сотрудники выполняют множество других обязанностей.

Гибкость. Система должна легко меняться, особенно в том случае, если текущая оценка показывает, что изменения необходимы или желательны. Например, может появиться необходимость добавить информацию о другом виде регистрируемых медицинских услуг либо изменить целевую выборку, чтобы охватить определенный тип заболеваний.

Приемлемость для участников. Система будет работать в том случае, если люди желают принимать в ней участие. Вовлечение персонала в разработку, оценку и модификацию бланков для сбора данных позволит придать им уверенность в том, что бланки просты для заполнения, а их цель понятна. Важно убедиться в том, что конечные пользователи получают нужные им результаты, которые всегда открыты для комментариев и предложений по улучшению.

Надежность. Все пользователи данных, продуцируемых системой мониторинга, должны быть абсолютно уверены в точности этих данных.

Практичность. Система должна быть практичной и доступной. Не нужно создавать лишнюю нагрузку на персонал и бюджет организации.


Устойчивость. Система должна функционировать при минимуме затрачиваемых усилий, легко поддерживаться и обновляться, продолжая служить своим целям с момента ее организации.

Своевременность. Система должна продуцировать по необходимости самую современную информацию.

Безопасность и конфиденциальность. Это две важнейшие черты системы мониторинга. Записи индивидуальных случаев должны храниться в полной тайне. Отчеты по наблюдениям не должны содержать личной информации. Более того, система не должна раскрывать личную информацию, информацию сомнительного или запугивающего характера, навешивать «ярлыки» на профессии людей или их взаимоотношения.

2) Индикаторы (КПР) могут отражать структуру, процесс и результаты лечения:

- индикаторы **структуры** помогают определить возможности подразделения оказать высококачественную медицинскую помощь;
- индикаторы **процесса** являются, как правило, стандартами лечения;

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
	Система менеджмента качества	Версия: 1	Страница: 4 из 11

– индикаторы **результата** отражают конечную результативность медицинской помощи. Причем, последнюю группу индикаторов можно разделить на показатели, отражающие медицинскую, экономическую и социальную результативность.

3) Разработанные индикаторы должны удовлетворять следующим условиям:

- индикатор должен служить для измерения именно того явления или показателя, которое он отражает по своему определению;
- индикатор должен прямо и точно отражать происходящие изменения;
- уменьшение или увеличение индикатора однозначно должно свидетельствовать об улучшении или ухудшении исследуемого показателя;
- индикатор должен измерять факторы, отражающие поставленные цели (релевантность);
- индикатор изменяется в зависимости от территории, группы, а также во времени;
- индикатор должен быть чувствительным к изменениям в политике, программах и организациях;
- значение индикатора не подвержено изменениям посторонними факторами;
- индикатором нельзя манипулировать для отражения несуществующих достижений;
- индикатор должен быть доступным для отслеживания с течением времени;
- для отслеживания индикатора не требуется существенных затрат.


4) Разработка индикаторов (далее - КИР).

Функции структурного подразделения в разработке и сборе индикаторов:

- выбирает области для улучшения своей деятельности;
- разрабатывает индикаторы, которые помогут мониторировать интересующую область для улучшения;
- ведет мониторинг по индикаторам;
- сравнивает полученные данные с пороговым значением;
- проводит анализ данных;
- разрабатывает меры по улучшению;
- ежемесячно передает данные по индикаторам в Службу внутреннего аудита, которая отвечает за свод показателей КИР (далее – СВА).

Функции СВА:

- разрабатывает общие для всей организации (мониторирующие деятельность нескольким подразделений) индикаторы в соответствии со стандартами JCI и национальными стандартами аккредитации;
- осуществляет ежемесячный сбор и свод (мониторинг) индикаторов структурных подразделений;
- осуществляет анализ индикаторов;
- составляет проект мероприятий или плана по улучшению качества;

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
	Система менеджмента качества	Версия: 1	Страница: 5 из 11

– ежемесячно проводит мониторинг и анализ КИР, разрабатывает совместно со структурными подразделениями план по улучшению качества, представляет отчет Руководству;

– ежеквартально докладывает информацию по индикаторам на Совете по качеству.

Функции Совета по качеству:

– обсуждение, рекомендации;

– утверждение плана по улучшению;

– представление предложений Первому руководителю ЛГП .

Индикаторы должны подбираться таким образом, чтобы путем их сбора можно было бы лучше определить проблему, оценить эффект, то есть улучшить деятельность в интересующей области.

Индикаторы должны определяться для каждого конкретного подразделения или ЛГП в целом и учитывать специфику обслуживаемого контингента и т.д.

5) Процедура разработки, внедрения, сбора и анализа индикаторов (КИР)

Функцией структурного подразделения в разработке, внедрении, сборе и анализе индикаторов является:

Определение ответственных лиц или группы лиц за улучшение качества в структурном подразделении. Ответственность несет руководитель подразделения, который вправе перераспределить ответственность среди других сотрудников подразделения за определенные разделы обеспечения КИР (например, определение индикаторов, порядок сбора данных и т.д.).

Выбор области (направления) для улучшения своей деятельности исходя из объемов выполняемой в подразделении лечебно-диагностической работы: характеристика обслуживаемых пациентов, количество персонала, имеющееся в распоряжении оборудование и лекарственные средства и изделия медицинского назначения.

Разработка индикаторов, которые помогут мониторить интересующую область (направление) для улучшения.

«Внешний» индикатор, требующий мониторинга со стороны, данные по нему сдают до 5 числа следующего месяца в СВА.

Определение индикатора (КИР) для данного подразделения с указанием (паспорт индикатора):

– названия индикатора со ссылкой на стандарт (национальной аккредитации и/или JCI);

– единица измерения;

– тип: индикатор процесса, структуры или результата;

– сфера мониторинга;

– ответственное за сбор подразделение;

– метод сбора данных;

– частота сбора;



ГКП на ПХВ
"Ленгерская городская поликлиника"
УЗ Туркестанской области

Тип документа:
СОП

Система менеджмента качества

Версия:

1

Страница:

6 из 11

- источник информации;
- формула расчета;
- пороговое значение индикаторов, достижение которых требует глубокого анализа причин не достижения и принятия мер по улучшению;
- проведение анализа данных путем сравнения полученных данных с пороговыми значениями;
- если пороговое значение КИР достигнуто, уровень оказания медицинской помощи признается качественным;
- если не удается достичь порога, заинтересованное подразделение в расширенном составе (с привлечением руководителей, СВА) проводит углубленный анализ причин (оценка структуры, процесса и результата);
- исполнение Плана корректирующих мер (далее – План) и предоставление отчета об исполнении в СВА в сроки, указанные в Плане.

Помимо «внешних» индикаторов, которые подразделение сдает в СВА, подразделение может вести мониторинг по «внутренним» индикаторам (например, индивидуальным для данного подразделения), которые контролирует руководитель подразделения:

- проводится анализ показателей;
- разрабатываются меры улучшения качества по данным внутренних КИР на уровне подразделения;
- ведется специальная документация в подразделении «Внутренние индикаторы подразделения»;
- ежемесячно информация по показателям индикаторов представляется на стендах подразделения, а также показатели могут быть представлены на утренних собраниях с участием Руководства ЛГП.

Функции СВА:

- осуществление методологической помощи структурным подразделениям в выборе, разработке индикаторов;
- разработка общих для всей организации (мониторирующие деятельность нескольких подразделений) «внешних» индикаторов в соответствии со стандартами JCI и национальными стандартами аккредитации, обеспечение их утверждения, внедрения;
- осуществление ежемесячного сбора и свода (мониторинга) «внешних» индикаторов структурных подразделений;
- осуществление анализа «внешних» индикаторов;
- проведение валидации данных (см. Правила валидации данных ЛГП);
- проведение внутреннего и внешнего бенчмаркинга;
- по результатам анализа причин разработка Плана корректирующих мероприятий, направленных на улучшение и устранение недостатков. Информация о достигнутых и не достигнутых порогах КИР, а также План мероприятий



ГКП на ПХВ
"Ленгерская городская поликлиника"
УЗ Туркестанской области

Тип документа:
СОП

Система менеджмента качества

Версия:

1

Страница:

7 из 11

доводятся до сведения соответствующих руководителей служб, ответственных за обеспечение качества в проблемной области;

- ежеквартально или чаще представление информации по индикаторам и по Плану корректирующих мероприятий на Совете по качеству;
- мониторинг исполнения Плана корректирующих мероприятий и ежеквартальное представление отчета на Совете по качеству.

Оценка эффективности принятых мер проводится до тех пор, пока не будет зафиксировано улучшение. Если заданные пороги КПр не достигнуты на протяжении достаточно длительного периода, необходимо определить основные причины этого и возможности для улучшения.

Функции Совета по качеству:

- прием отчета СВА по индикаторам;
- изучение индикаторов и рекомендаций по улучшению;
- обсуждение Плана корректирующих мероприятий;
- направление предложений на утверждение отчета по индикаторам и Плана корректирующих мероприятий;
- контроль за исполнением Плана корректирующих мероприятий.

Совет по качеству может принять одно из следующих решений:

проводить мониторинг этих индикаторов реже по частоте;

изменить пороговые значения индикаторов;

провести анализ объективности сбора и расчета показателей;

- представлять предложения Руководству ЛПП по стимулированию сотрудников за достижения в области качества.

Функции Руководства ЛПП :

- обсуждение и принятие решений по анализу индикаторов;
- утверждение Плана корректирующих мероприятий по индикаторам;
- обсуждение и принятие решений по предложениям Совета по качеству;
- контроль за исполнением утвержденного Плана корректирующих мероприятий по индикаторам.

б) Процедура сбора данных

Специалисты с соответствующим опытом, знаниями и навыками, должны выполнять:

- анализ данных;
- проведение исследования;
- использование инструментов менеджмента качества.

Анализ данных:

- данные объединяются, анализируются и преобразуются в полезную информацию;
- в процессе участвуют специалисты с соответствующим клиническим и управленческим опытом, знаниями и навыками;



ГКП на ПХВ
"Ленгерская городская поликлиника"
УЗ Туркестанской области

Тип документа:
СОП

Система менеджмента качества

Версия:

1

Страница:

8 из 11

- при необходимости статистические инструменты и методы используются в процессе анализа.

Частота анализа данных:

- соответствует процессу в стадии исследования;
- соответствует требованиям организации.

Группирование данных:

- суммировать данные за период их сбора;
- определить инструмент сбора данных для облегчения подведения итогов по результатам;
- произвести расчёт результатов;
- сравнить результаты данных в течение определенного времени для анализа тенденций и системного анализа;
- выполнить анализ результатов для толкования изменения параметров процесса.

Частота сбора данных:

Должна сопоставлять индикатор и показатели клинической и неклинической деятельности организации.

Группирование данных должно сопоставлять объем выборки представительного выбора для достоверных результатов.

Частота сбора данных «внешних» индикаторов:

- ежемесячный сбор данных со структурных подразделений в СВА;
- ежеквартальный отчет по «внешним» индикаторам на Совете по качеству;
- годовой отчет по индикаторам на Совете по качеству.

7) Регулирующие целевые показатели или использование сравнительного анализа (бенчмаркинг):

- использование внутренних рабочих характеристик;
- сравнение с базовыми рабочими характеристиками;
- сравнение в течение определенного периода;
- внутри организаций скорой медицинской помощи в системе;
- внешний сравнительный анализ;
- доказательная литература;
- региональные или международные базы данных.

8) Контроль качества услуг, переданных в аутсорсинг путем мониторинга индикаторов качества:

- индикаторы по мониторингу качества работы поставщиков услуг, отданных в аутсорсинг, определяются до начала работы поставщика услуг (в период заключения договора с поставщиком услуг);
- сбор и анализ данных по выбранным индикаторам проводит ответственный сотрудник ЛПП, который непосредственно работает с поставщиком услуг.
- ежеквартально ответственный сотрудник ЛПП представляет показатели по



ГКП на ПХВ
"Ленгерская городская поликлиника"
УЗ Туркестанской области

Тип документа:
СОП

Система менеджмента качества

Версия:

1

Страница:

9 из 11

индикаторам в СВА и на заседание Совета по качеству;

- при несоответствии работы поставщика услуг (недостижении порогового значения) ЛГП имеет право предпринять меры, предусмотренные в договоре с поставщиком услуг (например, расторгнуть договорные отношения или иное, предусмотренное условиями договора);
- показатели индикаторов учитываются при проведении оценки деятельности поставщиков услуг (процедура мониторинга договоров).

7. Ссылки:

- 1) Приказ и.о. МЗ РК от 5 ноября 2021 года № ҚР ДСМ-111 «Об утверждении стандартов аккредитации медицинских организаций»;
- 2) Международные стандарты аккредитации JCI для транспортных медицинских организаций, 2-е издание/ англ. – Joint Commission International Accreditation Standards for Medical Transport Organizations, 2nd edition, Глава Управление, лидерство и руководство, 2015.

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

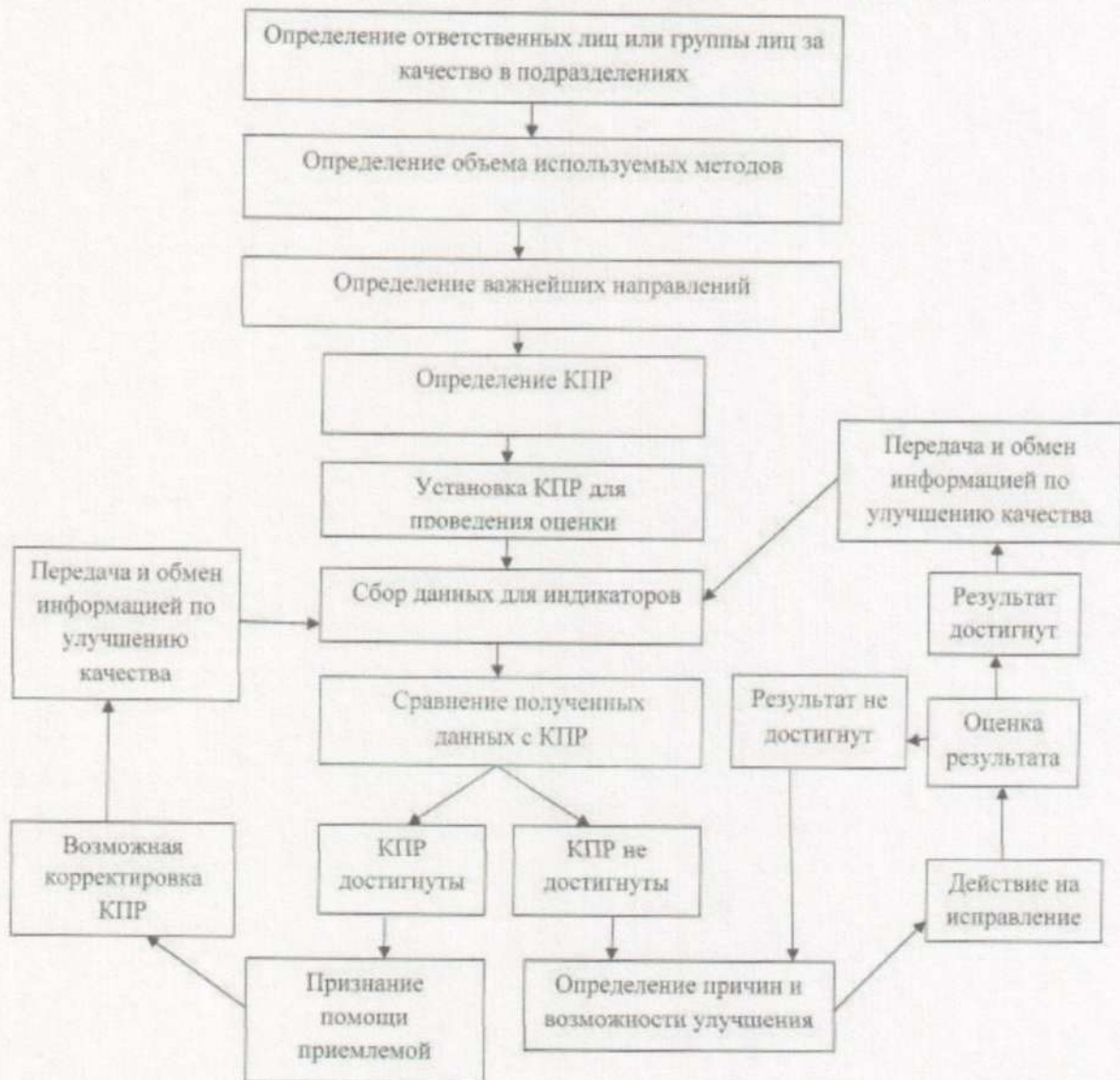
Лист регистрации изменений

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



Приложение

Блок-схема разработки, сбора и анализа индикаторов (КПР)





ГКП на ПХВ
"Ленгерская городская поликлиника"
УЗ Туркестанской области

Тип документа:
СОП

Система менеджмента качества

Версия:

1

Страница:

10 из 10

Лист ознакомления

№	Фамилия И.О.	Должность	Дата	Подпись
1	Шокиев Г	Мед. с	04.01.2024	Шокиев
2	Абдиева В.С.	мед. сестра	04.01.2024	Абдиева
3	Тотайев А	мед. сестра	04.01.2024	Тотайев
4	Хаттамовна	мед. сестра	04.01.2024	Хаттамова
5	Ирматов А	анушер	04.01.2024	Ирматов
6	Абдулкеримов В.П.	врач	04.01.2024	Абдулкеримов
7	Вашурова А.Н.	уч. мед.	04.01.2024	Вашурова
8	Жаракчиев Р.Т.	ст. мед.	04.01.2024	Жаракчиев
9	Сардаев С.А.	Гигиенист	04.01.2024	Сардаев
10	Абдиев Г.Э.	стоматолог	04.01.2024	Абдиев
11	Абдурашипов М	стом. мед.	04.01.24	Абдурашипов
12	Обаева А.О.	стоматолог	04.01.24	Обаева
13	Торшибаева С.В.	стом. зуб врач	04.01.24	Торшибаева
14	Мамнурова М.	стом. мед.	04.01.24	Мамнурова
15	Арипов Б.	стом. мед.	04.01.24	Арипов
16	Самиев А.А.	стом. ст. мед.	04.01.2024	Самиев
17	Саурбаев В.Н.	стоматолог	04.02.2024	Саурбаев
18	Шокиев М.К.	кзр. мед.	04.01.2024	Шокиев
19	Кимбаева А.Н.	Мед. сестра	04.01.2024	Кимбаева
20	Мухамедов Г.Т.	Мед. сестра	04.01.2024	Мухамедов
21	Курманов Б.Т.	терапевт	04.01.2024	Курманов
22	Абдиева Р.К.	мед. сестра	04.01.2024	Абдиева
23	Абдиева М.	мед. сестра	04.01.2024	Абдиева
24	Мамнурова Ф.	мед. сестра	04.01.2024	Мамнурова
25	Курманов И.	анушер	04.01.2024	Курманов
26	Чайдарова С.	мед. сестра	04.01.2024	Чайдарова

