Организация работы в соответствии с международными стандартами менеджмента качества

Заместитель главного врача
по клинико-экспертной работе и контролю качества,
доцент кафедры организации здравоохранения,
общественного здоровья и менеджмента
ИПО СамГМУ,
кандидат медицинских наук

**ПРОШИНА
ОЛЬГА АЛЕКСАНДРОВНА**

КЛЮЧЕВЫЕ ВЫЗОВЫ ОТРАСЛИ И ОБЩЕСТВА

- Растущие требования пациентов и регуляторов
- Конкуренция на рынке медицинских услуг
- Риски финансовых и репутационных потерь из-за ошибок

Организация работы МО в соответствии со стандартом ISO 9001:2015, требует системного подхода, направленного на:

- **повышение качества медицинских услуг**
- **повышение удовлетворённости пациентов**
- **постоянное улучшение процессов**

Внедрение СМК на основе стандарта ISO 9001 является платформой для формирования интегрированной системы менеджмента.

Создание общей платформы позволяет разрабатывать и внедрять новые направления менеджмента не с «нуля», а встраивать их в существующий механизм управления МО

Область применения СМК ГБУЗ СОКОД:

Оказание первичной медико-санитарной помощи, специализированной (в том числе высокотехнологичной), паллиативной медицинской помощи онкологическим больным; профилактика и реабилитация; научно-практические исследования в области онкологии

СЕРТИФИКАТ

соответствия системы менеджмента требованиям стандарта ISO 9001:2015

В соответствии с правилами сертификации подтверждено выполнение требований стандарта в организации

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Самарский областной клинический онкологический диспансер" (ГБУЗ СОКОД)
443031, г. Самара, ул. Солнечная, 50, Российская Федерация

в области:
Оказание первичной медико-санитарной помощи (в том числе доврачебной, врачебной, специализированной и амбулаторных условиях) и специализированной (в том числе высокотехнологической) медицинской помощи в стационарных условиях; паллиативной помощи, профилактика и реабилитация онкологических больных; научно-практические исследования в области онкологии

Регистрационный номер сертификата: TIC 15 100 1910650
Действителен до: 2021-11-08
Действителен с: 2019-10-16

Отчет по аудиту №: 3330 ЗАТЛ 80

Сертификация проведена в соответствии с процедурой аудитирования и сертификации TIC и предусматривает проведение регулярных наблюдательных аудитов.

Орган по сертификации
Органы по сертификации
TÜV Thüringen e.V.

Йена, 2019-10-16

Подтверждается ежегодными аудитами в течение 10 лет

НЕПРЕРЫВНОЕ РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА

С 2014	С 2016	2017-2018	2018-2020	С 2018	2019-2020	2020, 2023
Создание **Службы качества**	Сертификация на соответствие **ISO 9001:2008, ISO 9001:2015**	Пилотный проект по внедрению системы менеджмента **Бережливого производства**	Внедрение модели критериев **Temos** по международному туризму	Внедрение требований **Немецкого онкологического общества**	Внедрение модели «Признанное Совершенство» (5 звезд) **Европейского фонда управления качеством (EFQM)**	Внедрение **Предложений РЗН по организации ВККиБМД**

ЦЕЛИ ВНЕДРЕНИЯ И ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ISO 9001

Цели внедрения ISO 9001

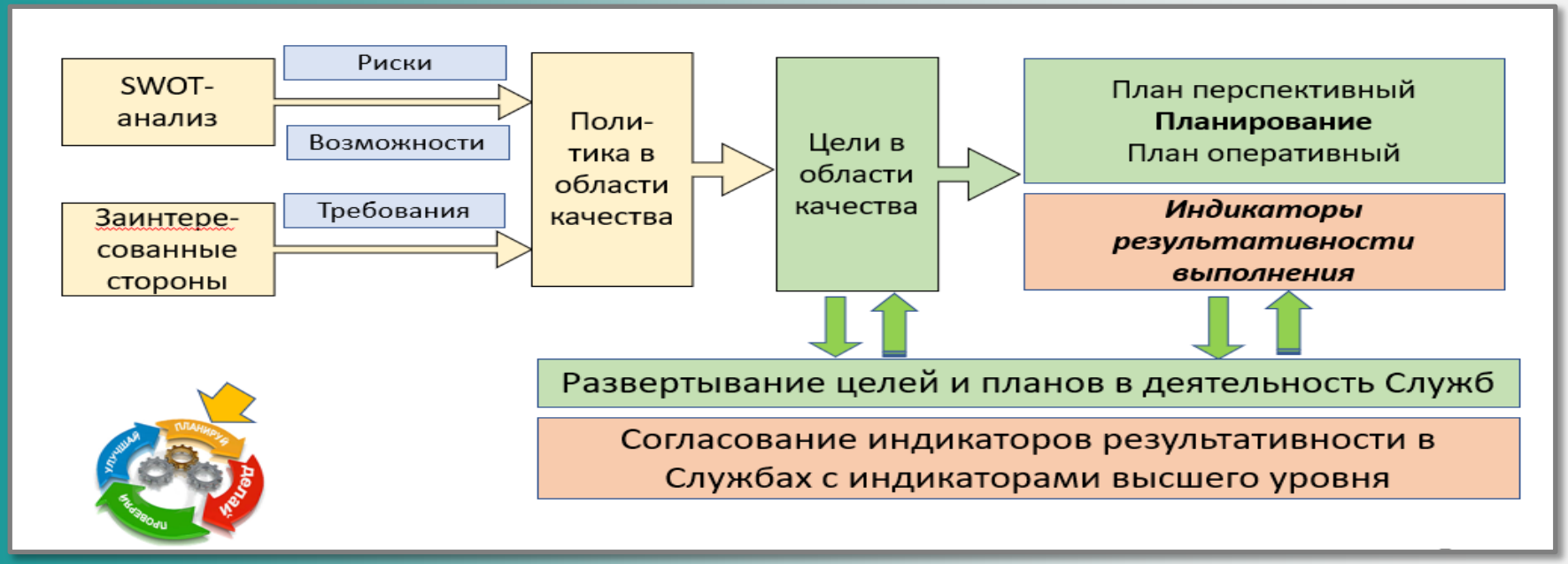
- Повышение качества услуг.
- Снижение рисков и ошибок.
- Удовлетворённость пациентов и персонала.

Основные принципы ISO 9001 в медицине

- «Лидерство руководства» – вовлечённость руководителей в развитие СМК.
- «Процессный подход» – управление всеми процессами (диагностика, лечение, документооборот).
- «Ориентация на пациента» – удовлетворение потребностей и безопасности пациентов.
- «Постоянное улучшение» – регулярный аудит и корректирующие действия, цикл Деминга.
- «Принятие решений на основе данных» – анализ показателей эффективности.

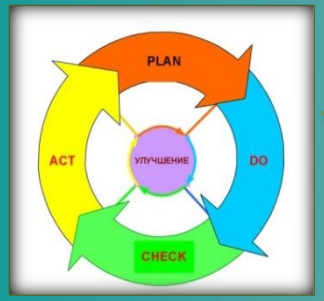
Применение SWOT-анализа и управления целями на этапах планирования деятельности и достижения целевых показателей

Миссия ГБУЗ СОКОД: Постоянно развиваясь, непрерывно обеспечивать качественную медицинскую помощь на уровне мировых стандартов



Цикл PDCA

Цикл PDCA служит для постоянного совершенствования СМК, для решения задач постоянного улучшения на всех уровнях управления



Разработка организационной среды, Политики и Целей в области качества, Управление рисками, документированной информацией, знаниями

Диагностическая и лечебная деятельность, выполнение процессов СМК

Оценка функционирования
Мониторинг, измерения, анализ и оценка
Внутренний аудит, Анализ со стороны руководства, Оценка удовлетворенности пациентов

Постоянное улучшение
Анализ несоответствий и корректирующие действия

Применение Цикла Деминга в СМК опирается на внедрение управленческих технологий и инструментов качества

- организация внутренних проверок (аудитов),
- управление нежелательными событиями (инцидентами),
- мониторинг статистических показателей,
- управление удовлетворенностью пациентов и сотрудников,
- вовлечение персонала в процесс улучшения деятельности,
- стандартизация процессов деятельности,
- формирование базы знаний,
- тренинги и обучения для совершенствования знаний и навыков

ПРОЦЕССНЫЙ ПОДХОД

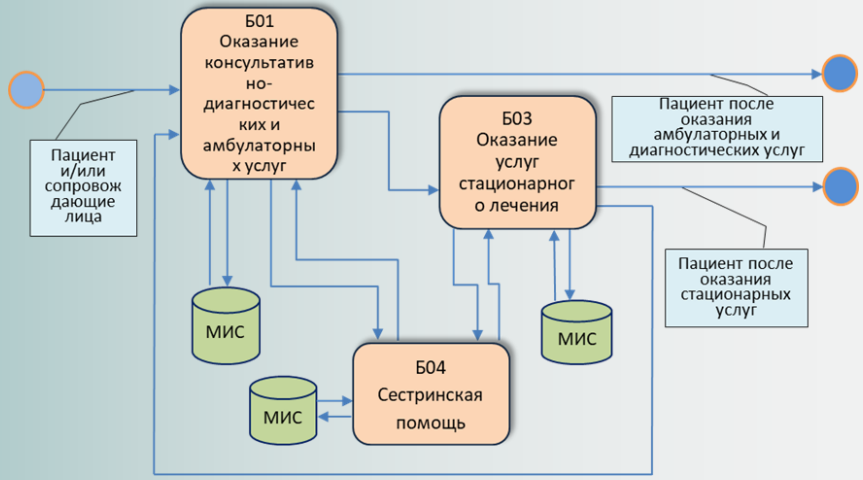
Б03 Оказание услуг стационарного лечения

Реквизиты процесса

Наименование процесса	Определение процесса	Цель процесса	Владелец процесса Руководители процесса
Код: Б03 Оказание услуг стационарного лечения	1. Диагностика. 2. Лечение. 3. Реабилитация	Своевременное и качественное оказание услуг стационарного лечения	Заместитель главного врача по лечебной работе Заведующие отделениями

Модель Б03 в виде функционального блока

Взаимосвязь Б03 с основными процессами



Управление рисками – инструмент для формирования предупреждающих действий

	Вероятность (О)				
Последствия (S)	1	2	3	4	5
5	5	10	15	20	25
4	4	8	12	16	20
3	3	6	9	12	15
2	2	4	6	8	10
1	1	2	3	4	5

Баллы риска	Мероприятия		
От 16 до 25	Контроль	Разработка корректирующих мероприятий	Включить в единый реестр рисков
От 6 до 15	Контроль	Разработка корректирующих мероприятий	Включить в единый реестр рисков
От 1 до 5	Принять к сведению	Мониторинг	

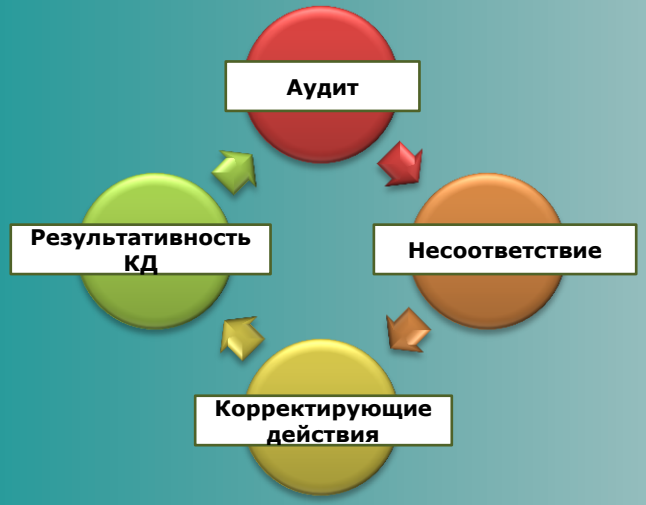
Риски ГБУЗ СОКОД

Риски процессов

Риски подразделений

ВНУТРЕННИЕ ПРОВЕРКИ

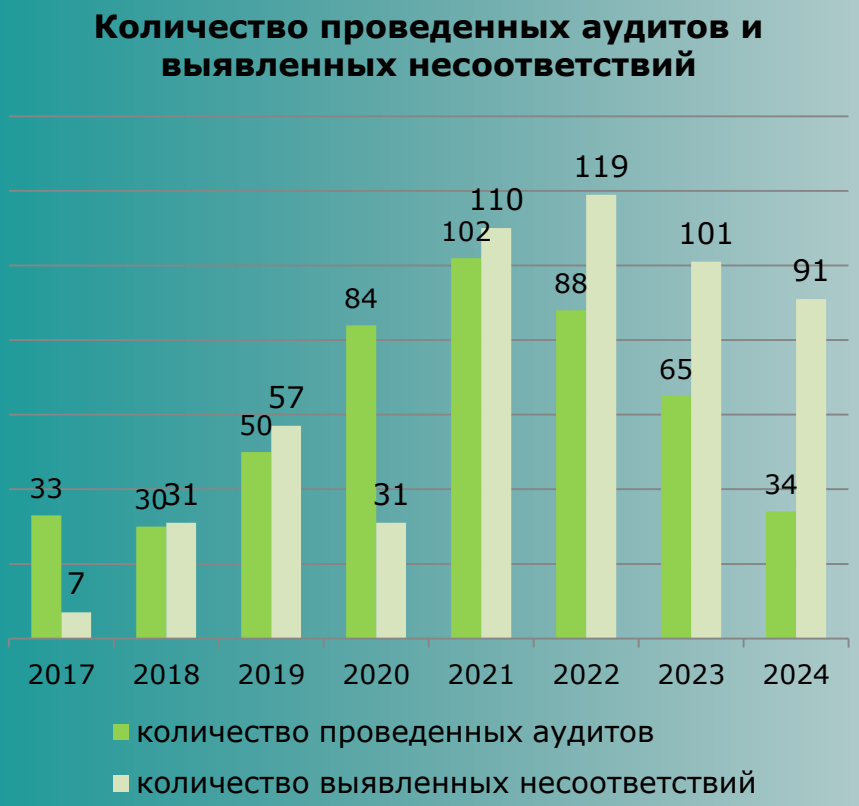
Внутренние проверки имеют статус измерительного инструмента для выявления НС, контроля и мониторинга результативности деятельности

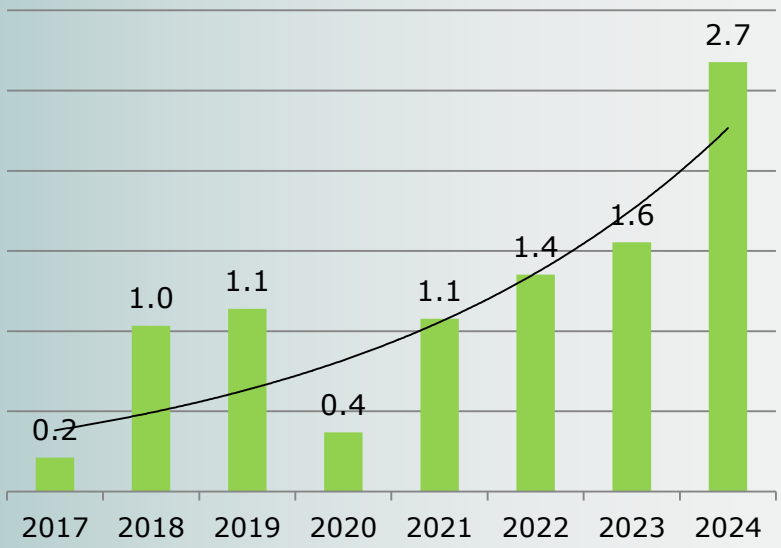


Мониторинг результативности деятельности по направлениям:

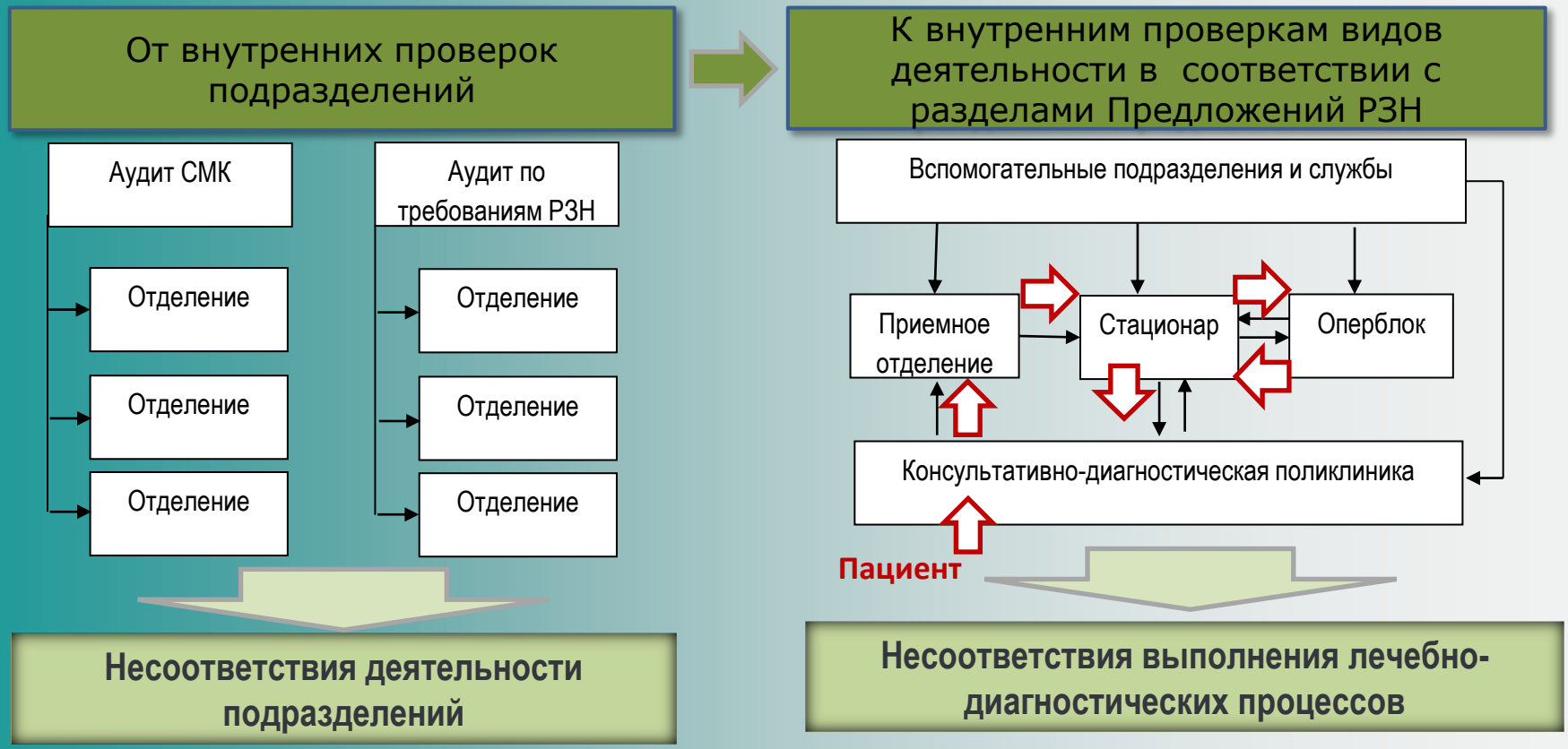
- ✓ **Качество медицинских услуг** - обеспечение стандартов диагностики и лечения; выявление и устранение ошибок
- ✓ **Соответствие требованиям** национальных и международных стандартов, протоколов
- ✓ **Повышение безопасности** – обнаружение и оценка рисков потенциально опасных условий и ситуаций
- ✓ **Эффективность** процессов организации труда
- ✓ **Обратная связь** для выявления слабых мест, получение информации для обучения персонала
- ✓ **Поддержание доверия** со стороны пациентов

ВНУТРЕННИЕ ПРОВЕРКИ

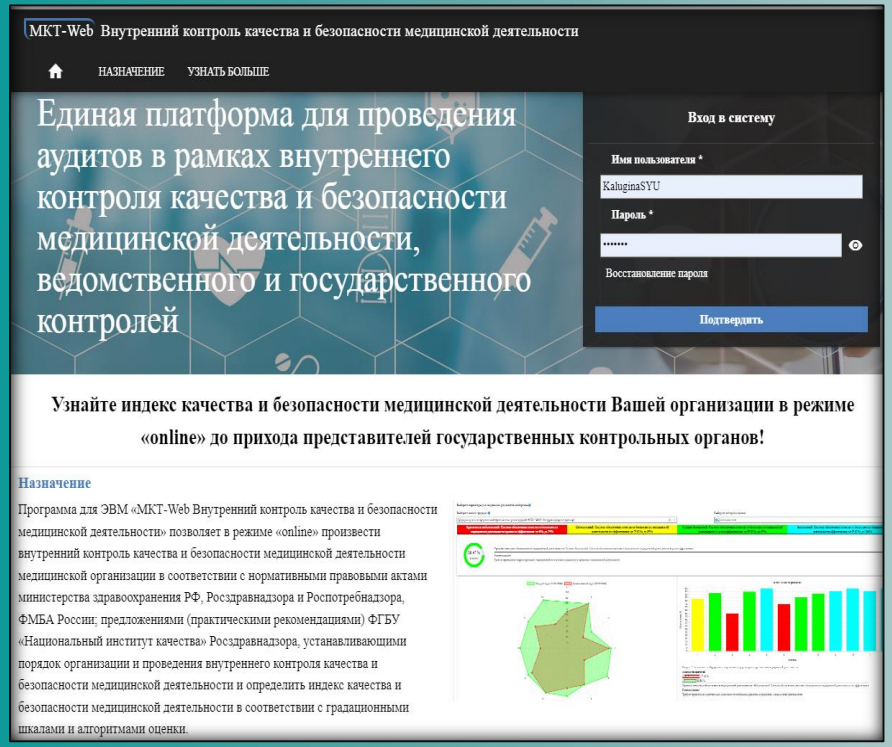




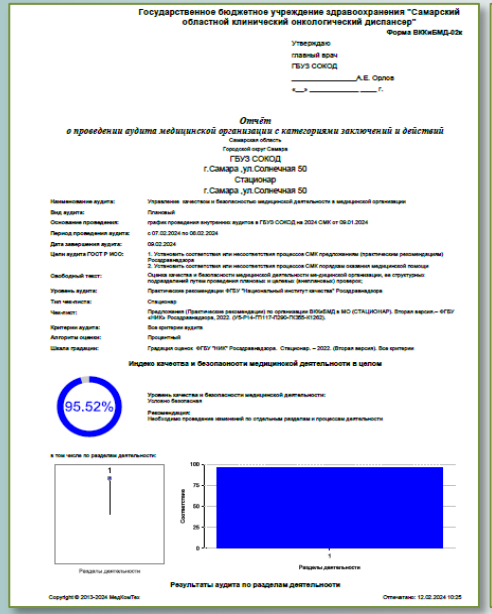
Переход к внутренним проверкам видов деятельности на основе метода трейсеров

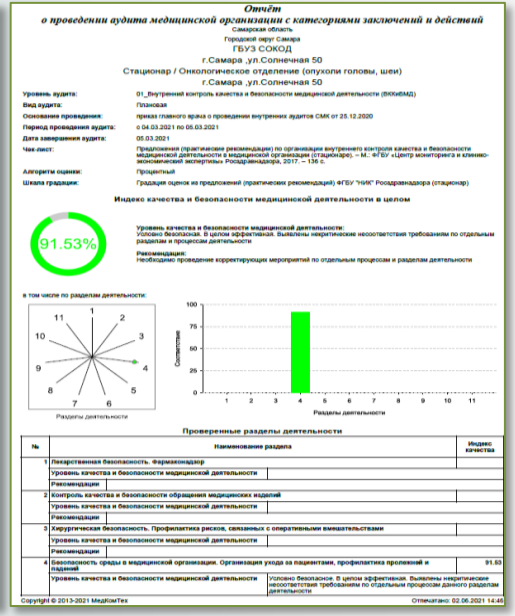


ПЛАТФОРМА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ВНУТРЕННИХ ПРОВЕРОК



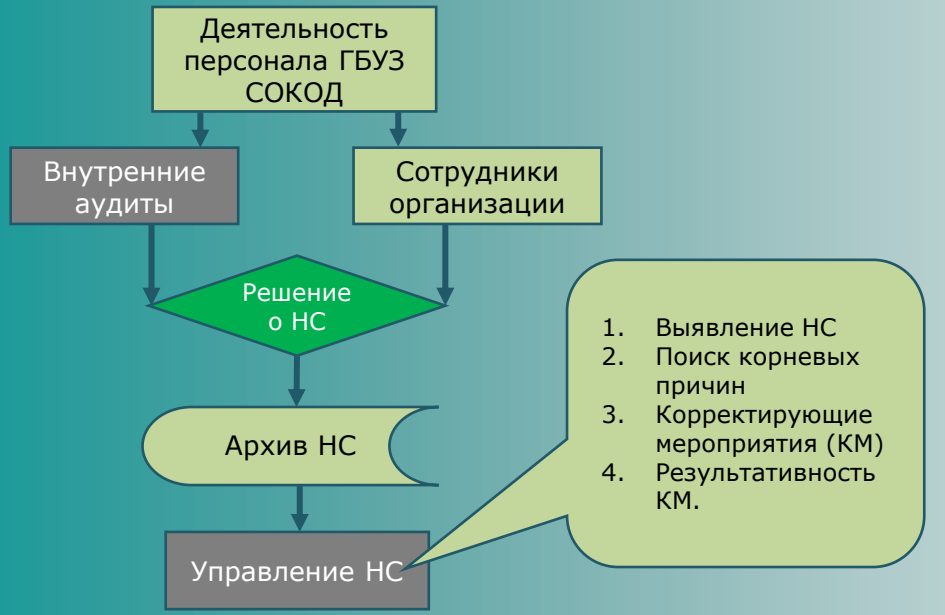
Примеры отчетов, сформированных с помощью ИС МКТ-Web Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности

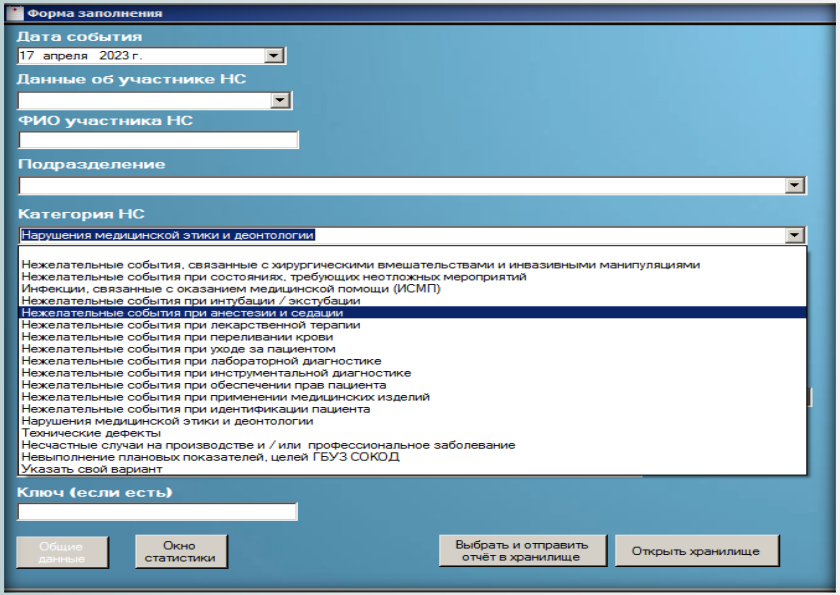




Управление нежелательными событиями

ИНФОРМАЦИОННАЯ СИСТЕМА «Управление нежелательными событиями (инцидентами)»



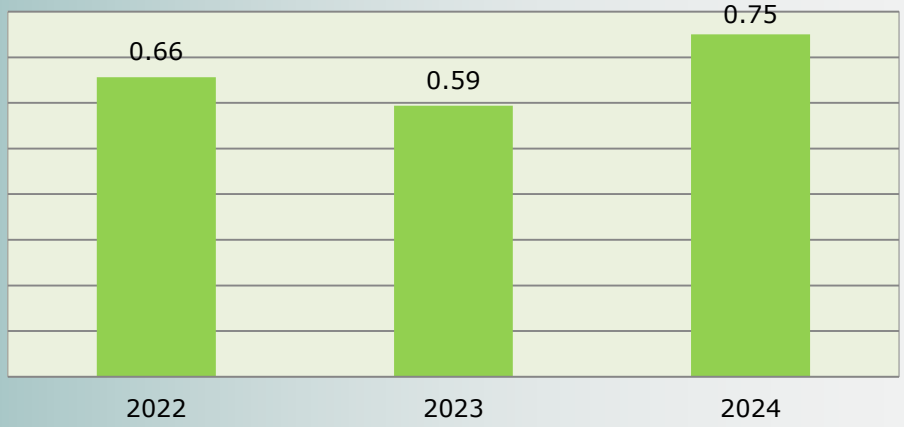


Мониторинг и анализ статистических показателей, характеризующих качество и безопасность медицинской деятельности

Перечень направлений внутреннего контроля

1. Управление персоналом
2. Безопасность среды
3. Организация ухода за пациентами
4. Идентификация личности пациентов
5. Эпидемиологическая безопасность
6. Лекарственная безопасность
7. Безопасность обращения МИ
8. Хирургическая безопасность
9. Организация экстренной и неотложной МП
10. Организация работы приемного отделения
11. Организация работы КДП
12. Преемственность оказания МП
13. Профилактика рисков, связанных с переливанием крови
14. Организация оказания МП на основании данных доказательной медицины
15. Управление КиБМД в МО

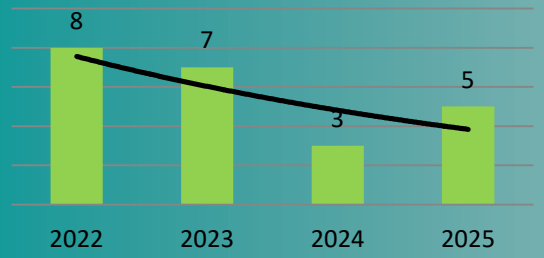
Коэффициент результативности



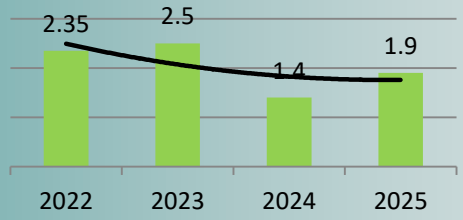
	2022	2023	2024
Количество выполненных показателей (всего 32)	21	19	24

Мониторинг и анализ статистических показателей, характеризующих качество и безопасность медицинской деятельности

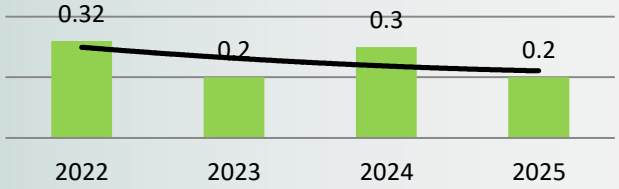
Число падений пациентов



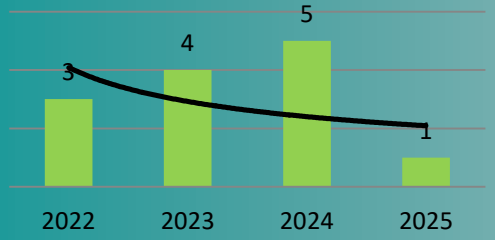
Удельный вес послеоперационных осложнений



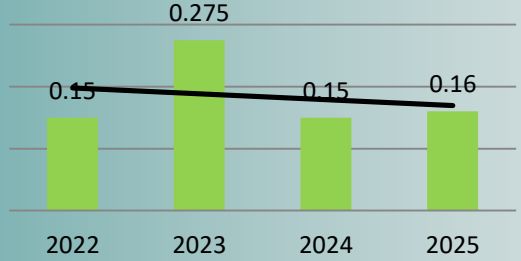
Удельный вес послеоперационных кровотечений и гематом



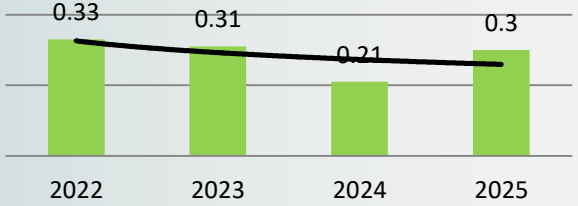
Количество пациентов с пролежнями



Удельный вес ТЭЛА



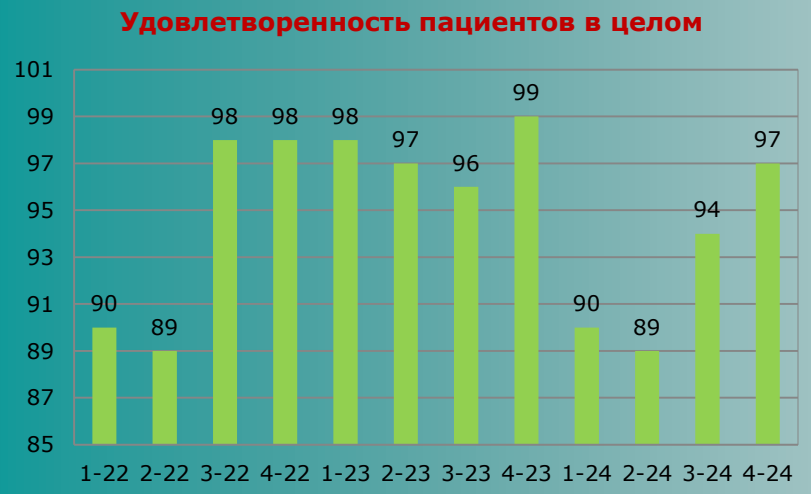
Удельный вес расхождения послеоперационных швов



Управление удовлетворенностью пациентов и сотрудников

Унифицированный алгоритм управления включает:

- анкетирование,
- анализ – выявление болевых точек,
- формирование корректирующих мероприятий



Успешное внедрение управленческих технологий и инструментов качества в системе менеджмента ГБУЗ СОКОД основано на непрерывном вовлечении персонала в процесс улучшения деятельности

Технологии развития системы управления персоналом включают:

- Наставничество
- Привлечение к организационной деятельности в рамках работы Службы качества
- Стандартизация процессов деятельности
- Обучение персонала современным технологиям и инструментам качества, Совет по сестринскому делу
- Школа передовых сестринских технологий
  - Медицинская сестра «клиническая»
  - Отделения сестринского сопровождения
    - ✓ отделение транспортировки
    - ✓ отделение обезболивания
    - ✓ отделение дезинфекции
- Проектный подход. Создание рабочих групп по направлениям
- Создание реестра Уполномоченных по качеству в подразделениях
- Анкетирование персонала. Изучение удовлетворенности и мотивации

Победитель
III Всероссийского конкурса «Лучшая система наставничества в здравоохранении», 2023

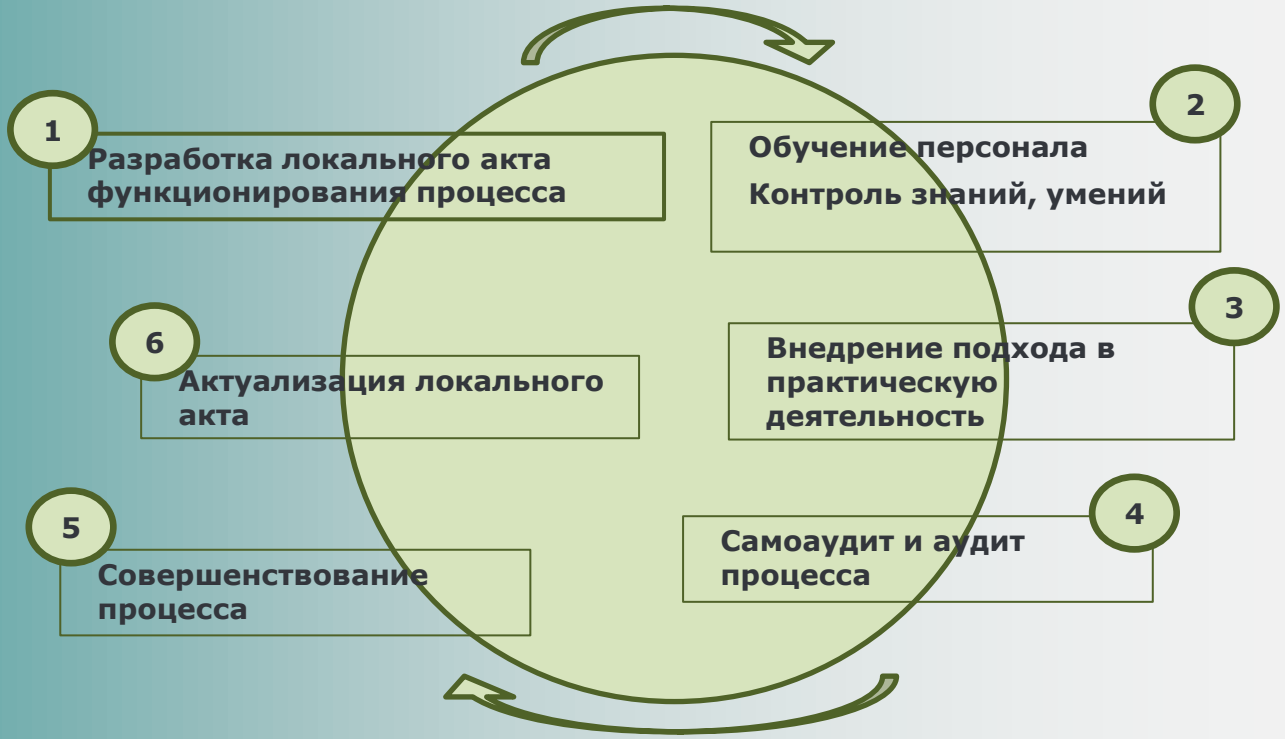
СТАНДАРТИЗАЦИЯ ПРОЦЕССОВ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Регламенты деятельности в ГБУЗ СОКОД

- ✓ **Стандарт организации (СТО)**
- ✓ **Стандартная операционная процедура (СОП)**
- ✓ **Алгоритм**

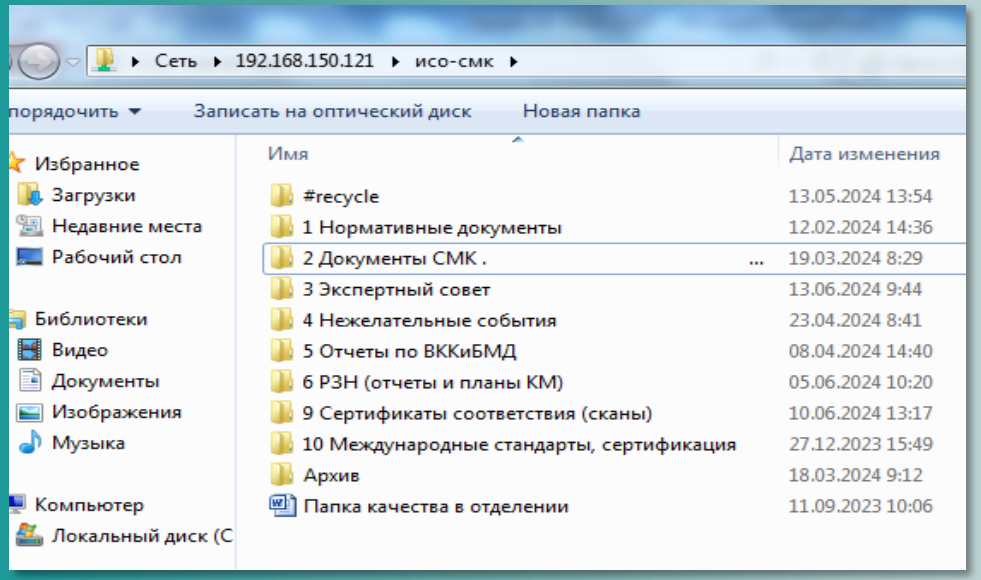
- Процедуры сестринского сопровождения
- Процедуры диагностических исследований
- Процедуры врачебных манипуляций
- Процедуры инженерных служб

Жизненный цикл внедрения актуальных регламентов деятельности



ФОРМИРОВАНИЕ ИНФОРМАЦИОННОЙ СРЕДЫ

БАЗА ЗНАНИЙ:



Система обучения и тренингов работников

- Порядок оказания экстренной и неотложной медицинской помощи в ГБУЗ СОКОД;
- Организация контроля знаний по клиническому использованию донорской крови и ее компонентов;
- Профилактика возникновения и распространения ИСМП;
- Мониторинг состояния «тяжелых» пациентов;
- Профилактика венозных тромбоэмболических осложнений у пациентов хирургического профиля и др.

ДОСТИЖЕНИЯ ГБУЗ СОКОД

- Первая медицинская организация среди бюджетных организаций РФ получила **международный сертификат соответствия TEMOS** по руководству «Качество лечения и ухода за иностранными пациентами»
- Первая и единственная (до н.вр.) медицинская организация в РФ получила **международный сертификат соответствия Онкологического сообщества Германии** для онкологических центров по лечению колоректального рака
- Первая медицинская организация в Самарской области получила **сертификат соответствия национальной системы добровольной сертификации «Качество и безопасность медицинской деятельности»**, ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора (всего в СО – 3 организации)

СЕРТИФИКАТ

соответствия системы менеджмента требованиям стандарта ISO 9001:2015

СЕРТИФИКАТ

№ 0040/03КМД

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

СООТВЕТСТВУЕТ ТРЕБОВАНИЯМ СИСТЕМЫ ДОБРОВОЛЬНОЙ СЕРТИФИКАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ «КАЧЕСТВО И БЕЗОПАСНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ»

Recognised for Excellence 5 star

Awarded to:

Samara Regional Clinical Oncology Dispensary

November 2020

This certificate remains valid for 3 years.

Russell Longmuir
CEO, EFQM

INTERNATIONAL CANCER CENTRES

Сертифицированный центр лечения колоректального рака

Temos

CERTIFICATE

This certificate is awarded to

Samara Regional Clinical Oncology Dispensary

for its

QUALITY IN INTERNATIONAL PATIENT CARE

First certified: June 2018

Current certificate valid until: May 2019

Temos certified hospitals fulfil our high quality standards and cooperate to optimize medical care for international patients worldwide.

Dr. Claudia Nikic
Temos International Director

Prof. Dr. Rupert Gerzer
Temos International Board

ВНЕДРЕНИЕ СМК ПОЗВОЛЯЕТ:

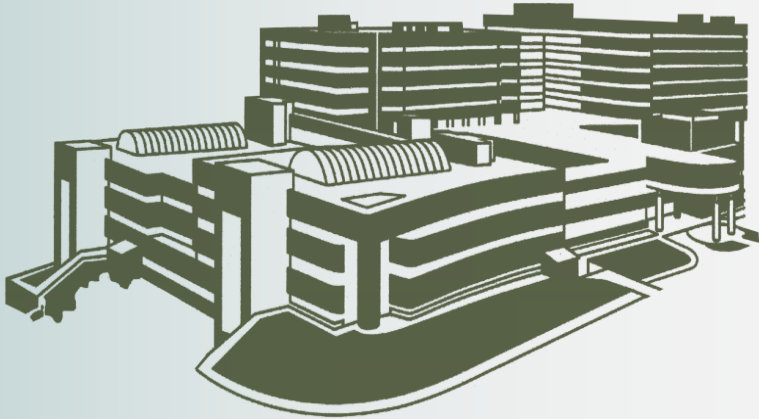
1	Регламентировать ответственность между всеми звеньями лечебно-диагностического процесса
2	Осуществлять постоянный и системный мониторинг ключевых показателей деятельности
3	Системно управлять процессами и их взаимодействием на основе оптимального использования материальных, финансовых и кадровых ресурсов
4	Использовать опыт различных систем и внедрять международные стандарты качества оказания медицинской помощи
5	Принимать управленческие решения, основанные на объективных данных, полученных на разных этапах контроля
6	Формировать у руководителей всех уровней лидерских навыков качественного управления и эффективного менеджмента
7	Повысить компетентность сотрудников для реализации каждым своего вклада в обеспечение пациентоориентированного подхода к высокому качеству услуг

ПРОШИНА
ОЛЬГА АЛЕКСАНДРОВНА
заместитель главного врача
по клинико-экспертной
работе и контролю качества

+7 (846) 994-08-70

https://samaraonko.ru

info@samaraonko.ru



Благодарю за внимание!