

Методическое руководство

**ПО ИНТЕРПРЕТАЦИИ И ПОДТВЕРЖДЕНИЮ
СООТВЕТСТВИЯ СТАНДАРТАМ АККРЕДИТАЦИИ ASCN**

по разделу

РУКОВОДСТВО

1

ГЛАВА



СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	8
Благодарность	9
1 Общие положения	10
2 Цель и задачи руководства	10
3 Область применения	10
4 Как пользоваться руководством	11
5 Общие подходы к формированию доказательной базы и подготовке к оценке	11
6 Нормативные и методические основания	13
7 Принципы интерпретации стандартов	13
8 Условные обозначения и логика чтения разделов	14
9 Структура описания стандартов	15
10 Основные термины и определения	16
11 Список сокращений	17
12 Стандарт 1. Орган управления медицинской организации	18
13 Стандарт 2. Стратегическое и операционное планирование	25
14 Стандарт 3. Организационная структура	32
15 Стандарт 4. Этический кодекс	38
16 Стандарт 5. Культура безопасности	45
17 Стандарт 6. Индикаторы и план по улучшению качества	54
18 Стандарт 7. Менеджмент качества	61
19 Стандарт 8. Управление рисками	69
20 Стандарт 9. Клинические протоколы	77
21 Стандарт 10. Работа с населением	84
Приложение 1.1. Шаблон положения об органе управления медицинской организации	91
Приложение 1.2. Шаблон годового плана работы органа управления	97
Приложение 1.3. Шаблон отчета первого руководителя органу управления	99
Приложение 1.4. Шаблон декларации о наличии / отсутствии конфликта интересов	101
Приложение 1.5. Шаблон формы ежегодной оценки первого руководителя	102
Приложение 1.6. Шаблон формы самооценки органа управления	103
Приложение 1.7. Чек-лист эксперта по оценке соответствия стандарту 1 ...	104
Приложение 1.8. Шаблон формы KPI (КПР) первого руководителя медицинской организации	105
Приложение 1.9. Шаблон протокола заседания органа управления	108

Приложение 1.10. Упрощенная форма фиксации решений органа управления	110
Приложение 1.11. Инфографика «Модель корпоративного управления медицинской организацией»	111
Приложение 2.1. Шаблон стратегического плана медицинской организации	112
Приложение 2.2. Шаблон годового (операционного) плана медицинской организации	114
Приложение 2.3. Шаблон плана работы подразделения	115
Приложение 2.4. Шаблон формы квартального мониторинга исполнения стратегического / годового плана	116
Приложение 2.5. Шаблон матрицы стратегических целей и индикаторов ..	117
Приложение 2.6. Шаблон KPI (КПР), увязанных со стратегией	118
Приложение 2.7. Шаблон протокола совещания по разработке / пересмотру стратегии	119
Приложение 2.8. Шаблон листа согласования стратегического плана	120
Приложение 2.9. Шаблон аналитической справки по итогам мониторинга исполнения стратегического / годового плана	121
Приложение 2.10. Чек-лист эксперта по оценке соответствия стандарту 2 «Стратегическое и операционное планирование»	122
Приложение 2.11. Инфографика «От стратегии к годовому плану»	123
Приложение 3.1. Пример шаблона организационной структуры медицинской организации	126
Приложение 3.2. Шаблон положения о структурном подразделении	128
Приложение 3.3. Шаблон распределения функциональной подчиненности и ответственности	130
Приложение 3.4. Чек-лист эксперта по оценке соответствия стандарту 3 Чек-лист оценки организационной структуры	131
Приложение 4.1. Пример структуры Этического кодекса медицинской организации	133
Приложение 4.2. Пример положения об Этической комиссии	135
Приложение 4.3. Форма регистрации этического обращения	137
Приложение 4.4. Алгоритм рассмотрения этических вопросов	139
Приложение 4.5. Программа обучения персонала по вопросам этического кодекса	140
Приложение 4.6. Матрица сроков рассмотрения этических случаев	141
Приложение 4.7. Памятка для сотрудника «Куда обращаться при нарушении этических норм»	142
Приложение 5.1. Пример политики по культуре безопасности	143
Приложение 5.2. Памятка по терминологии управления инцидентами	144

Приложение 5.3. Мини-анкета для оценки восприятия культуры безопасности персоналом	145
Приложение 5.4. Пример перечня процедур высокого риска	146
Приложение 5.5. Шаблон матрицы оценки рисковых направлений	147
Приложение 5.6. Информационная памятка для персонала по вопросам профессиональной ответственности	148
Приложение 5.7. Форма сообщения об инциденте	149
Приложение 5.8. Алгоритм маршрутизации инцидента	150
Приложение 5.9. Классификатор видов инцидентов	151
Приложение 5.10. Пример приказа о назначении ответственных за управление инцидентами	152
Приложение 5.11. Матрица ролей в управлении инцидентами	153
Приложение 5.12. Пример плана обучения по управлению инцидентами ..	154
Приложение 5.13. Форма карты анализа первопричин	155
Приложение 5.14. Шаблон плана корректирующих мероприятий	156
Приложение 5.15. Алгоритм коммуникации с пострадавшей стороной после инцидента	157
Приложение 6.1. Форма паспорта индикатора	158
Приложение 6.2. Шаблон реестра индикаторов	159
Приложение 6.3. Форма квартального отчета по индикаторам	160
Приложение 6.4. Форма перечня приоритетных индикаторов	161
Приложение 6.5. Шаблон плана по непрерывному улучшению качества ...	162
Приложение 6.6. Карта контроля исполнения плана улучшения качества ..	163
Приложение 6.7. Форма отчета о выполнении мероприятий	164
Приложение 6.8. Шаблон бюджета мероприятий по качеству	165
Приложение 6.9. Форма ресурсного обоснования мероприятий по качеству	166
Приложение 7.1. Шаблон цикла PDCA для мероприятий по улучшению ...	167
Приложение 7.2. Пример формы анализа причин по диаграмме Исикавы...	168
Приложение 7.3. Карта проекта по улучшению качества	169
Приложение 7.4. Форма расследования экстремального события	170
Приложение 7.5. Алгоритм уведомления руководства и заинтересованных сторон	171
Приложение 7.6. Шаблон отчета по результатам расследования	172
Приложение 7.7. Пример анкеты удовлетворенности пациента	173
Приложение 7.8. Пример анкеты опыта пациента	174
Приложение 7.9. Форма анализа результатов анкетирования	175
Приложение 7.10. Форма протокола разбора сложного клинического случая	176
Приложение 7.11. Карта клинического разбора	177

Приложение 7.12. Шаблон плана мер по итогам разбора	178
Приложение 7.13. Шаблон методологии клинического аудита	179
Приложение 7.14. Чек-лист клинического аудита медицинских карт	180
Приложение 7.15. Форма отчета по результатам клинического аудита	181
Приложение 8.1. Программа по управлению рисками в медицинской организации	182
Приложение 8.2. Пример структуры реестра рисков	183
Приложение 8.3. Форма плана управления рисками	184
Приложение 8.4. Шаблон карты клинических рисков	185
Приложение 8.5. Пример перечня услуг высокого риска	186
Приложение 8.6. Матрица оценки клинических рисков	187
Приложение 8.7. Памятка по рискам подразделения	188
Приложение 8.8. Форма локальной карты рисков подразделения	189
Приложение 8.9. Журнал / лист обучения персонала по рискам	190
Приложение 8.10. Форма пересмотра и переоценки риска	191
Приложение 8.11. Журнал мониторинга источников информации о рисках	192
Приложение 8.12. Шаблон аналитической справки по рискам	193
Приложение 8.13. Шаблон плана мероприятий по рискам	194
Приложение 8.14. Карта контроля исполнения плана управления рисками	195
Приложение 8.15. Форма оценки эффективности мероприятий по снижению риска	196
Приложение 9.1. Пример приказа о назначении ответственных лиц	197
Приложение 9.2. Матрица распределения функций по контролю клинических протоколов	198
Приложение 9.3. Шаблон плана мониторинга применения клинических протоколов	199
Приложение 9.4. Чек-лист аудита соблюдения клинических протоколов ...	200
Приложение 9.5. Форма карты клинического аудита	201
Приложение 9.6. Шаблон отчета по результатам аудита соблюдения протоколов	202
Приложение 9.7. Форма обратной связи по результатам клинического аудита	203
Приложение 9.8. Шаблон плана обучения по результатам аудита	204
Приложение 9.9. Форма плана корректирующих мероприятий	205
Приложение 9.10. Форма ежеквартального отчета руководству	206
Приложение 9.11. Шаблон аналитической справки по итогам аудита	207
Приложение 9.12. Форма управленческого решения по итогам рассмотрения	208
Приложение 9.13. Форма журнала ознакомления с клиническими протоколами	209

Приложение 9.14. Шаблон уведомления о новом / измененном клиническом протоколе	210
Приложение 9.15. Карта доступа к клиническим протоколам на рабочих местах	211
Приложение 10.1. Чек-лист оценки официального сайта	212
Приложение 10.2. Рекомендуемая структура разделов сайта	213
Приложение 10.3. Шаблон плана информационного наполнения сайта	214
Приложение 10.4. Шаблон формы размещения графика врачей	215
Приложение 10.5. Карта контроля актуальности графиков	216
Приложение 10.6. Памятка по обновлению информации на сайте	217
Приложение 10.7. Форма/ журнал учета обращений из социальных сетей	218
Приложение 10.8. Алгоритм обработки жалоб и предложений от населения	219
Приложение 10.9. Шаблон карты обратной связи по обращениям	220
Приложение 10.10. Шаблон плана просветительских мероприятий	221
Приложение 10.11. Форма отчета о проведении мероприятий для населения	222
Приложение 10.12. Пример памятки по здоровому образу жизни / профилактике	223
Приложение 10.13. Шаблон новости для официального сайта	224
Приложение 10.14. Редакционный план публикаций на официальном сайте	225
Приложение 10.15. Карта контроля актуальности новостного раздела	226
Единый чек-лист самооценки по стандартам аккредитации медицинской организации	227
Итоговый свод самооценки	239
Использованные нормативные, методические и информационные источники	240
Список использованных источников	242

СТАНДАРТ 1. ОРГАН УПРАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

1.1. Назначение стандарта

Настоящий стандарт направлен на подтверждение того, что в медицинской организации функционирует орган стратегического управления, обеспечивающий участие в управлении организацией, надзор, подотчетность, контроль деятельности исполнительного органа, а также рассмотрение ключевых вопросов стратегии, качества, рисков, финансовой устойчивости и устойчивого развития деятельности.

Стандарт ориентирован на подтверждение того, что орган управления не существует формально, а реально участвует в стратегическом, финансовом и контрольном управлении медицинской организацией, получает регулярную отчетность, рассматривает значимые управленческие вопросы и осуществляет контроль реализации принятых решений.

1.2. Цель оценки

Целью оценки является установление того, что в медицинской организации:

- существует орган управления, оформленный юридически и функционирующий фактически;
- определены его статус, функции, полномочия и состав;
- орган управления участвует в стратегическом и финансовом управлении;
- рассматривает отчетность по деятельности, качеству, безопасности, жалобам и рискам;
- оценивает деятельность первого руководителя;
- проводит периодическую самооценку собственной деятельности;
- контролирует исполнение собственных решений.

1.3. Интерпретация стандарта

Под органом управления в рамках настоящего стандарта понимается высший уровень стратегического управления медицинской организацией, отделенный от оперативного руководства.

В зависимости от организационно-правовой формы и формы собственности функции органа управления могут осуществляться:

- в государственных медицинских организациях — наблюдательным советом или иным предусмотренным законодательством органом;
- в акционерных обществах — советом директоров;
- в частных медицинских организациях — советом учредителей, общим собранием участников либо иным органом стратегического управления, закрепленным в учредительных документах.

Ключевым требованием стандарта является не наименование органа, а наличие документированного и реально действующего механизма стратегического управления и контроля исполнительного органа.

Орган управления должен обеспечивать:

- участие в определении направлений развития медицинской организации;
- рассмотрение и утверждение либо согласование стратегии и планов развития;
- рассмотрение вопросов, связанных с бюджетом, ресурсами и устойчивостью деятельности;
- получение регулярной отчетности руководства;

- рассмотрение вопросов качества, безопасности, жалоб, рисков и внутреннего контроля;
- оценку деятельности первого руководителя;
- периодическую самооценку собственной эффективности;
- контроль исполнения собственных решений.

Не может считаться полным соответствием ситуация, при которой орган управления существует только формально, не ведет регулярную работу, не рассматривает стратегические вопросы, не получает значимую отчетность, не оценивает первого руководителя и не проводит самооценку.

1.4. Критерии и их разъяснение

Критерий 1.1. Статус, полномочия, состав и порядок деятельности органа управления определены документально

Разъяснение: В уставе, положении или иных внутренних документах должны быть четко определены статус органа управления, его состав, порядок формирования, компетенция, принципы работы и разграничение полномочий между органом управления и первым руководителем.

Документальное закрепление должно позволять понять:

- кто входит в состав органа управления;
- какие вопросы относятся к его компетенции;
- как организуются заседания;
- как оформляются решения;
- как обеспечивается подотчетность и контроль исполнения решений.

Критерий 1.2. Орган управления сформирован и функционирует в соответствии с законодательством, учредительными документами и внутренними процедурами медицинской организации

Разъяснение: Состав органа управления должен быть сформирован в установленном порядке, соответствовать требованиям законодательства, уставу медицинской организации и решениям учредителя, собственника, участников или акционеров.

Функционирование органа управления должно подтверждаться не только наличием состава, но и регулярностью заседаний, наличием кворума, ведением протоколов, утвержденным планом работы и фактическим рассмотрением вопросов, входящих в его компетенцию.

Критерий 1.3. Орган управления участвует в стратегическом, финансовом и контрольном управлении медицинской организацией

Разъяснение: Орган управления должен участвовать в рассмотрении и согласовании либо утверждении стратегического плана, годового плана, бюджета, приоритетов развития и вопросов устойчивости деятельности организации.

Также орган управления должен рассматривать ключевые вопросы качества медицинской помощи, безопасности пациентов, управления рисками, жалоб, внутреннего контроля, результатов аудитов и значимых организационных изменений.

Подтверждением соответствия является не только наличие полномочий на бумаге, но и их фактическая реализация через повестку заседаний, обсуждения и решения.

Критерий 1.4. Орган управления получает и рассматривает отчетность по ключевым направлениям деятельности, а также оценивает деятельность первого руководителя.