

Согласовано:

Руководитель СВА

Тулетаев М.Е.

Утверждаю

Директор ЦЯМ и О г. Семей

Сандыбаев М.Н.



ПОЛИТИКА

УПРАВЛЕНИЯ РИСКАМИ ЦЯМ и О г. СЕМЕЙ НА 2019-2023 гг

Основные положения

Управление рисками – процесс, при котором осуществляется эффективное управление и контроль потенциальными опасностями.

Программа управления рисками является детально разработанной системой, с помощью которой осуществляется идентификация, классификация, оценка и контроль рисков с целью предупреждения, ограничения и снижения будущих опасностей и потерь. Программа является неотъемлемой частью политики предоставления медицинской помощи высокого качества.

Программа обязуется предоставлять на территории организации безопасные условия обследования, лечения и труда для всех пациентов, посетителей, специалистов клинического и неклинического профиля.

Область применения

Цель:

Программа по управлению рисками разработана с целью осуществления интегрированного контроля за неблагоприятными событиями, возникшими вследствие профессиональной деятельности сотрудников, нанесения ущерба пациентам или имуществу.

Задачи:

1. Поддержание безопасных условий труда и обучения для пациентов, врачей, посетителей, студентов и других сотрудников.
2. Снижение травматизма пациентов на 0% и посетителей на 0%.
3. Снижение случаев падения пациентов на 0%, поддержание уровня получения тяжелых травм на нулевой отметке.
4. Снижение процента ошибочных назначений лекарственных средств до нуля.
5. Снижение неправильных подсчетов (бинтов, тампонов, и др) в операционной комнате на 0%.
6. Снижение количества «забытых» в организме хирургических инструментов и материалов до нуля.
7. Снижение количества зарегистрированных жалоб пациентов на 0%.
8. Общее снижение количества активных исков против организации сотрудников, и медицинского персонала на 0 %.
9. Защита активов организации путем снижения убытков на 0%.
10. Снижение количества поводов для жалоб пациентов на 0%.

11. Обеспечение выполнения требований уполномоченного органа – Министерства здравоохранения РК.

Сфера деятельности

Программа вовлекает в сферу деятельности все отделы и всех сотрудников МО. Это непрерывный процесс, включающий как эффективные механизмы мониторинга оказания медицинских услуг, так и способы обнаружения, оценки и разрешения проблем, влияющих на качество предоставляемых услуг.

Составляющие программы:

1. Программа безопасности пациентов
2. Клиническое управление рисками
3. Управление программой
4. СОП сбора инцидентов
5. Концепция управления рисками
6. Соблюдение правил законодательства
7. Профессиональное развитие
8. Положение комиссии
9. Анкетирование
10. Конфиденциальность
11. Обеспечение безопасности и социального пакета сотрудников
12. Улучшение результативности труда
13. Инфекционный контроль
14. Аттестация врачей

Полномочия ответственного лица по управлению рисками

Ответственное лицо по управлению рисками (являются специалисты отдела внутреннего аудита или любое другое ответственное лицо) ответственны за внедрение и координацию Программы. Полномочия, необходимые для выполнения функций и задач, делегированы им руководством и медицинским персоналом. С целью выполнения своих функций и обязанностей, ответственное лицо имеют доступ ко всей необходимой медицинской информации, протоколам заседаний, историям болезней, а также к личным делам сотрудников. Надзор за Программой осуществляет заместитель руководителя, докладывает результаты работы непосредственно руководителю. Назначенные по приказу лица ответственны за клиническое управление рисками ЦЯМ и О.

Обязанности

Руководство, ответственное лицо по управлению рисками и медицинский персонал предоставляет профессиональную, техническую и финансовую помощь Программе.

Руководство

Руководство через совет по качеству делегирует полномочия исполнителям Плана по управлению рисками, оказывая полную поддержку предложенной Программе:

1. Ежегодный обзор и утверждение Плана по управлению рисками
2. Проверка ежеквартальных и ежегодных отчетов о проделанной работе, оценку действий, рекомендации к дальнейшим действиям

3. Гарантии необходимых ресурсов Программе в целях поддержания необходимых медицинских услуг безопасности.
- 4.

Ответственное лицо по управлению рисками.

Ответственное лицо по управлению рисками предоставляет отчет заместителю директора по управлению качеством- руководителю Службы внутреннего аудита с целью интеграции данной программы , руководитель службы внутреннего аудита тесно сотрудничает с отделом кадров, юристами, руководством. Окончательная ответственность за выполнение деятельности по управлению риском лежит на директоре ЦЯМ и О.

Медицинский персонал

Медицинский персонал осуществляет:

1. Обзор и оценку качества предоставляемой помощи
2. Содействие в формировании ежеквартальных и ежегодных отчетов
3. Участие в разрешении спорных вопросов, касающихся качества предоставляемой помощи

Руководители отделений и служб

Руководители отделений и служб ответственны за предоставление безопасных условий лечения, организацию деятельности по контролю ресурсов в пределах своих полномочий. Взаимодействие с отделом службы внутреннего аудита осуществляется при обнаружении небезопасной обстановки действий или потенциальных источников непрофильных затрат. Отдел службы внутреннего аудита предоставляет услуги по обучению, составлению процедур и правил, оценке индивидуальной результативности, связанной с вопросами управления рисками.

Сотрудники

Весь персонал обязан выполнять функции ответственного лица по управлению рисками на своем участке работы. Кроме того, весь персонал должен стремиться поддерживать безопасные условия и предоставлять качественную медицинскую помощь, следуя инструкциям по безопасности, стандартам здравоохранения, правилам и процедурам, связанным с их функциональными обязанностями. Медицинский и немедицинский персонал обязан докладывать любые инциденты, несчастные случаи (с травмами или без) ответственному лицу по управлению рисками.

Функции и обязанности ответственного лица по управлению рисками

1. Предупреждение и снижение уровня рисков

- Разработка формальных и неформальных механизмов идентификации рисков, таких как доклады об инцидентах, случаи обращения персонала, обзор медицинских карт, рассмотрение жалоб пациентов, обзор медицинских карт, рассмотрение жалоб пациентов, обзор информации по улучшению качества
- Разработка и поддержание сотрудничества с ключевыми отделами, такими как отдел службы внутреннего аудита, планирование и анализа медицинской помощи, инфекционного контроля

- Разработка статистических отчетов и отчетов по закономерностям в управлении рисками, предоставление данной информации соответствующей аудиторией
- Разработка правил и процедур в ключевых областях интереса ответственного лица по управлению рисками, таких как информированное согласие пациента на проведение той или иной манипуляции или процедуры, конфиденциальность оказания услуг, разрешение экстремальных событий
- Разработка образовательных программ для сотрудников всех уровней по разнообразным вопросам управлению рисками
- Предоставление ресурсов сотрудникам организации по вопросам профессиональной/общей ответственности и другим рискам.

2. Выполнение требований уполномоченного органа и аккредитующих организаций:

- Своевременное оповещение государственных служб о специфических инцидентах
- Своевременное соблюдение требований государственных служб, министерства
- Своевременное оповещение о летальных случаях
- Сотрудничество с ключевыми отделами по вопросам безопасности жизни

3. Деятельность по управлению рисками:

- Разработка Программы и Плана по управлению рисками
- Обучение и наблюдение за персоналом
- Оценка эффективности деятельности Программы

Доклад об инцидентах

При отсутствии в настоящее время госпитальной информационной системы, приемлемыми формами доклада являются служебные записки, письма, телефонные звонки и личный контакт.

Ответственное лицо по управлению рисками проверяет каждый доклад на предмет полноты изложения, объективности, искового потенциала. Проводится служебное расследование случая, вынесением предложений по решению проблемы и докладом в отдел службы внутреннего аудита. Составляются ежеквартальные и ежегодные отчеты с целью выявления проблемных участков и предоставления их в соответствующие отделы. В то время как отчеты являются ведущим методом сообщения нежелательных случаев и инцидентов, приветствуются также другие методы, особенно при возникновении острых вопросов, требующих немедленного внимания или вмешательства.

Альтернативными источниками данных являются:

1. Обзоры статей
2. Доклады о расследовании инцидентов и жалоб
3. Данные инфекционного контроля
4. Данные службы безопасности
5. Ежемесячные и ежеквартальные отчеты по анкетированию и поступившим обращениям.

Безопасность пациентов

Программа интегрирована с целью снижения медицинских ошибок, с Программой по улучшению качества и безопасности пациентов, в соответствии со стандартами здравоохранения МЗ РК.

При настоящей организационной структуре вопросы, связанные с безопасностью пациентов идентифицируются и докладываются в отдел службы внутреннего аудита с помощью системы оповещения инцидентов. Затем формируются команды по улучшению процессов для разработки плана действий, с целью разрешения вопросов, связанных с безопасностью пациентов.

Ответственные лица по управлению рисками активно вовлечены в процесс управления при чрезвычайных ситуациях. Сигналы тревоги и другая информация, касающаяся потенциальных медицинских (организационных) ошибок анализируются на постоянной основе. С целью обеспечения концепции безопасности, руководство ЦЯМ и О обязуются реагировать на каждый чрезвычайный случай по следующему алгоритму:

- Проверка каждого сигнала тревоги о чрезвычайной ситуации и направление его в соответствующую комиссию
- Быстрое реагирование Совета по чрезвычайным ситуациям с применением мер по устранению опасности

Обучение

Обучение являются составной частью Программы. Сотрудники и врачи ориентированы на выполнение целей Программы и осознают свою роль в этой программе. Персонал отдела службы внутреннего аудита обращается к руководителям подразделений по различным вопросам ответственного лица по управлению рисками. Руководители подразделений, при необходимости, проводят внутренние совещания, направленные на решение специфических задач по управлению рисками. Заведующие клиническими отделениями и руководители отделов ответственны за распространение информации среди подчиненных.

Ответственное лицо по управлению рисками оказывают содействие образовательным программам. Ежегодно посещают конференции по управлению риском, а также другие образовательные семинары, конференции, практикумы.

Отчеты

Завершенные отчеты о чрезвычайных случаях и неблагоприятных инцидентах хранятся на постоянной основе в Отделе службы внутреннего аудита. Протоколы заседаний медицинских комиссий подлежат хранению на постоянной основе у заместителей.

Конфиденциальность

Медицинские и немедицинские сотрудники ЦЯМ и О обязаны соблюдать «Соглашение о конфиденциальности», защиты персональных данных о пациентах, правил предоставления информации о пациенте.

Отдел службы внутреннего аудита и ответственное лицо по управлению рисками требуют соблюдения высокого уровня конфиденциальности при передаче отчетов и других видах коммуникаций. Соответствующее поведение сотрудников и медицинского персонала, а также их отношение к пациентам посетителям являются важными факторами в снижении количества жалоб организации.

Ключевыми индикаторами для обзора являются:

- Летальность (за исключением: смерть пациентов с хр.заболеваниями, у которых диагностированы терминальное состояние, болезнь в конечной стадии развития, или угасания деятельности всех систем). Обзор случаев летальности включает также корректировку после аутопсии.
- Осложнения, например, эмболия легочной артерии, расхождение швов, перевод в другие отделения при возникновении ятрогенных осложнений от процедуры и т.д. (иск: сопутствующие заболевания до поступления; гематомы, не требующие хирургического вмешательства; инфекции, передающиеся воздушно-капельным путем, обсужденные и зафиксированные комиссией по инфекционному контролю).
- Случай аноксии, например, остановка сердца или дыхания. (иск: смерть хронически больных пациентов, у которых диагностированы терминальное состояние, болезнь в конечной стадии развития, или угасания деятельности всех систем)
- Травматизм пациентов
- Отклонение в практике от руководств, правил, предписаний, норм или установленных процедур
- Расхождение диагнозов (предоперационного, послеоперационного и патоморфологического)
- Трансфузии жидкостей при отсутствии показаний

Новые риски

Ответственное лицо по управлению рисками несет ответственность за доклад о новых рисках и изменениях в рисках, в соответствии с принятыми процедурами и нормами (ежеквартально)

Мониторинг результатов

Мониторинг результатов Программы проводит руководитель Службы внутреннего аудита с обязательным предоставлением информации директору.

Мониторинг осуществляется посредством:

1. Деятельности Совета по качеству и докладом
2. Установлении правил и процедур, проверки и обзоров
3. Внутреннего и внешнего осмотров

Для подтверждения удовлетворительной работы Программы Совет по качеству производит оценку, ревизию и обзор программы на ежегодной основе, предоставляет материал на утверждение директору ЦЯМ и О.

Название МО: Центр ядерной медицины и онкологии города Семей	Составил(а): руководитель СВА Тулеутаев М.Е.
Отдел: СВА (управление рисками)	Дата ввода: Дата пересмотра: ежегодно
Утверждаю Председатель НС ЦЯМ и О г.Семей Аргынбекова А.С. _____	

План по реализации программы по управлению рисками на 2019 год

№	Мероприятие	Сроки проведения	Ответственные
1.	Проведение коллективного совещания по рискам (зав.отделениями, ст.медсестры, АХЧ)	январь 2019	Служба аудита, ответственные по рискам
2.	Утверждение списков по актуальным рискам	январь 2019	СВА
3.	Ранжирование рисков	январь 2019	СВА
4.	Анализ рисков, имевших место в диспансере	Ежеквартально	Зав. отделением, ст. медсестры, ответственные по рискам
5.	План по устранению рисков	Ежеквартально	СВА, ответственные по рискам
6.	Анализ по пересмотру рисков	1 раз в полугодие	СВА, ответственные по рискам
7.	Анализ работы службы по рискам	Декабрь	СВА, ответственные по рискам

Руководитель Службы внутреннего аудита:

Тулеутаев М.Е.

Ответственный по управлению рисками:

Рахимжанова Г.С.