

Тип документа	РУКОВОДСТВО					Страница 1 из 44	
Назначение	Все медицинские центры и отделения ТОО «В.В.НУРА» в Республике Казахстан						
Код	ББН-VIII/01	Номер	КАЧ-А1	Редакция	002		
Название	ПРОГРАММА ПО ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ						
Разработано	Менеджер по качеству	Жумажанова Д.С.					
Согласовано	Медицинский директор	Канафина Ш.М.					
	Руководитель клинико-операционного отдела	Рахымжан Г.С.					
Подписано	Исполнительный директор	Копцев М.В.					
Утверждено	Приложение № 3 к Протоколу Наблюдательного совета ТОО «В.В.НУРА» от 15.07.2019 года						
К внедрению с	01.08.2019 года						

ПРОГРАММА ПО ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ

г.Нур-Султан, 2019 год

Тип	РУКОВОДСТВО	Код	БН-VIII/01	Номер	КАЧ-А1	Редакция	002	Страница	2 из 44	
Название	ПРОГРАММА ПО ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ									

Содержание

1	Общие положения	3
2	Цель	3
3	Термины и определения	3-5
4	Область применения	5
5	Ответственность	5
6	Миссия, видение и ценности Компании	6
7	Стратегическое направление Компании	6-7
8	Принципы Руководства	7-8
9	Культура безопасности	8-9
10	Структура управления качеством медицинских услуг	9-11
11	Цикл Деминга «FOCUS PDCA»	11-12
12	Инциденты	13-14
13	Оценка рисков	14
14	Анализ корневых причин	14-15
15	Анкетирование пациентов Компании	15
16	Анкетирование сотрудников Компании	15-16
17	Анализ и мониторинг обращений	16
18	Врачебная экспертиза уровня качества диагностики и лечения	16
19	Приоритетные индикаторы качества	17
20	Шесть Международных целей безопасности пациентов	17
21	Обучение персонала, пациентов и их семей	18
22	Конфиденциальность информации	18-19
23	Функции ответственных лиц по повышению качества и безопасности пациентов	19
24	Структура отчетности по повышению качества и безопасности пациентов	20-21
25	Составлено на основании	22
26	Список изменений	2
27	Области приоритетных индикаторов качества (приложение 1)	23
28	Схема анализа FMEA (приложение 2)	33-34
29	Перечень инцидентов (приложение 3)	35-40
30	Индексы классификации медикаментозных ошибок по NCC MERP (приложение 4)	41
31	Блок-схема «Выбор корректного индекса в классификации медикаментозных ошибок NCC MERP» (приложение 5)	42
32	Блок-схема «Процесс отчетности об инцидентах/ неблагоприятных событиях»	43
33	Список ознакомления с документом	44

Тип	РУКОВОДСТВО	Код	БН-VIII/01	Номер	КАЧ-А1	Редакция	002	Страница 3 из 44	
Название	ПРОГРАММА ПО ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ								

1. Общие положения

1.1. Программа по повышению качества медицинских услуг и безопасности пациентов (далее – Руководство) разработано для структурных подразделений Компании ТОО «B.V.NURA» (далее – Компания) для создания единой системы контроля за качеством оказания медицинских услуг.

1.2. Настоящее Руководство способствует осуществлению Миссии и Видения Компании, обеспечивая систематический, координированный и непрерывный подход по повышению качества медицинских услуг и безопасности пациентов путем взаимодействия с другими программами Компании, постоянное совершенствование, стремление к непрерывному обучению, командной работы и соответствие национальным стандартам качества.

2. Цель

2.1. Целью настоящего Руководства является повышение качества медицинских услуг, безопасность пациентов и максимальное снижение рисков путем контроля и улучшения таких процессов как:

- 1) безопасность и права пациента и его семьи;
- 2) осмотр пациента и доступ к медицинской помощи;
- 3) уход за пациентом;
- 4) обучение пациента и его семьи;
- 5) управление рисками;
- 6) управление информацией;
- 7) профилактика и контроль инфекции;
- 8) совершенствование организационной деятельности;
- 9) управление человеческими ресурсами.

3. Термины и определения

3.1. В настоящем Руководстве применяются следующие термины:

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

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

Тип	РУКОВОДСТВО	Код	БН-VIII/01	Номер	КАЧ-А1	Редакция	002	Страница 4 из 44	
Название	ПРОГРАММА ПО ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ								

медицинской помощи.

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.

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

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 Медицинской организации делятся на потенциальные ошибки, ошибки и экстремальные события.

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.

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.

Риск – вероятность инцидента/неблагоприятного события, которое возникает в определенный период времени или в результате специфической ситуации;

Чрезвычайное событие (англ. Sentinel Event) – это вид инцидента, повлекший значительный вред здоровью. В Обществе к таким относятся события:

- неожиданная смерть:

Тип	РУКОВОДСТВО	Код	БН-VIII/01	Номер	КАЧ-А1	Редакция	002	Страница 5 из 44	
Название	ПРОГРАММА ПО ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ								

- не связанная с естественным течением болезни пациента или его состоянием (например, непредвиденная смерть во время транспортировки);
- суицид во время перевозки;
- смерть персонала или гражданина в результате дорожно-транспортного происшествия
- изнасилование, насилие, такое как нападение (приводящее к смерти или постоянной потере функции) или убийство (умышленное убийство) пациента, сотрудника, практикующего или другого лица во время транспортировки;
- инвалидность (в том числе потеря конечности или функции), или значительная психологическая травма, несвязанная с естественным течением заболевания;
- серьезный вред здоровью в результате ошибочного применения лекарственных средств;

Не все ошибки приводят к экстремальным событиям, и не все экстремальные события происходят только в результате медицинской ошибки. Определение события как экстремального также не подразумевает юридическую ответственность.

Культура безопасности – квалификационная и психологическая подготовленность всех лиц, при которой обеспечение безопасности является приоритетной целью и внутренней потребностью, приводящей к самосознанию ответственности и к самоконтролю при выполнении всех работ, влияющих на безопасность.

Экстремальное событие – это неожиданное происшествие, включающее смерть, серьезную физическую или физиологическую травму. Серьезная физическая травма включает потерю конечности или функции. Такие события называются экстремальными, потому что они указывают на необходимость немедленного расследования и реагирования.

Важно отметить, что термин «экстремальное событие» и «медицинская ошибка» не являются синонимами. Не все ошибки приводят к экстремальным событиям, и не все экстремальные события происходят только в результате медицинской ошибки. Определение события как экстремального также не подразумевает юридическую ответственность.

4. Область применения

4.1. Настоящее Руководство распространяется на все медицинские и немедицинские структурные подразделения Компании, а также на пациентов, посетителей и все внешние организации, оказывающие соответствующие услуги для структурных подразделений Компании.

Тип	РУКОВОДСТВО	Код	БН-VIII/01	Номер	КАЧ-А1	Редакция	002	Страница 6 из 44	
Название	ПРОГРАММА ПО ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ								

5. Ответственность

5.1. Ответственность за правильное выполнение целей настоящего Руководства возлагается на всех сотрудников медицинских и немедицинских структурных подразделений Компании, аутсорсинговых организаций, консультантов, выполняющих свои договорные обязательства с Компанией.

5.2. Ответственность за общий мониторинг Компании по выполнению и соответствию целей настоящего Руководства возлагается на утвержденных руководством организации должностных лиц.

6. Миссия, видение и ценности Компании

6.1. **Миссия Компании** – улучшение качества жизни пациентов посредством оказания высококвалифицированной комплексной нефрологической помощи.

6.2. **Видение Компании** – оказывая качественные медицинские услуги, соответствующие национальным и международным стандартам, стать ведущей группой клиник диализа и нефрологии в Казахстане.

6.3. **Ценности Компании:**

- **Доверие и взаимопонимание**

Высокое доверие и взаимопонимание между пациентом и сотрудниками нашей Компании является главными ценностями нашей организации. Мы стремимся укреплять доверие посредством этических практик, прямого общения и прозрачности. Все, что мы делаем, должно соответствовать ожиданиям наших пациентов и их семей или превосходить их.

- **Качество и безопасность**

Предоставление качественной медицинской помощи пациентам, соответствующей национальным и международным стандартам, с гарантией их безопасности и четкой ориентацией на удовлетворенность пациентов является главным требованием в деятельности нашей Компании.

- **Доступность**

Важной ценностью Компании является предоставление возможности получения населением необходимой медицинской помощи вне зависимости от социального статуса, уровня благосостояния и места проживания.

- **Корпоративный дух и позитивное мышление**

Коллектив нашей Компании – это сплоченная команда высокоспециализированных кадров, эффективно нацеленная на достижение лучших результатов в непрерывном повышении качества предоставляемых медицинских услуг.

7. Стратегическое направление Компании

Тип	РУКОВОДСТВО	Код	БН-VIII/01	Номер	КАЧ-А1	Редакция	002	Страница 7 из 44	
Название	ПРОГРАММА ПО ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ								

7.1. Для выполнения стратегии и плана развития Компании на 2017-2019 годы, ежегодно составляется операционный план Компании, где определяются приоритетные мероприятия на год. Для оценки выполнения мероприятий также определяются индикаторы (показатели работы).

7.2. Операционный план составляется и согласовывается коллективно с привлечением представителей различных структурных подразделений. Формирование проекта операционного плана и его индикаторов осуществляет администрацией Компании.

7.3. В Компании ежеквартально проводится мониторинг выполнения Операционного (годового) плана.

7.4. Согласно результатам оценки выполнения операционного плана за предыдущий год, руководством коллективно вырабатываются стратегические приоритеты работы на следующий год, которые должны быть поддержаны в организации в дальнейшей работе.

7.5. Разработка операционного плана основывается на стратегических принципах и целях Компании.

7.6. Стратегические принципы Компании:

- 1) ориентированность на пациента;
- 2) конкурентоспособность;
- 3) преемственность и комплексность;
- 4) социальная ответственность;
- 5) транспарентность управления;
- 6) финансовая устойчивость.

7.7. Стратегические цели Компании:

- 1) повысить доходность и обеспечить адекватное финансирование деятельности;
- 2) создать пациент-ориентированную систему оказания медицинской помощи;
- 3) повысить эффективность менеджмента медицинских услуг и производительность деятельности структурных подразделений;
- 4) научно-инновационная деятельность, конкурентноспособная на национальном уровне;
- 5) обеспечение трансферта инновационных технологий в систему здравоохранения Республики Казахстан;
- 6) стать узнаваемым поставщиком высококачественных медицинских услуг на территории Казахстана.

8. Принципы Руководства

8.1. Фокусирование внимания на сотрудниках Компании. Суть любого постоянного совершенствования системы организации – это фокусирование внимания на своих сотрудниках, как штатных, так и внештатных, таким образом система качества (далее – Система), получает

Тип	РУКОВОДСТВО	Код	БН-VIII/01	Номер	КАЧ-А1	Редакция	002	Страница 8 из 44	
Название	ПРОГРАММА ПО ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ								

необходимую информацию и понимание своих сотрудников. Далее это понимание может быть использовано для совершенствования Системы и/или медицинских услуг с целью более полного удовлетворения потребностей и ожиданий пациентов и медицинского персонала.

8.2. Постоянное совершенствование. В ходе постоянного совершенствования Система анализирует свои процессы для того, чтобы идти по пути улучшения качества своих услуг. Системный и научный подход совершенствования используется для того, чтобы постоянно улучшать и управлять процессами Системы. Постоянно совершенствующаяся Система всегда ищет новые пути для прогнозирования и удовлетворения потребностей своих пациентов и персонала.

8.3. Работа в команде. Одним из принципов работы Компании является привлечение и развитие творческого потенциала сотрудников, понимание того, что в некоторых случаях коллективное решение и мировоззрение превосходит отдельно взятые мнения. Повышая квалификацию и навыки всех сотрудников, Компания стремится к созданию более сильной и эффективной Системы.

8.4. 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. Система делает доступными ресурсы для обучения и опирается на знания и опыт своих сотрудников, чтобы улучшить предоставляемые услуги.

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

8.6. Создание некарательной рабочей обстановки. В Компании стремятся придерживаться политику открытости и приветствует следующие организационные процессы:

- 1) выявление и регистрацию инцидентов и принятых по ним мер;
- 2) извлечение уроков из совершенных медицинских ошибок для дальнейшего их предупреждения;
- 3) выявление и оценку общих рисков в организации касательно безопасности пациентов и медицинских ошибок;
- 4) инициирование мер по снижению рисков;
- 5) минимизация обвинения лиц, вовлеченных в медицинскую ошибку;
- 6) коллективная работа подразделений в разработке планов, процессов и механизмов по обеспечению безопасности пациентов;
- 7) обмен знаниями с целью изменения мышления и поведения персонала в сторону повышения качества предоставляемых услуг.

9. Культура безопасности

9.1. Медицинская организация стремится предоставлять всем

Тип	РУКОВОДСТВО	Код	БН-VIII/01	Номер	КАЧ-А1	Редакция	002	Страница 9 из 44	
Название	ПРОГРАММА ПО ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ								

пациентам услуги наивысшего качества и безопасности, которые соответствуют следующим принципам:

- **Безопасность** – медицинское обслуживание с тщательным соблюдением безопасности;
- **Забота** – медицинское обслуживание с заботой и сочувствием;
- **Качество** – медицинское обслуживание наивысшего качества;
- **Оперативность** – уменьшение времени в очереди на обслуживание;
- **Эффективность** – наилучшее медицинское обслуживание на основе клинических данных;
- **Рациональность** – избежание неэффективного использования времени и оборудования;
- **Равенство** – предоставление наилучших услуг независимо от демографических характеристик пациента;
- **Индивидуальный подход** – медицинское обслуживание с учетом культурных особенностей, потребностей и ценностей каждого пациента.

9.2. В Медицинской организации культура безопасности является высшим приоритетом. Все сотрудники вносят свой вклад в Культуру безопасности, постоянно оказывая друг другу поддержку, уделяя большое внимание работе в коллективе и в первую очередь обеспечивая безопасность пациентов.

9.2.1. Цель культуры безопасности пациентов – постоянно предоставлять каждому пациенту, которого Медицинская организация обслуживает, возможность выздоравливать в обстановке безопасности, покоя, удобства и чистоты.

9.3. **Ключевые принципы Культуры безопасности:**

9.3.1. **Внимание к мельчайшим деталям.** Медицинская организация заботится о безопасности пациентов, направляя свои основные усилия на обеспечение мер безопасности.

9.3.2. **Чёткое донесение информации.** Медицинская организация обеспечивает безопасность пациентов, сообщая правильную информацию правильным способом в правильное время.

9.3.3. **Взаимная поддержка.** В вопросах безопасности пациентов мнение каждого имеет равное значение. Сотрудники постоянно участвуют в процессе улучшения безопасности пациентов, сообщая о происшествиях, потенциальных ошибках/почти ошибках или проблемах, перенимают опыт друг у друга.

10. Структура управления качеством медицинских услуг

Тип	РУКОВОДСТВО	Код	БН-VIII/01	Номер	КАЧ-А1	Редакция	002	Страница 10 из 44	
Название	ПРОГРАММА ПО ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ								

10.1. **Правление Компании.**

10.1.1. Компания в области повышения качества рассматривает и определяет:

- 1) приоритетные мероприятия по повышению качества и безопасности пациента;
- 2) индикаторы операционного плана;
- 3) индикаторы качества в клинических, управленческих областях и по международным целям безопасности пациента по требованию национальных стандартов;
- 4) распределение ресурсов для поддержки повышения производительности;
- 5) другие сведения по улучшению качества и безопасности пациентов.

10.2. **Комиссия по качеству.**

10.2.1. Комиссия по качеству Компании является совещательным органом, действующим в процессе разработки и поддержании программ по улучшению качества предоставляемых медицинских услуг, в целях формирования политики Компании в области развития новых услуг, а также снижения рисков для пациентов

10.2.2. Для повышения эффективности работы Комиссии по качеству проводится постоянный мониторинг выполнения настоящей Программы, который рассматривает или определяет:

- 1) приоритетные мероприятия по повышению качества и безопасности пациента по своей инициативе или инициативе сотрудников, включенной в повестку заседания, сроки и ожидаемые результаты.
- 2) индикаторы качества услуг внешних Компаний (аутсорсинг и др.) и оценка внешних поставщиков услуг по исполнению договоров;
- 3) индикаторы качества в клинических, управленческих областях и по международным целям безопасности пациента по требованию национальных стандартов аккредитации, включая анализ нежелательных тенденций или отклонений, сравнение с прошедшим периодом, сравнение с другими организациями в РК или в мире;
- 4) отчеты по инцидентам, включая осложнения после лечебных/диагностических процедур (статистика, анализ, принятые меры по улучшению);
- 5) результаты ежеквартальных клинических аудитов, а также полнота устранения выявленных в ходе них несоответствий;
- 6) отчеты должностных лиц ответственных за менеджмент качества и безопасность пациентов по анализу корневых причин чрезвычайных событий;
- 7) отчеты должностных лиц ответственных за менеджмент качества и безопасность пациентов по аудиту медицинских карт на соответствие требованиям в Компании, в т.ч. стандартизация записей;
- 8) отчеты должностных лиц ответственных за менеджмент качества и безопасность пациентов по анкетированию пациентов;

Тип	РУКОВОДСТВО	Код	БН-VIII/01	Номер	КАЧ-А1	Редакция	002	Страница 11 из 44	
Название	ПРОГРАММА ПО ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ								

9) отчеты должностных лиц ответственных за менеджмент качества и безопасность пациентов по анализу жалоб пациентов;

10) отчеты должностных лиц Компании, отвечающие за реализацию Программы инфекционного контроля, безопасности и управлению больничными рисками, членов формулярной комиссии по управлению лекарственными средствами и др.;

11) отчеты об оценке деятельности структурных подразделений Компании в составе интегрированного отчета членам Правления;

12) отдает предпочтение системному подходу в решении проблем;

13) другие сведения по улучшению качества и безопасности пациентов.

10.3. Специализированные комиссии Компании.

10.3.1. Специализированные комиссии Компании состоят из представителей медицинского и административно-управленческого персонала и выполняют работу согласно следующим пунктам:

1) обеспечение реализации мероприятий по безопасности пациентов Компании и повышение качества медицинских услуг;

2) распределение ответственности по разработке и пересмотру внутренних правил и клинических протоколов лечения, которые влияют на качество медицинской помощи;

3) распределение ответственности по контролю за выполнением внешних и внутренних нормативных документов;

4) ведение систематического обзора привилегий и компетенций медицинского персонала (по мере необходимости);

5) тесное сотрудничество с должностными лицами, ответственными за менеджмент качества и безопасность пациентов, по вопросам безопасности пациентов и организационным вопросам;

6) сотрудничество и комиссий Компаний друг с другом при вопросах и ситуациях, требующих комплексного подхода.

10.4. Медицинский и немедицинский персонал Компании.

1) Медицинский и немедицинский персонал Компании (далее - Персонал) придерживаются миссии, ценностей Компании, принципов настоящей Программы и других нормативных документов Компании;

2) Персонал принимает участие в мероприятиях по повышению качества;

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

10.5. Роль пациентов в Компании.

1) Так как широкая общественность становится все более осведомленной о предоставлении медицинской помощи, пациенты выражают желание активно участвовать в этом процессе. Необходимо активно вовлекать

Тип	РУКОВОДСТВО	Код	БН-VIII/01	Номер	КАЧ-А1	Редакция	002	Страница 12 из 44	
Название	ПРОГРАММА ПО ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ								

пациентов и их родственников в процесс принятия решений о лечении и уходе, в обучение, улучшение системы отчетности об инцидентах.

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

11. Цикл Деминга «FOCUS PDCA»

11.1. Для эффективной работы Компании, 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:

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

11.2. **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) Составить план по улучшению процесса
D	(Do) Провести испытание предложенных изменений
C	(Check) Проверять результаты / изучать данные
A	(Act) В рабочем порядке поддерживаем положительный результат и продолжаем совершенствоваться

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.

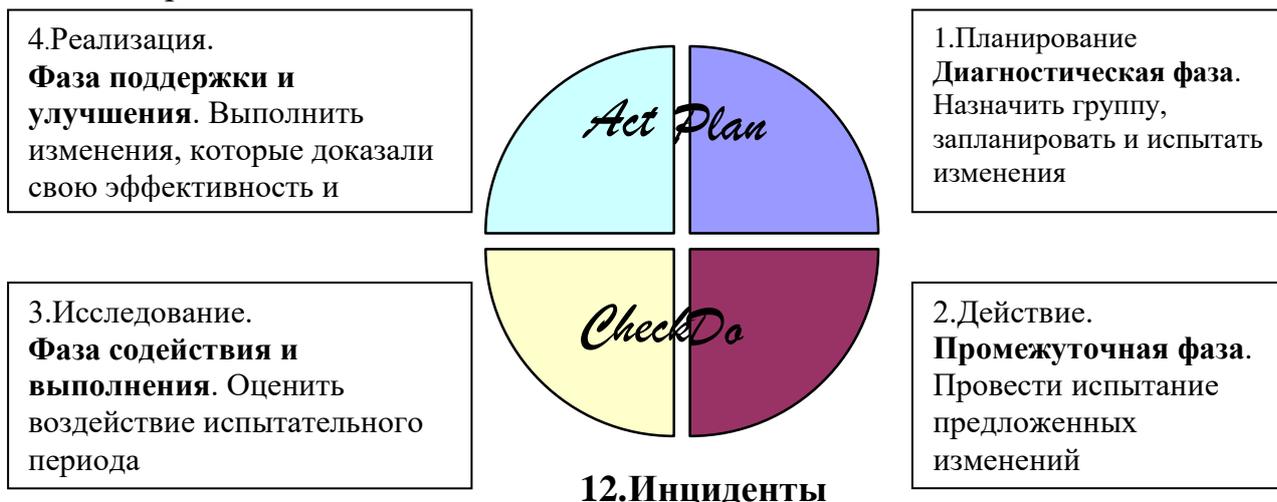
2 этап – Действие. Решения и попытки выполнения нескольких вмешательств, которые могут уменьшить проблемы (этап Вмешательства).

Тип	РУКОВОДСТВО	Код	БН-VIII/01	Номер	КАЧ-А1	Редакция	002	Страница 13 из 44	
Название	ПРОГРАММА ПО ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ								

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).

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



12.1. Выявление и разбор инцидентов осуществляется в соответствии с Руководством «Управление неблагоприятными событиями/ инцидентами» утвержденных приказом № 78 от 30.12.2016 года. Для оповещения руководства Предприятия об инцидентах имеется интернет- ресурс (на Яндекс-диске), куда отправляется вся информация в соответствии с утвержденной форме.

12.2. Программа качества не может выполняться эффективно без достоверной и полной отчетности о медицинских ошибках и инцидентах. руководствуется принципом, что ошибки в большинстве случаев происходят из-за дефектов организации рабочих процессов, а не из-за вины индивидуального лица.

12.3. Деятельность руководства направлена на улучшение систем и процессов, а не на дисциплинарное наказание лица, ответственного за ошибку или происшествие. Поэтому, целью Компании является внедрение не карательного подхода в управлении инцидентами. Таким образом, все сотрудники Компании обязаны сообщать обо всех произошедших и потенциальных ошибках и инцидентах без страха наказания.

12.4. Инциденты, о которых необходимо сообщить в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан должны быть своевременно сообщены в соответствующие органы.

12.5. Классификация инцидентов:

- 1) почти ошибка/near miss;

Тип	РУКОВОДСТВО	Код	БН-VIII/01	Номер	КАЧ-А1	Редакция	002	Страница 14 из 44	
Название	ПРОГРАММА ПО ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ								

2) ошибка или инцидент/error. По последствиям можно выделить инциденты, при которых нет вреда или есть незначительный вред.

3) чрезвычайное событие/sentinel event – инцидент, повлекший значительный вред здоровью, включая:

- смерть;
- инвалидность (в т.ч. потеря конечности или функции) или значительной психологической травме, не связанной с естественным течением заболевания;
- самоубийство пациента;
- серьезный вред здоровью в результате ошибочного применения лекарственных средств, ошибочной анестезиологической тактики;
- вспышка инфекции.

12.6. При выявлении инцидента/ошибки сотрудник Компании должен:

1) выполнить или обеспечить мероприятия по улучшению состояния пациента (первая помощь, осмотр и пр.);

2) выполнить или обеспечить мероприятия по защите здоровья окружающих (удаление потенциально опасных биологических жидкостей, предметов);

3) сообщить об инциденте лечащему врачу и другим сотрудникам Компании по необходимости;

4) запечатлеть/сохранить факты, информацию об инциденте (запомнить состояние пациента при инциденте, взять образцы для анализа, сфотографировать место инцидента, сохранить упаковку, ампулу, этикетку препарата и др.);

5) все сотрудники структурных подразделений Компании обязаны своевременно, в течение 24 часов, подавать информацию обо всех инцидентах происшедших в Компании ответственным должностным лицам.

13. Оценка рисков

13.1. В Компании проспективной (проактивной) методологией анализа рисков является «Оценка рисков и их последствий (FMEA)» (см. Приложение 2) ежегодно определяет процесс высокого риска и проводит анализ по методологии FMEA.

13.2. В Компании управление рисками проводится ответственным должностным лицом по управлению рисками (далее – менеджер). Менеджер является подотчетным Комиссии по качеству.

13.3. Оценка риска представляет собой процесс, который помогает сотрудникам понять уровень рисков, с которыми они сталкиваются, уровень способности управлять этими рисками, вероятность их возникновения и их возможных последствий. Это одно из ключевых направлений деятельности, которые должны быть применены на месте в рамках комплексной системы управления рисками для улучшения безопасности пациентов.

Тип	РУКОВОДСТВО	Код	БН-VIII/01	Номер	КАЧ-А1	Редакция	002	Страница 15 из 44	
Название	ПРОГРАММА ПО ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ								

13.4. Руководство Компании активно предупреждает риски, связанные с клиническими и неклиническими аспектами работы.

13.5. Главным инструментом предупреждения рисков является система управления рисками, основанная на следующих этапах:

- 1) распознавание рисков;
- 2) определение приоритетности;
- 3) отчет о рисках;
- 4) работа с рисками;
- 5) расследование нежелательных последствий;
- 6) разрешение выявленных проблем.

13.6. Таблица оценки рисков с определениями разработана в качестве руководства для специалиста, проводящего исследование, и уменьшения расхождений между результатами наблюдений.

13.7. Таблица оценки рисков Компании будет использована для оценки случаев, которые уже произошли (фактические данные), случаев, которые были предотвращены (потенциальные), а также при активной оценке рисков.

13.8. Необходимо проводить активную оценку рисков, проводя трейсеры, обходы и проверки в структурных подразделениях Компании.

14. Анализ корневых причин

14.1. Анализ корневой причины – попытка определить первопричину или основной источник ошибки, нарушения или несчастного случая. Большинство ошибок, нарушений или несчастных случаев имеют несколько причин, но меньше источников.

14.2. Все чрезвычайные инциденты подлежат анализу корневых причин.

14.3. Пошаговый анализ изучения причины и следствия помогает ответственным должностным лицам провести причинно-следственный анализ найти корневую причину так, чтобы можно было организовать и провести коррективные меры.

14.4. При анализе корневых причин необходимо составление действия по устранению корневой причины ошибки или инцидента, которые включают:

1) план мероприятий по устранению корневой причины, согласуется с руководством Компании и структурным подразделением, где произошел инцидент или обнаружен риск, а также с другими заинтересованными структурными подразделениями Компании. Назначается ответственное лицо для исполнения принятого решения;

2) трейсер/мониторинг – принятие решения всегда требует проверки его исполнения, ответственный за контроль назначается рабочей группой;

3) результаты трейсера/мониторинга – результаты проверки фиксируются в форме анализа корневых причин и сдаются в ОМК и БП.

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

Тип	РУКОВОДСТВО	Код	БН-VIII/01	Номер	КАЧ-А1	Редакция	002	Страница 16 из 44	
Название	ПРОГРАММА ПО ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ								

15. Анкетирование пациентов Компании

15.1. Анкетирование пациентов – важный показатель заинтересованности Компании к равноправному диалогу с пациентами, уважения его мнения и желания работать над собственной организационной системой.

15.2. При помощи анкетирования пациенты Компании могут выражать свои замечания, пожелания. Важно мнение каждого пациента, так как мнение одного пациента может выражать мнения тысячи.

15.3. Анкетирование и анализ анкет проводится ежемесячно менеджером по качеству.

15.4. Если анкета имеет замечание или несколько анкет имеют одинаковые замечания, то должностные лица, ответственные за менеджмент качества и безопасность пациентов, предпринимает меры по устранению причин данного замечания.

15.5. Результаты анализа предоставляются комиссии по качеству для обсуждения и принятия мер.

16. Анкетирование сотрудников Компании

16.1. Анкетирование сотрудников Компании – показатель заинтересованности руководства Компании в мнении, пожеланиях и замечаниях своих работников.

16.2. Удовлетворение пожеланий сотрудников напрямую может оказывать влияние на качество предоставляемых услуг, так как порой только сотрудник может увидеть определенную проблему, по устранению которой могут улучшиться условия труда работников и безопасность пациентов.

16.3. Результаты анализа предоставляются комиссии по качеству для обсуждения и принятия мер.

17. Анализ и мониторинг обращений

17.1. Работа по обращениям в Компании проводится согласно Закона Республики Казахстан от 12 января 2007 года № 221- III «О порядке рассмотрения обращений физических и юридических лиц».

17.2. В структурных подразделениях Компании имеют книги жалоб и предложений и ящики для обращений, где пациенты могут оставлять свои комментарии.

17.3. После оставления пациентами в книге жалоб и предложений своих комментариев по поводу ненадлежащих действий со стороны сотрудников или организационных моментов Компании, администраторы должны сообщить об этом должностным лицам, ответственным за менеджмент качества и безопасность пациентов, для быстрого и своевременного принятия мер по устранению причин жалобы.

Тип	РУКОВОДСТВО	Код	БН-VIII/01	Номер	КАЧ-А1	Редакция	002	Страница 17 из 44	
Название	ПРОГРАММА ПО ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ								

17.4. Помимо сообщений о жалобах, поступающих от структурных подразделений Компании, должностных лиц ответственные за менеджмент качества и безопасность пациентов, проводят еженедельную проверку всех книг жалоб и предложений для устранения причин жалоб, уведомлений о которых, в течение недели, должностным лицам ответственным за менеджмент качества и безопасность пациентов, не поступало.

17.5. Помимо книги жалоб и предложений в Компании существует телефон доверия (8-800-080-26-26), по которому пациенты могут выразить свои комментарии касательно предоставляемых услуг. Если устное обращение пациента расценивается как жалоба, то должностные лица, ответственные за менеджмент качества и безопасность пациентов, должны оперативно предпринять все необходимые меры по ее устранению.

17.6. Мониторинг обращений докладывается на ежемесячном совещании Компании.

17.7. В Компании ежеквартально руководством утверждается график приема пациентов.

18. Врачебная экспертиза уровня качества диагностики и лечения

18.1. Врачами – экспертами ежемесячно проводится экспертиза уровня качества оказанных медицинских услуг (далее - УКМУ), для выявления некорректных процедур и лечения, а также для общего мониторинга качества оказанных услуг Компании согласно протоколам диагностики и лечения.

18.2. Результаты УКМУ ежемесячно передаются на рассмотрение тарификационной комиссии.

19. Приоритетные индикаторы качества

19.1. Управление Компанией определяет наиболее важные «внешние» индикаторы качества клинического и административного направления для мониторинга динамики ключевого показателя результативности работы выбранных структурными подразделениями Компаний. Области выбранных приоритетных индикаторов качества компании перечислены в Приложении 1 настоящей Программы.

19.2. Необходимость мониторинга обосновывается непрерывным улучшением качества работы наиболее важных или проблемных процессов Компании, которые прямо или косвенно влияют на качество услуг и безопасность пациентов и сотрудников, а также на финансовые показатели Компании.

19.3. Согласно национальным стандартам выбираются индикаторы в следующих областях:

- 1) административные индикаторы;
- 2) клинические индикаторы (показатели эффективности диализных процедур);

Тип	РУКОВОДСТВО	Код	БН-VIII/01	Номер	КАЧ-А1	Редакция	002	Страница 18 из 44	
Название	ПРОГРАММА ПО ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ								

3) индикаторы по международным целям и безопасности пациента.

19.4. Ответственные структурные подразделения Компании за индикаторы качества ежеквартально, в зависимости от индикатора, сдают отчет должностным лицам, ответственным за менеджмент качества и безопасность пациентов.

19.5. Должностные лица, ответственные за менеджмент качества и безопасность пациентов ведут общий мониторинг всех индикаторов качества вместе с представителем структурного подразделения Компании, ответственного за этот индикатор, а также проводит сбор и агрегацию данных, анализ данных (если этого не делает другое ответственное подразделение), валидацию данных, предоставляет обратную связь с пользователями данных путем доклада данных по индикаторам на собраниях, рекомендует корректирующие мероприятия по устранению нежелательной динамики индикатора.

20. Шесть Международных целей безопасности пациентов

20.1. В соответствии с рекомендациями ВОЗ, требованиями национальных стандартов, а также в качестве части стратегии Компании по повышению качества и безопасности пациентов, Компания ведет работу по мониторингу внедрения шести международных целей безопасности пациентов (далее – МЦБП).

20.2. По каждому стандарту МЦБП приказами руководства Компании утверждены алгоритмы действий медицинского персонала.

20.3. Шесть Международных целей безопасности пациентов включают в себя:

- 1) правила идентификации пациентов;
- 2) порядок приема и передачи устной информации между медицинским персоналом;
- 3) правила хранения и движения лекарственных средств с высоким риском;
- 4) порядок верификации участка при проведении инвазивных и хирургических процедур;
- 5) программа гигиены рук;
- 6) программа профилактики падений.

21. Обучение персонала, пациентов и их семей

21.1. Обучение – главный процесс самосовершенствования и безопасности.

21.2. Сотрудники Компании информируют и обучают пациентов их правам и обязанностям, подготовке к лечебно-диагностическим мероприятиям, правилам сдачи биоматериалов для лаборатории, общему режиму во время и

Тип	РУКОВОДСТВО	Код	БН-VIII/01	Номер	КАЧ-А1	Редакция	002	Страница 19 из 44	
Название	ПРОГРАММА ПО ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ								

после лечебно-диагностических процедур, приему лекарств во время, до и после лечебно-диагностических процедур, уходу и питанию на дому и т.д.

21.3. Руководство Компании заинтересовано в непрерывном процессе обучения своих сотрудников на основе доказательной медицины. Сотрудники Компании имеют возможность получать опыт диагностики и лечения, проходя краткосрочное и долгосрочное обучение внутри или за пределами Республики Казахстан, а также участвуя в тематических семинарах и конференциях, в том числе международных.

21.4. Обучение сотрудников внутри Компании проводится в различных форматах: в виде лекций и презентаций на общих собраниях, обучающих мероприятиях, семинарах, в виде устного обучения в небольших группах непосредственно в структурном подразделении, распространением буклетов, памяток.

21.5. Также существует внутренняя система тренингов и трейсеров, проводимая руководителями структурных подразделений Компании, менеджерами по качеству, сектором ГО и ЧС, которые необходимы для практического закрепления и внутреннего системного обучения сотрудников Компании.

22. Конфиденциальность информации

22.1. Доступ к информации Компании 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.

22.2. При транспортировке между структурными подразделениями Компании, медицинская документация должна быть защищена и сопровождаться только уполномоченными сотрудниками Компании.

22.3. Ответственность за безопасность медицинских записей в медицинских подразделениях Компании распространяется на врачей и медицинских сестер этих медицинских подразделений Компании.

22.4. Медицинские записи не должны оставаться без присмотра, в условиях, где посетители могут иметь к ним доступ.

22.5. Медицинская документация не должны выходить за пределы Компании за исключением тех случаев, когда есть официальный запрос на имя Генерального директора.

22.6. Закрытые медицинские карты, сдаются в отдел медицинской статистики для статистической обработки данных. После проведенного анализа сотрудники медотдела сдают медицинские карты в архив Компании.

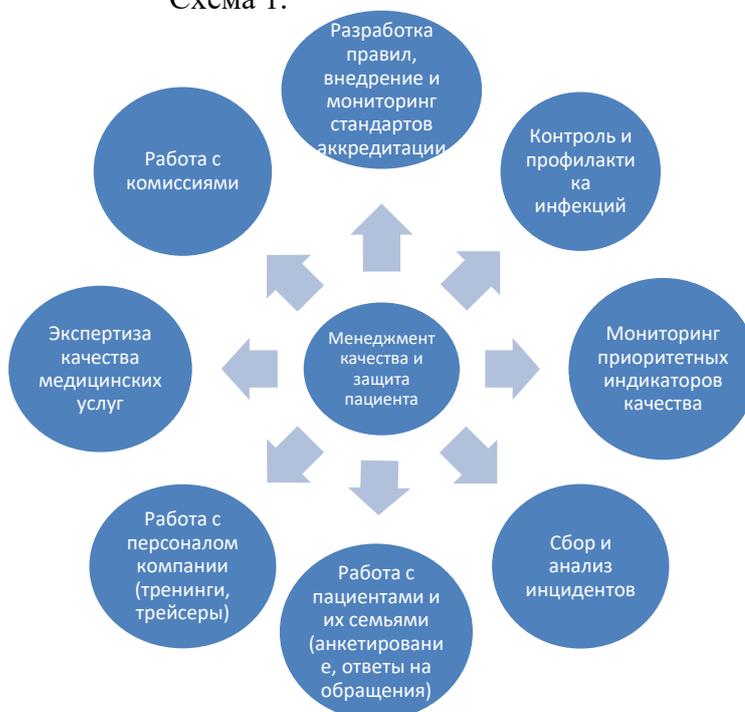
23. Функции ответственных лиц по повышению качества и безопасности пациентов

Тип	РУКОВОДСТВО	Код	БН-VIII/01	Номер	КАЧ-А1	Редакция	002	Страница	20 из 44	
Название	ПРОГРАММА ПО ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ									

23.1. Лица, ответственные за повышение качества и безопасность пациентов осуществляют свою деятельность в соответствии возложенными на них функциональными обязанностями.

23.2. Схема основных функций по безопасности пациентов представлена в схеме 1.

Схема 1.



24. Структура отчетности по повышению качества и безопасности пациентов Компании

24.1. Механизм отчетности состоит из систематического обмена информацией и обратной связи Совета директоров Компании, Комиссией по качеству, медицинскими и немедицинскими структурными подразделениями, специализированными комиссиями.

24.2. Структурные подразделения Компании сдают текущие отчеты, данные по итогам Производственно-инфекционного контроля, клиническому аудиту, инциденты, информацию по жалобам должностным лицами, ответственным за менеджмент качества и безопасность пациентов, если данные относятся к индикаторам операционного плана.

24.3. После согласования и анализа данных должностные лица, ответственные за менеджмент качества и безопасность пациентов, сдают отчеты Комиссии по качеству Компании, руководству Компании, Совету директоров Компании. Отчет/запрос данных по повышению качества и безопасности пациентов Компании производится согласно схеме 2.

Тип	РУКОВОДСТВО	Код	ББН-VIII/01	Номер	КАЧ-А1	Редакция	002	Страница 21 из 44	
Название	ПРОГРАММА ПО ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ								

Схема 2

**Схема интеграции и взаимодействия
Комиссии по качеству и действующих специализированных комиссий**



Тип	РУКОВОДСТВО	Код	БН-VIII/01	Номер	КАЧ-А1	Редакция	002	Страница 22 из 44	
Название	ПРОГРАММА ПО ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ								

Составлено на основании:

- Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 27 марта 2015 года № 173 «Об утверждении Правил организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг».
- Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 2 октября 2012 года № 676 «Об утверждении стандартов аккредитации медицинских организаций» (с изменениями и дополнениями от 5 июня 2018 года).
- «Руководство по интерпретации стандартов национальной аккредитации», 2019 г.

Список изменений:

№ ред.	Дата	№ приказа	Перечень изменений
001	30.12.2016	78	Руководство КАЧ-А1 «Повышение качества медицинской помощи и безопасности пациентов» введено впервые
002	15.07.2019	56	<ol style="list-style-type: none"> 1) Включены индикаторы качества деятельности подразделений. 2) Добавлено приложение «Перечень инцидентов» 3) Добавлено приложение «Индексы классификации медикаментозных ошибок по NCC MERP» 4) Добавлена блок-схема «Выбор корректного индекса в классификации медикаментозных ошибок NCC MERP» (приложение 5) 5) Блок-схема «Выбор корректного индекса в классификации медикаментозных ошибок NCC MERP» (приложение 5)

Тип	РУКОВОДСТВО	Код	БН-VIII/01	Номер	КАЧ-А1	Редакция	002	Страница 23 из 44	
Название	ПРОГРАММА ПО ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ								

Приложение 1

Области приоритетных индикаторов качества Компании

№	Наименование индикаторов	Ответственный исполнитель	Периодичность информации	Единица измерения	Источник информации	Пороговое значение
1	2	3	4	5	6	7
1	Административные индикаторы					
1.1	Коэффициент проведенных аудитов	КОО	Ежеквартально	Количество проведенных аудитов отчетный период*100/общее количество запланированных аудитов	Чек-лист замониторинга	100%
1.2	Удовлетворенность пациентов и их семей	КОО	Полугодие	Количество положительных анкет*100/общее количество анкет	Анкетные для пациентов отделения для оказания платных медицинских услуг	100%
1.3	Общее количество обоснованных жалоб по сравнению с аналогичным периодом прошлого года	КОО	Ежеквартально	Количество обоснованных жалоб за отчетный период *100/ количество обоснованных жалоб за предыдущий период	Ящик для обращений, журнал регистрации обращений, телефон доверия	Значение индикатора должно снижаться на 10%, по сравнению с отчетным периодом
1.4	Бюджетный мониторинг и контроль по целевому использованию	ФАО	Ежемесячно	Фактически затраты*100% / плановые затраты	Операционный план/фактный анализ (количественном/финансовом	95-105%

Тип	РУКОВОДСТВО	Код	БН-VIII/01	Номер	КАЧ-А1	Редакция	002	Страница 24 из 44	
Название	ПРОГРАММА ПО ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ								

	бюджетных средств					выражении), реестр оплат	
1.5	Выявление в отчетном периоде фактов нерационального и некорректного списания	ФАО	Ежемесячно	Количество нарушений списания (абсолютное число)	Операционный план/фактный анализ (количественном/финансовом выражении)		0
1.6	Соблюдение сроков сдачи, достоверности ежемесячной, квартальной и годовой отчетности руководству Компании	ФАО	Ежемесячно/ежеквартально/ежегодно	Количество выполненных отчетов в срок / общий график отчетов * 100	График отчетов %		98
1.7	Наличие предложений по повышению эффективного использования денежных средств Компании	ФАО	Ежегодно	Количество предложений (абсолютное число)	Операционный план/фактный анализ (количественном/финансовом выражении)		3
1.8	Доля финансовых средств, снятых за некачественное оказание медицинской помощи	ФАО	Ежемесячно	Сумма снятия по данным экспертизы ФСМС, СЭС/сумму реализации * 100	Акты выполненных работ, Заключение по мониторингу качества и объема медицинских услуг, Предписание об устранении нарушений СЭС	%	0,3

Тип	РУКОВОДСТВО	Код	БН-VIII/01	Номер	КАЧ-А1	Редакция	002	Страница 25 из 44	
Название	ПРОГРАММА ПО ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ								

1.9	Бесперебойное обеспечение ЛС, ИМН, РММ согласно заявленному количеству	ОО	Ежемесячно	Количество выполненных заявок по обеспечению ЛС, ИМН, РММ*100%/ общее количество заявок по обеспечению ЛС, ИМН, РММ	МИС «АКГЮН», Программа ЛС	100%	10
1.10	Доля исправно работающего медицинского оборудования	ОО	Ежеквартально	Количество исправно работающего медицинского оборудования *100/ общее количество медицинского оборудования	Реестр медицинского оборудования	100%	10
1.11	Количество проведенных обучений по ТБ, ЧС, пожарной безопасности и безопасности пациентов	ОО	Ежеквартально	Количество проведенных обучений по ТБ, ЧС, пожарной безопасности и безопасности пациентов* 100%/ план обучений по ТБ, ЧС, пожарной безопасности и безопасности пациентов	Журнал обучений	100%	10
1.12	Мониторинг реализации Программы по безопасности здания и инженерных систем	ОО	Ежеквартально	Количество выполненных пунктов по реализации Программы по безопасности здания и инженерных систем*100%/ общее количество пунктов, запланированных на квартал	Программа по безопасности здания и инженерных систем	100%	10

Тип	РУКОВОДСТВО	Код	БН-VIII/01	Номер	КАЧ-А1	Редакция	002	Страница	26 из 44	
Название	ПРОГРАММА ПО ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ									

1.13	Бесперебойное обеспечение системой инженерного обслуживания (включая обеспечение электричеством, водой и другими системами коммунальных услуг)	ОО	Ежеквартально	Количество выполненных заявок по обеспечению системой инженерного обслуживания*100%/ общее количество заявок по обеспечению системой инженерного обслуживания	Инцидент –репорт на Яндекс –диске	0%	10
1.14	Своевременное обновление информации на сайте Компании (техническая часть)	ОО	По мере поступления запросов	Количество выполненных запросов по обновлению информации*100%/ общее количество поступивших запросов	Сайт Компании	0%	10
1.15	Своевременное исполнение IT-заявок	ОО	По мере поступления запросов	Количество выполненных IT -заявок * 100%/ общее количество IT -заявок	Онлайн-форма IT -заявок	0%	10
1.16	Качественная реализация проектов по открытию центров	ОО	По мере поступления запросов	Количество выполненных пунктов по чек-листу*100%/ общее количество пунктов чек-листа	Чек-лист	0%	10
1.17	Качественное ведение складского учета	ОО	Ежемесячно	Фактически учтен склад*100%/общую материальную ведомость	МИС «АКГЮН»	0%	10
1.18	Бесперебойное обеспечение ЛС, ИМН, РММ согласно заявленному количеству	ОО	Ежемесячно	Количество выполненных заявок по обеспечению ЛС, ИМН, РММ*100%/ общее количество заявок по	МИС «АКГЮН», Программа 1С	0%	10

Тип	РУКОВОДСТВО	Код	БН-VIII/01	Номер	КАЧ-А1	Редакция	002	Страница 27 из 44	
Название	ПРОГРАММА ПО ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ								

				обеспечению ЛС, ИМН, РММ		
1.19	Удовлетворенность сотрудников корпоративными каналами коммуникаций	PR	Полное	Количество положительных анкет*100/ общее количество анкет	Анкетирование	100%
1.20	Представление в СМИ (системность и равномерность насыщения, доля публикаций содержащих ключевые сообщения, количество инициированных публикаций, тональность)	PR	Полное	Количество публикаций в СМИ (абсолютное число)	СМИ	4 публикации в год
1.21	Представление в соц.сетях (доля публикаций содержащих ключевые сообщения, охват аудитории)	PR	Полное	Количество положительных публикаций в соц.сетях с упоминанием В.В.NURA* 100%/ общее количество публикаций	Соц.сети	100%
1.22	Удовлетворенность пациентов информационной открытостью Компании, обратная связь с пациентами (газета и сайт)	PR	Полное	Количество положительных анкет*100/ общее количество анкет	Анкетирование для пациентов	100%
1.23	Корпоративный брендинг (продвижение через визуальный аспект)	PR	Ежегодно	Количество положительных анкет*100%/ общее количество анкет	Анкетирование для пациентов, партнеров и сотрудников	100%

Тип	РУКОВОДСТВО	Код	БН-VIII/01	Номер	КАЧ-А1	Редакция	002	Страница 28 из 44	
Название	ПРОГРАММА ПО ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ								

1.24	Текущее состояние кадров	Отдел правового обеспечения	Ежеквартально	Число уволенных (все причины) работников за данный период *100% / Общее фактическое число работников в данном периоде	Движение кадров	0%
1.25	Удовлетворенность сотрудников	Отдел правового обеспечения	Ежегодно	Количество положительных анкет*100/ общее количество анкет	Анкета для сотрудников	100%
1.26	Укомплектованность кадрами: общая (по всем категориям работников)	Отдел правового обеспечения	Ежеквартально	Число занятых позиций (ставок) по всем категориям работников на последнюю дату указанного отчетного периода*100% / общее число позиций по всем категориям работников на последнюю дату указанного отчетного периода	Штатное расписание	100%
1.27	Качество ведения личных дел	Отдел правового обеспечения	Полугодие	Число личных дел, содержание которых соответствует требованиям Организации* 100%/ общее число проверенных личных дел (проверять не менее 10% личных дел)	Личные дела	100%
1.28	Показатель доли сотрудников из числа врачебного, среднего	Отдел правового обеспечения	Ежегодно	Число врачебного, среднего медицинского персонала, обученного BLS	Наличие сертификата в личных делах сотрудников	100%

Тип	РУКОВОДСТВО	Код	БН-VIII/01	Номер	КАЧ-А1	Редакция	002	Страница 29 из 44	
Название	ПРОГРАММА ПО ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ								

	медицинского персонала, обученного мерам сердечно-легочной реанимации (BLS)				*100%/ общее число врачебного, среднего медицинского персонала			
1.29	Своевременное и достоверное представление финансовой и налоговой отчетности	Отдел бухгалтерского учета и отчетности	Ежеквартально, ежегодно	Количество представленной финансовой и налоговой отчетности в срок*100% / общее количество финансовой и налоговой отчетности за этот период	Первичные документы (акты, накладные, счета-фактуры)	0%	10	
1.30	Обеспечение соблюдения требований действующего законодательства РК в области налогообложения и бухгалтерского учета, учетной политики, налоговой учетной политики	Отдел бухгалтерского учета и отчетности	Ежегодно	Соблюдение выполненных требований *100% / общее число всех требований	Налоговый кодекс РК, МСФО, Учетная политика. НПА	0%	10	
1.31	Своевременное и правильное начисление и перечисление заработной платы, налогов, взносов, отчислений.	Отдел бухгалтерского учета и отчетности	Ежемесячно, ежеквартально	Количество своевременного начисления и перечисления заработной платы, налогов, взносов, отчислений*100%/ общее количество начислений заработной платы, налогов, взносов, отчислений за этот период	Система учета 1С:предприятие, Протокол заседания комитета, Приказы по кадровому составу.	0%	10	

Тип	РУКОВОДСТВО	Код	БН-VIII/01	Номер	КАЧ-А1	Редакция	002	Страница 30 из 44	
Название	ПРОГРАММА ПО ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ								

1.32	Своевременное и правильное отражение поступления, перемещения, списания ТМЦ. Учет поступления основных средств, проведение инвентаризации и имущества компании	Отдел бухгалтерского учета и отчетности	Ежемесячно, ежеквартально, ежегодно	Количество своевременно выполненных перемещений, списаний ТМЦ, инвентаризации имущества* 100%/ общее количество перемещений, списаний ТМЦ, инвентаризаций имущества	Первичные документы, приказ об инвентаризационной комиссии, Учетная политика	0%	10
1.33	Учет платных услуг сторонних организации	Отдел бухгалтерского учета и отчетности	Ежемесячно	Количество выставленных актов*100%/ общее количество оказанных услуг по реестрам	Реестры платных услуг	0%	10
1.34	Своевременное выставление счетов-фактур, ведение журнала выданных счетов-фактур, наличие актов выполненных работ, подписанных с обеих сторон.	Отдел бухгалтерского учета и отчетности	По датам оказания услуг согласно НК РК	Количество выставленных счетов-фактур в срок*100%/ общее количество предъявленных счетов-фактур к оплате за этот период	Акты выполненных работ	0%	10
1.35	Своевременное предоставление отчетности в гос.органы по учету импорта	Отдел бухгалтерского учета и отчетности	Ежеквартально	Количество своевременно предоставленной отчетности *100%/ общее количество предоставленной отчетности за этот период	Ежеквартальный отчет	0%	10
1.37	Своевременное и достоверное предоставление финансовой информации Банкам второго уровня,	Отдел бухгалтерского учета и отчетности	По мере поступления запросов	Количество выполненных запросов * 100%/ общее количество поступивших запросов	Балансы, Финансовая и налоговая отчетность	0%	10

Тип	РУКОВОДСТВО	Код	БН-VIII/01	Номер	КАЧ-А1	Редакция	002	Страница 31 из 44	
Название	ПРОГРАММА ПО ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ								

	Национальном у Банку								
2	Клинические индикаторы								
2.1	Количество обоснованных обращений (жалоб)	Региональный директор, Заведующие центрами	Ежеквартально	Абсолютное число	Журнал регистрации обращений	Значение индикатора стремится к нулю			
2.2	Самостоятельное урегулирование обращений в центрах	Региональный директор, Заведующие центрами	Ежемесячно	Количество урегулированных обращений* 100%/ общее количество обращений	Инцидент –репорт на Яндекс –диске, журнал регистрации обращений	100%			
2.3	Соответствие медицинских карт критериям оценки полноты, своевременности и разборчивости записей (в соответствии с клиническими протоколами МЗ РК)	Региональный директор, Заведующие центрами	Ежеквартально	Число выполненных критериев *100%/ общее число применимых критериев	Чек-лист мониторинга, амбулаторная карта	100%			
2.4	Контроль навыков персонала по оказанию экстренной помощи	Региональный директор, Заведующие центрами	Ежеквартально	Количество проведенных обучений * 100%/ план обучений персонала	План обучений сотрудников на год, программа, журнал и материал тренингов, результаты аттестации СМП	100%			
2.5	Показатель необоснованного отклонения лечебно-диагностических мероприятий от	Региональный директор, Заведующие центрами	Ежеквартально	Число случаев необоснованного отклонения лечебно-диагностических мероприятий от клинических протоколов *100%/ общее	Чек-лист мониторинга, амбулаторная карта	0%			

Тип	РУКОВОДСТВО	Код	БН-VIII/01	Номер	КАЧ-А1	Редакция	002	Страница 32 из 44	
Название	ПРОГРАММА ПО ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ								

	клинических протоколов				число проверенных карт		
2.6	Доля пациентов, ожидавших подключения к аппарату более 40 мин	Региональный директор, Заведующие центрами	Ежеквартально	Абсолютное число	Инцидент –репорт на Яндекс – диске	0	
2.7	Летальность на дому/в центре	Региональный директор, Заведующие центрами	Ежеквартально	Абсолютное число	Выгрузка из ЭРСБ и МИС «АКГЮН»	0%	
3	Индикаторы Международные цели по безопасности пациентов						
3.1	Доля правильного хранения лекарственных средств высокой степени риска	Региональный директор, Заведующие центрами	Ежеквартально	Число лекарственных средств высокой степени риска, хранящихся правильно *100%/ общее число лекарственных средств высокой степени риска	Чек-лист мониторинга	%	100
3.2	Лабораторный мониторинг гигиены рук	Региональный директор, Заведующие центрами	Ежеквартально	Число положительных посевов с рук персонала в промежутке после обработки и до манипуляции *100%/ общее количество посевов	Чек-лист мониторинга		0%

Тип	РУКОВОДСТВО	Код	БН-VIII/01	Номер	КАЧ-А1	Редакция	002	Страница 33 из 44	
Название	ПРОГРАММА ПО ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ								

Приложение 2

Схема анализа FMEA

При анализе FMEA относительный риск проблем и последствий состоит из 3 факторов:

- Эффект (тяжесть) – последствие или воздействие проблемы,
- Вероятность возникновения – вероятность того, что проблема случится,
- Способность выявить – способность установить ошибку до причинения вреда пациентам.

Что вы должны делать?

1. Рассмотрите риск или опасность, когда происходит непредвиденное.
2. Оцените **эффект и вероятность** риска, используя таблицу 1.
3. Оцените **способность выявить** риск, используя таблицу 2.
4. Подсчитайте **число приоритетности риска (ЧПР)**. Вычисление ЧПР = тяжесть * вероятность * выявляемость. Каждая из 3 составляющих по шкале от 1 до 10; Результат может быть от 1 до 1000. Желаемый результат: меньше или равно 100 – небольшая проблема.
5. Определите план действий.
6. После выполнения действий повторно подсчитайте ЧПР.

Таблица 1

ВЕРОЯТНОСТЬ	ЭФФЕКТ или ПОСЛЕДСТВИЯ				
	Катастрофическое 5	Крупное 4	Умеренное 3	Среднее 2	Незначительное 1
Почти вероятно 5	10	9	8	7	6
Вероятно 4	9	8	7	6	5
Возможно 3	8	7	6	5	4
Маловероятно 2	7	6	5	4	3
Редко 1	6	5	4	2	2

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ БАЛЛОВ

ПОСЛЕДСТВИЯ:	Насколько серьезно может нанести повреждение/навредить?
Катастрофическое	Смерть и значительное количество повреждений, экологическая катастрофа, крупные финансовые расходы

Тип	РУКОВОДСТВО	Код	БН-VIII/01	Номер	КАЧ-А1	Редакция	002	Страница 34 из 44	
Название	ПРОГРАММА ПО ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ								

Крупное	Серьезное число травм, огромный вред окружающей среде, крупные финансовые расходы
Умеренное	Требуется медицинская помощь, влияние на окружающую среду, высокие финансовые расходы
Среднее	Требуется первая помощь, незначительное влияние на окружающую среду и небольшие финансовые расходы
Незначительное	Травм и повреждений нет, слабое влияние на окружающую среду и малые финансовые расходы

ВЕРОЯТНОСТЬ	При каких событиях будет развиваться?
Почти вероятно	Ожидается в большинстве случаев
Вероятно	Наиболее вероятно, может случиться в большинстве случаев
Возможно	Может случиться в любое время
Маловероятно	Вероятно может случиться в какое-либо время
Редко	Может случиться только в эксклюзивных случаях

Таблица 2

Рейтинг	Описание	Определение
10	Нет шанса выявить	Механизм выявления проблемы не известен
9 и 8	Отдаленно / ненадежный источник сведений	Проблема может быть выявлена путем детальной инспекции, но это невозможно или займет много времени
7 и 6	Маловероятно	Ошибку можно выявить с помощью ручной (человеческой) проверки, но нет четкого процесса, поэтому все зависит от шанса / случая
5	Умеренный шанс выявления	Есть процесс двойной проверки или инспекции, но он не автоматизирован, либо применяется не всегда, либо зависит от бдительности человека
4 и 3	Высокий шанс	Есть процесс 100%-ной двойной проверки или инспекции, но он не автоматизирован
2	Очень высокий	100% инспекция процесса, она автоматизирована
1 (балл)	Известно, почти без сомнений	Есть система автоматического “отключения” или барьеры к профилактике проблем

Тип	РУКОВОДСТВО	Код	БН-VIII/01	Номер	КАЧ-А1	Редакция	002	Страница 35 из 44	
Название	ПРОГРАММА ПО ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ								

Приложение 3

Перечень инцидентов

Код А	Инциденты с персоналом	Ответственные за онлайн-отчетность	
A1	Другие	Администратор	
A2	Конфликты (сотрудник – сотрудник)	Заведующий Центром	
A3	Жалоба (все жалобы от сотрудников)	Администратор	
A4	Отсутствие работника в рабочее время на рабочем месте более 3 часов	Администратор	
A5	Ошибка медицинского работника при передаче информации	Лицо, выявившее ошибку	
Аварийная	A6.1	Контакт с биологическими жидкостями пациента, выходящий за рамки нормального контакта	Старшая медсестра
	A6.2	Уколы иглой/порез скальпелем	Старшая медсестра
НЕСЧАСТНЫЕ СЛУЧАИ НА ПРОИЗВОДСТВЕ	A7.1	Дорожное происшествие на транспорте организации при следовании к месту выполнения работы или с работы	Администратор
	A7.2	Дорожное происшествие на личном транспортном средстве при следовании к месту выполнения работы или с работы при наличии письменного согласия работодателя на право использования личного транспортного средства в служебных целях	Администратор
	A7.3	Дорожное происшествие на общественном транспорте, коммерческом такси при совершении действий по собственной инициативе в интересах работодателя	Администратор
	A7.4	Железнодорожное транспортное происшествие (строго в рабочие часы)	Администратор
	A7.5	Воздушно-транспортное происшествие	Администратор
	A7.6	Падение работника	Администратор
	A7.7	Падение работника с высоты	Администратор
	A7.8	Обрушение, обвалы, падение предметов, материалов, земли и т.д.	Администратор
	A7.9	Воздействие движущихся, разлетающихся, вращающихся предметов и деталей	Администратор
	A7.10	Поражение электрическим током	Администратор
	A7.11	Воздействие экстремальных температур (пожар)	Администратор
	A7.12	Убийство или телесные повреждения	Администратор

Тип	РУКОВОДСТВО	Код	БН-VIII/01	Номер	КАЧ-А1	Редакция	002	Страница 36 из 44	
Название	ПРОГРАММА ПО ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ								

	A7.13	Отравление дезинфицирующими средствами/токсическими веществами	Заведующий Центром
	A7.14	Профессиональное заболевание (при наличии заключения экспертной комиссии-ЭКПП).	Администратор
НЕ ЯВЛЯЮТСЯ	A8.1	Инциденты с кодами А7.1- А7.14 при выполнении пострадавшим по собственной инициативе работ или иных действий, не входящих в функциональные обязанности работника и не связанных с интересом работодателя	Заведующий Центром
	A8.2	Инциденты с кодами А7.1- А7.14 в случае, когда основной причиной явилось состояние алкогольного опьянения, употребления пострадавшим токсических и наркотических веществ (их аналогов).	Заведующий Центром
	A8.3	Инциденты с кодами А7.1- А7.14 в результате преднамеренного (умышленного) причинения вреда своему здоровью, а также при совершении пострадавшим;	Заведующий Центром
	A8.4	Инциденты с кодами А7.1- А7.14 из-за внезапного ухудшения здоровья пострадавшего, не связанного с воздействием производственных факторов, подтвержденного медицинским заключением.	Заведующий Центром
Код Б	Инциденты с пациентами		Ответственные за онлайн-отчетность
	Б1	Другие	Администратор
	Б2	Конфликты (пациент-пациент, пациент-персонал, пациент-посетитель)	Заведующий Центром
	Б3	Жалоба (все жалобы от всех пациентов)	Администратор
	Б4	Дорожное происшествие на транспорте организации	Администратор
	Б5	Пропуск сеанса диализа – пациент не явился на процедуру без уважительных причин.	Лечащий /дежурный врач
	Б6	Пропуск пациентом сеанса диализа в связи с транспортными проблемами	Лечащий /дежурный врач
Общес, связанное с	Б7.1	Использование неподходящих расходных материалов/диализаторов	Лечащий /дежурный врач
	Б7.2	Уменьшение продолжительности сеанса диализа (>15 минут) – досрочное отключение от процедуры по требованию пациента.	Лечащий /дежурный врач
	Б7.3	Увеличение продолжительности сеанса гемодиализа > 30 мин или проведение полноценного повторного сеанса диализа.	Лечащий /дежурный врач
	Б7.4	Гипотензия — лекарственные препараты/гипертонический раствор/более 300 мл физиологического раствора	Лечащий /дежурный врач

Тип	РУКОВОДСТВО	Код	БН-VIII/01	Номер	КАЧ-А1	Редакция	002	Страница 37 из 44	
Название	ПРОГРАММА ПО ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ								

	Б7.5	Случайное размыкание контура/кровопотеря из экстракорпорального контура	Лечащий /дежурный врач
	Б7.6	Аллергические реакции, требующие медицинского вмешательства (кроме анафилактического шока).	Лечащий /дежурный врач
	Б7.7	Госпитализация в стационар/перевод в отделение реанимации в связи с осложнениями, возникшими при проведении гемодиализа.	Лечащий /дежурный врач
	Б7.8	Анафилактический шок	Лечащий /дежурный врач
	Б7.9	Неблагоприятные реакции на лекарственные средства неаллергической природы (побочное действие ЛС)	Лечащий /дежурный врач
	Б7.10	Инфаркт	Лечащий /дежурный врач
	Б7.11	Астматический статус	Лечащий /дежурный врач
	Б7.12	Кровотечение	Лечащий /дежурный врач
	Б7.13	Сопор, кома	Лечащий /дежурный врач
	Б7.14	Гипотермия (<35*С)	Лечащий /дежурный врач
	Б7.15	Пирогенная реакция	Лечащий /дежурный врач
	Б7.16	Воздушная эмболия	Лечащий /дежурный врач
	Б7.17	Тромбоэмболия	Лечащий /дежурный врач
	Б7.18	Гемолиз	Лечащий /дежурный врач
	Б7.19	Остановка сердечной/дыхательной деятельности	Лечащий /дежурный врач
	Б7.20	Смерть (в Центре, не дома)	Лечащий /дежурный врач
	Б7.21	Сероконверсия к вирусам с парентеральным путем передачи	Лечащий /дежурный врач
	Б7.22	ВБИ (подтверждённые случаи)	Заведующий Центром
C	Б8.1	Инфицирование сосудистого доступа	Лечащий /дежурный врач
	Б8.2	Тромбоз сосудистого доступа	Лечащий /дежурный врач

Тип	РУКОВОДСТВО	Код	БН-VIII/01	Номер	КАЧ-А1	Редакция	002	Страница 38 из 44	
Название	ПРОГРАММА ПО ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ								

	Б8.3	Проблемы/осложнения сосудистого доступа (в т.ч. многократные попытки пункции, длительное кровотечение, недостаточная скорость кровотока)	Дежурная сестра
	Б8.4	Смещение иглы в доступе/самоудаление иглы	Дежурная сестра
Медикаментозная ошибка	Б9.1	Медикаментозная ошибка, Категория А: Предотвращенная ошибка - обстоятельства или события, имевшие возможность привести к ошибке.	Лицо, выявившее ошибку
	Б9.2	Медикаментозная ошибка, Категория В: Ошибка, не причинившая вреда - ошибка произошла, но не достигла пациента («ошибка пропуска», напр., невыполненное назначение).	Лицо, выявившее ошибку
	Б9.3	Медикаментозная ошибка, Категория С: Ошибка, не причинившая вреда - ошибка произошла, достигла пациента, но не причинила ему вреда	Лечащий /дежурный врач
	Б9.4	Медикаментозная ошибка, Категория D: Ошибка, не причинившая вреда - ошибка произошла, достигла пациента, и требуется мониторинг для подтверждения, что ошибка не нанесла вреда пациенту и/или потребовались вмешательства для предотвращения развития негативных последствий для пациента.	Лечащий /дежурный врач
	Б9.5	Медикаментозная ошибка, Категория E: Ошибка, причинившая вред пациенту - ошибка произошла, и способствовала / или повлекла за собой временный ущерб здоровью пациента и потребовала вмешательств.	Лечащий /дежурный врач
	Б9.6	Медикаментозная ошибка, Категория F: Ошибка, причинившая вред пациенту - ошибка произошла, и способствовала / или повлекла за собой временный ущерб здоровью пациента и потребовала краткосрочной или продолжительной госпитализации.	Лечащий /дежурный врач
	Б9.7	Медикаментозная ошибка, Категория G: Ошибка, причинившая вред пациенту - ошибка произошла и повлекла за собой постоянный ущерб здоровью пациента	Лечащий /дежурный врач
	Б9.8	Медикаментозная ошибка, Категория H: Ошибка, причинившая вред пациенту - ошибка произошла, и потребовала вмешательств для поддержания жизни пациента.	Лечащий /дежурный врач
	Б9.10	Медикаментозная ошибка, Категория I: Смерть - ошибка произошла, и это могло привести / привело к смерти пациента.	Заведующий Центром

Тип	РУКОВОДСТВО	Код	БН-VIII/01	Номер	КАЧ-А1	Редакция	002	Страница 39 из 44	
Название	ПРОГРАММА ПО ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ								

ПД	Б10.1	ПД: инфицирование выходного отверстия перитонеального катетера	Лечащий /дежурный врач
	Б10.2	ПД: диализный перитонит	Лечащий /дежурный врач
	Б10.3	ПД: Механические проблемы при проведении перитонеального диализа (подтекание диализирующего раствора, препятствие оттоку)	Лечащий /дежурный врач
Б11	Падение (в Центре или вблизи него)		Администратор
Б12	Самоубийство стационарного пациента		Заведующий Центром
Б13	Изнасилование (другим пациентом, персоналом, посетителями).		Заведующий Центром
Код В	Инциденты с посетителями		Ответственные за онлайн- отчеты
В1	Другие		Администратор
В2	Конфликты (посетитель- посетитель, посетитель - персонал)		Заведующий Центром
В3	Жалоба (жалобы вот всех посетителей)		Администратор
В4	Падение		Администратор
В5	Травмы		Заведующий Центром
Код Г	Инциденты в Центре, связанные с инфраструктурой, оборудованием, внешними сервисами		
Г1	Другие		Администратор
Г2	Незначительные нарушения в работе диализного аппарата, не влияющие на производственный процесс.		Лицо, ответственное за подачу заявки в Tedeco
Г3	Серьёзные нарушения в работе диализного аппарата, требующие его замены/ прекращения текущей процедуры		
Г4	Проблемы, связанные с установкой водоподготовки		
Г5	Проблемы с водоснабжением		Заведующий Центром
Г6	Проблемы с энергообеспечением		Заведующий Центром
Г7	Несоответствующая температура в помещениях Центра (>25 *C; < 18 *C)		Администратор
Г8	Повреждение здания и коммуникаций Центра		Заведующий Центром
Г9	Затопление помещений Центра		Заведующий Центром

Тип	РУКОВОДСТВО	Код	БН-VIII/01	Номер	КАЧ-А1	Редакция	002	Страница 40 из 44	
Название	ПРОГРАММА ПО ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ								

Г10	Пожар в здании Центра	Заведующий Центром
Г11	Разлив высокотоксичных веществ (разбитый ртутный градусник, кварцевая лампа).	Старшая медсестра
Г12	Проблемы, связанные с внешними сервисами, т.е. поставкой продуктов питания, прачечной, лабораторией, ЦСО	Администратор
Г13	Сбои в работе программного обеспечения	Администратор
Г14	Кража (у пациента, у персонала, у посетителя) / хищение имущества ТОО «В.В.NURA».	Заведующий Центром
Код Д	Инциденты с расходными материалами	
Д1	Другие	Старшая медсестра
Д2	Истечение срока годности ЛС или ИМН, непригодность к медицинскому применению.	Старшая медсестра
Д3	Повреждения при транспортировке / заводской брак диализатора.	Старшая медсестра
Д4	Повреждения при транспортировке / заводской брак кровопроводящих магистралей.	Старшая медсестра
Д5	Повреждения при транспортировке / заводской брак картриджей, канистр.	Старшая медсестра
Д6	Повреждения при транспортировке / заводской брак других ИМН.	Старшая медсестра
Д7	Повреждения при транспортировке / заводской брак ЛС.	Старшая медсестра
Д8	Проблемы с поставкой расходных материалов – ошибочная /неполная/ несвоевременная поставка	Старшая медсестра
Д9	Замена диализатора и/или кровопроводящих магистралей в связи с тромбозом (с указанием приблизительного объема кровопотери).	Старшая медсестра
Д10	Повреждения/ брак расходных материалов для перитонеального диализа	Старшая медсестра
Д11	Проблемы с поставкой расходных материалов для проведения перитонеального диализа	Старшая медсестра

Тип	РУКОВОДСТВО	Код	БН-VIII/01	Номер	КАЧ-А1	Редакция	002	Страница 41 из 44	
Название	ПРОГРАММА ПО ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ								

Индексы классификации медикаментозных ошибок NCC MERP

Категория А:

Предотвращенная ошибка - обстоятельства или события, имевшие возможность привести к ошибке.

Категория В:

Ошибка, не причинившая вреда - ошибка произошла, но не достигла пациента («ошибка пропуска», напр., невыполненное назначение).

Категория С:

Ошибка, не причинившая вреда - ошибка произошла, достигла пациента, но не причинила ему вреда

Категория D:

Ошибка, не причинившая вреда - ошибка произошла, достигла пациента, и требуется мониторинг для подтверждения, что ошибка не нанесла вреда пациенту и/или потребовались вмешательства для предотвращения развития негативных последствий для пациента.

Категория Е:

Ошибка, причинившая вред пациенту - ошибка произошла, и способствовала / или повлекла за собой временный ущерб здоровью пациента и потребовала вмешательств.

Категория F:

Ошибка, причинившая вред пациенту - ошибка произошла, и способствовала / или повлекла за собой временный ущерб здоровью пациента и потребовала краткосрочной или продолжительной госпитализации.

Категория G:

Ошибка, причинившая вред пациенту - ошибка произошла и повлекла за собой постоянный ущерб здоровью пациента.

Категория H:

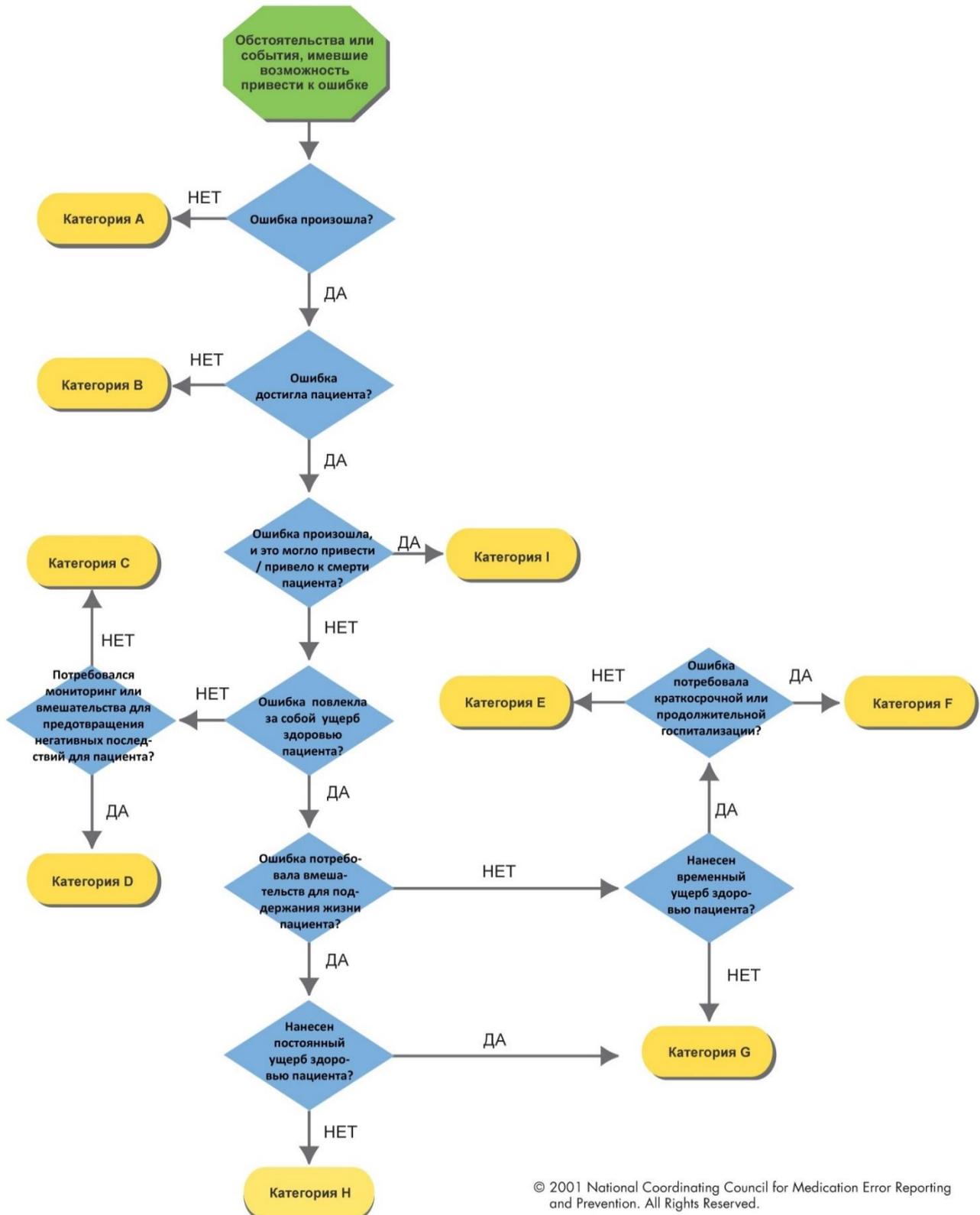
Ошибка, причинившая вред пациенту - ошибка произошла, и потребовала вмешательств для поддержания жизни пациента.

Категория I:

Смерть - ошибка произошла, и это могло привести / привело к смерти пациента

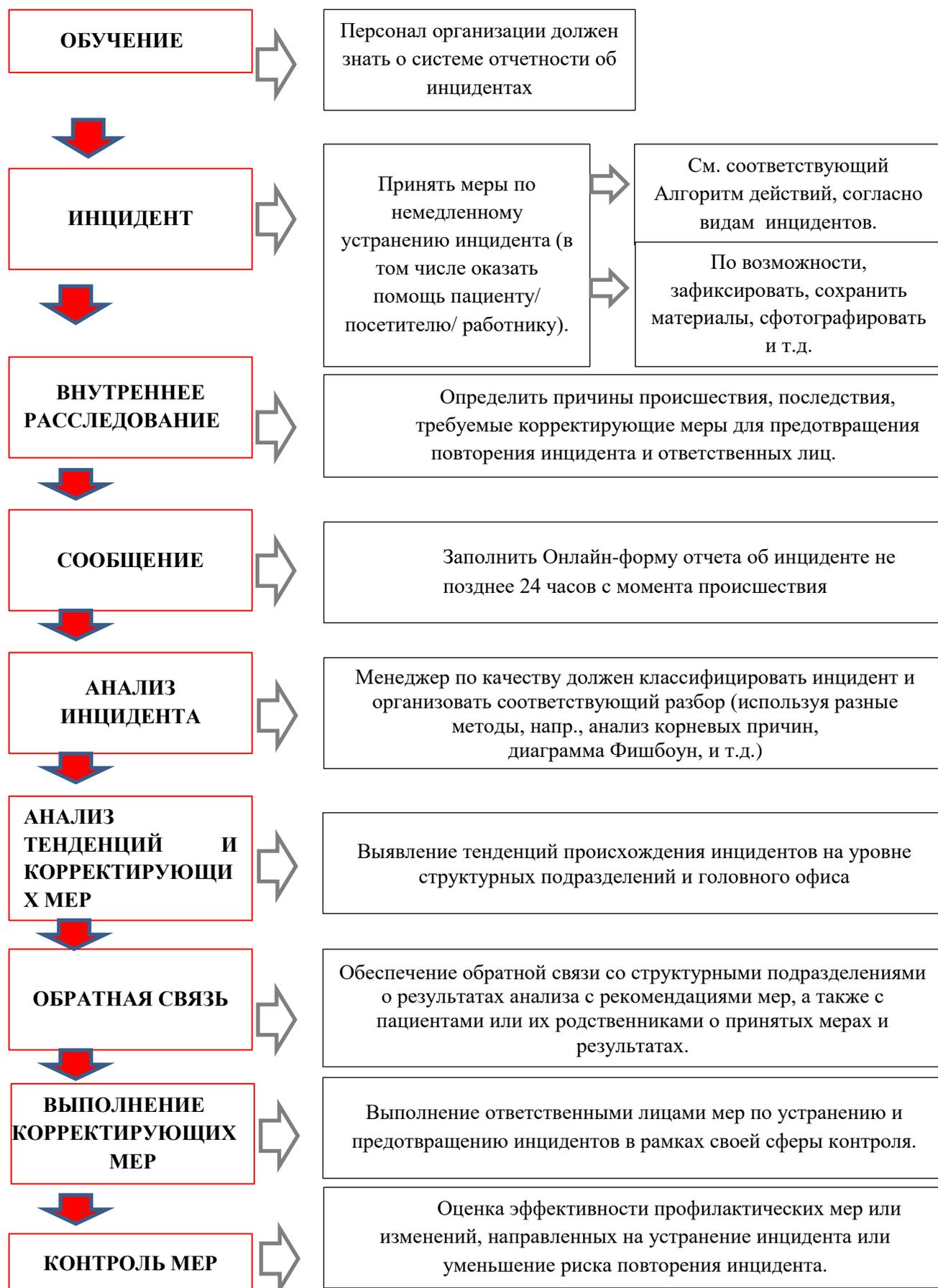
	Предотвращенная ошибка
	Ошибка, нет вреда
	Ошибка, причинен вред
	Ошибка, смерть

Блок-схема «Выбор корректного индекса в классификации медикаментозных ошибок NCC MERP»



Приложение 6

Блок-схема «Процесс отчетности об инцидентах/ неблагоприятных событиях»



Тип	РУКОВОДСТВО	Код	БН-VIII/01	Номер	КАЧ-А1	Редакция	002	Страница 44 из 44	
Название	ПРОГРАММА ПО ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ								

Список ознакомления с документом

№	ФИО	Должность	Дата	Подпись
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				
26.				
27.				
28.				
29.				
30.				
31.				
32.				
33.				
34.				