

Утвержден
решением Наблюдательного совета
ГКП на ПХВ «Областная клиническая больница»
Управления общественного здоровья Туркестанской
области

Приложение № _____
к протоколу очного заседания Наблюдательного совета
ГКП на ПХВ «Областная клиническая больница»
Управления общественного здоровья Туркестанской
области
от «03» _____ 2021 года № 01/03



**Руководство по улучшению качества
государственного коммунального предприятия на праве хозяйственного
ведения «Областная клиническая больница» Управления общественного
здоровья Туркестанской области**

г. Шымкент, 2021 год



Руководство по улучшению качества

1. Введение

1.1 *ГКП на ПХВ «Областная клиническая больница» (далее ОКБ)* в своей ежедневной деятельности ставит высшим приоритетом непрерывное улучшение качества оказываемых услуг и повышение безопасности пациента. С этой целью ОКБ прилагает все усилия, чтобы удовлетворять требования национальной аккредитации Республики Казахстан, международных стандартов аккредитации Joint Commission International (далее - *JCI*), международных стандартов менеджмента качества ИСО (ISO) и других признанных программ, направленных на улучшение качества по решению Руководства ОКБ.

1.2 Улучшение качества и безопасности преследуется не только в лечении и уходе за пациентом, но и в создании комфортной и безопасной среды в ОКБ. В выполнении Программы по улучшению качества и безопасности пациентов (далее - *Программа*) задействованы руководство и все сотрудники ОКБ, а также пациенты, члены их семьи и посетители.

1.3 Эффективность выполнения настоящей Программы достигается путем планирования, измерения и улучшения систем и процессов на основе лучшей мировой практики. Все мероприятия, направленные на улучшение качества и безопасности пациентов координируются между собой.

1.4 Руководство ОКБ способствует созданию некарательной обстановки и высокой этики среди персонала путем внедрения системного улучшения вместо точечных карательных мер.

1.5 Руководство ОКБ поддерживает культуру безопасности и считает ее одним из приоритетов организации.

1.5.1 Руководство создает условия для повышения культуры безопасности - разработка и внедрение мероприятий, обеспечивающих вовлеченность персонала всех уровней в процесс ее совершенствования.

1.5.2 Руководство поддерживает документирование неблагоприятных событий, которое в свою очередь может повышать ощущение безопасности и уменьшить количество инцидентов в ОКБ.

1.6 Понятия качество и менеджмент качества связаны с понятиями безопасность, культура безопасности и организационная культура.



1.7 Настоящая Программа определяет основные ресурсы и направления деятельности в области улучшения качества, а также управление рисками в ОКБ.

2. Цель и задачи

2.1 **Цель Программы** - непрерывное улучшение и поддержание высокого качества услуг и безопасности пациентов ОКБ. Целями Программы по улучшению качества являются такие действия как:

2.1.1 Содействовать осуществлению миссии системы и стратегического плана;

2.1.2 Обратит внимание на внутренние и внешние потребности и ожидания пациентов;

2.1.3 Обеспечить механизм для установления общесистемных приоритетов для повышения производительности;

2.1.4 Постоянно совершенствоваться, используя стандарты не в качестве целей, а как изначальный фокус;

2.1.5 Извлекать выгоду из знаний индивидуума и его вклада в непрерывный процесс улучшения качества;

2.1.6 Содействовать улучшению средств связей с научным подходом по решению проблем;

2.1.7 Разработать показатели эффективности производительности, согласующиеся со стратегическим планом системы;

2.1.8 Объединить и координировать деятельности по улучшению производительности среди всех служб и дисциплин;

2.1.9 Учиться и использовать подтверждения, основанные на методах и информационной поддержке, для улучшения процессов и работы.

2.1.10 Использовать индикаторы для оценки и мониторинга культуры безопасности в ОКБ и реализует улучшения, определенные с помощью мониторинга и оценки

2.1.11 Внедрять процесс для предотвращения наказания лиц, которые сообщили о проблемах, связанных с культурой безопасности.

2.2 Задачи Программы:

2.2.1 определять внутренние и внешние потребности и ожидания пациентов;

2.2.2 предоставлять механизм для определения системных приоритетов в повышении производительности (эффективности) работы;



2.2.3 стимулировать постоянное совершенство, используя стандарты не в качестве конечных целей, а как первоначальный фокус;

2.2.4 стимулировать каждого из сотрудников вносить свой вклад в виде знаний и действий в непрерывный процесс улучшения качества;

2.2.5 содействовать эффективной коммуникации (общению) среди сотрудников, пациентов и населения используя научные подходы в решении проблем;

2.2.6 стимулировать сотрудников учиться на основе лучшей практики, использовать доказательную базу и достоверную информацию в повышении качества и безопасности;

2.2.7 оценивать культуру безопасности на регулярной основе с использованием различных методов, таких как формальные исследования, фокус-группы, интервью персонала, анкетирование персонала и анализ данных.

2.2.7.1 предоставлять простую, доступную и конфиденциальную систему сообщений о вопросах, относящихся к культуре безопасности в ОКБ.

2.2.7.2 решать проблемы нежелательного поведения отдельных лиц, работающих на всех уровнях ОКБ, в том числе управленческий, клинический и административный персонал, внештатные консультанты, резиденты и члены управляющих органов.

3. Область применения и интеграция:

3.1. Программа является обязательной для выполнения всеми сотрудниками ОКБ, внешними консультантами и сотрудниками внешних контрактных организаций, оказывающих услуги ОКБ, а также вовлекает пациентов, членов семьи, посетителей и обслуживаемое население.

3.2. Программа предусматривает интеграцию всех компонентов и участников:

- междисциплинарный подход с участием многих подразделений и дисциплин, и не рассматривается как исключительная сфера деятельности какого-то одного направления работы или одного подразделения;

- взаимосвязь и координацию между различными внешними и внутренними нормативными документами и мероприятиями по их выполнению;

- постоянное совершенствование работы каждого сотрудника и его/ее вклада в формирование благоприятной некарательной рабочей обстановки, культуры безопасности;

- применение методологии улучшения качества работы в соответствии



с потребностями пациентов, сотрудников и действующей системой менеджмента качества.

- преимущество системного подхода вместо временного точечного решения;

- все этапы менеджмента качества: планирование, дизайн, измерение, мониторинг исполнения, оценку мероприятий и их улучшение.

3.3. Поток информации о качестве и безопасности пациента проходит снизу вверх (от сотрудников к руководству) и сверху вниз (от руководства к сотрудникам) (по всей организации путем привлечения руководителей всех структурных подразделений в Совет по качеству; устно через еженедельные общепольничные конференции и письменно через стенды, служебные письма.

4. Термины, определения и сокращения

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 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 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.

Чрезвычайное событие (англ. Sentinel Event) - это вид инцидента, повлекший значительный вред здоровью. К таким относятся события:

- неожиданная смерть: 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 потери 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.

5. Ресурсы: методические пособия, бланки и электронные формы для ведения необходимых документов для реализации Программы (Анализ корневых причин, паспорта индикаторов, таблицы FMEA и др.).

6. Документирование:

- 1) Отчет Руководству о реализации Программы по улучшению качества;
- 2) Протоколы заседания Совета по качеству;
- 3) Отчет по проведенному Анализу корневых причин;
- 4) Показатели индикаторов качества;
- 5) Информация по проекту FMEA, проектам по улучшению работы и др.

7. Миссия, видение, ценности интеграции, приоритеты.

В Медицинской организации миссия, видение, стратегические планы и приоритеты по улучшению качества взаимосвязаны между собой и выполняются посредством систематического процесса планирования, реализации, оценки и улучшения работы.

7.1 Миссия - через традиции и профессионализм сохранить и улучшить человеческую жизнь путем оказания доступной медицинской помощи на уровне международных стандартов.

7.1 Видение – Стать передовой многопрофильной клиникой укомплектованной всеми видами медицинской помощи на основе взаимодействия клинической, научной и образовательной практики, эффективно функционирующей в конкурентной среде.

7.2 Ценности: компетентность и профессионализм, пациентоориентированность, сочувствие и уважение, честность и порядочность, ответственность и надежность, наставничество и креативность.

8. Культура безопасности

8.1. Медицинская организация стремится предоставлять всем 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.

8.2. В ОКБ 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.

8.2.1. Цель культуры безопасности пациентов - постоянно предоставлять каждому пациенту, которого ОКБ обслуживает, возможность выздоравливать в обстановке безопасности, покоя, удобства и чистоты.

8.3. Ключевые принципы Культуры безопасности:

8.3.1. Внимание к мельчайшим деталям. ОКБ заботится о безопасности пациентов, направляя свои основные усилия на обеспечение мер безопасности.

8.3.2. Чёткое донесение информации. ОКБ обеспечивает безопасность пациентов, сообщая правильную информацию правильным способом в правильное время.

8.3.3. 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.

8.4. Роль Руководства:

8.4.1. Создает организационную культуру, которая поддерживает подотчетность и прозрачность.

8.4.2. Корректирует поведение всех сотрудников ОКБ, которое



является неприемлемым.

8.4.2.1. Руководство и сотрудники ОКБ следуют кодексу поведения.

8.4.3. Поддерживает реализацию мероприятий по обучению и распространению информации для всех сотрудников.

8.4.4. Определяет, каким методом вопросы, связанные с культурой безопасности в ОКБ идентифицируются и управляются.

8.4.5. Предоставляет ресурсы для продвижения и поддержки культуры безопасности в ОКБ.

8.4.6. Предоставляет простую, доступную и конфиденциальную систему сообщения о вопросах, относящихся к культуре безопасности (отчетность об инцидентах) в ОКБ на Госпитальном Совете, на утренних планерках.

8.4.7. Гарантирует, что все сообщения - инциденты, связанные с культурой безопасности будут расследованы своевременным образом, повышая уровень доверия и интерес сотрудников к проблемам безопасности, позволяют наладить систему обмена информацией между руководством и подчиненными.

8.4.8. Способствует созданию некарательной обстановки и высокой этики среди персонала путем внедрения системного улучшения вместо точечных карательных мер.

8.4.9. Использует для измерения качества предоставляемых услуг и оценки и мониторинга культуры безопасности в ОКБ - индикаторы (КІР) признанными в ОКБ показателями качества и безопасности медицинского обслуживания.

8.4.10. Реализует улучшения, определенные с помощью мониторинга, оценки. Отчеты по анализу мониторинга КІР позволяют определить успешные аспекты деятельности, и те аспекты, которые требуют улучшения.

8.4.11. Измеряет и контролирует получаемое пациентами медицинское обслуживание на основе фактических данных.

8.4.12. Стимулирует сотрудничество между персоналом разного уровня и специализаций для решения проблем безопасности пациентов (например, разбор инцидента, анализ корневых причин при чрезвычайном событии - Sentinel Event).

9. Принципы программы

Программа основана на следующих принципах:



9.7.4. Мы будем соблюдать программу по безопасности, руководство по гигиене рук и другие правила для обеспечения культуры безопасности труда, направленные на профилактику с инфекцией, политики по борьбе с инфекцией.

9.7.5. Мы будем соблюдать все правила в отношении обращения, хранения, использования и утилизации опасных материалов, других загрязняющих веществ и инфекционных отходов.

9.7.6. Мы стремимся выявить потенциальные или почти ошибки, сообщить о них в службу внутренней экспертизы (СВЭ) с целью их исправления надлежащим образом.

9.7.7. Любой сотрудник, работающий в ОКБ должен носить соответствующую бейдж с личной фотографией, который удостоверяет личность, специальность и принадлежность к определенному блоку ОКБ.

10. Структура системы, полномочия и ответственность.

10.1 Наблюдательный Совет:

10.1.1 Принимает участие в мерах по улучшению качества ухода и лечения и повышению безопасности пациента.

10.1.2 Наблюдательный Совет делегирует первому руководителю и его заместителям ответственность за надзор всех мероприятий по улучшению качества и безопасности пациентов, включая внедрение настоящей Программы.

10.2 Руководство ОКБ ответственно за внедрение и поддержание Программы по улучшению качества и безопасности пациентов. Руководство должно поддерживать постоянное улучшение качества и безопасности пациентов, запланировано инвестирует в качество и культуру безопасности требуемые ресурсы. С помощью ежеквартальной отчетности Службы поддержки пациента и внутренней экспертизы (далее СППиВЭ) ведет мониторинг прогресса, в связи с этим ведет пересмотр настоящей Программы качества на ежегодной основе.

10.2.1 В области улучшения качества Руководство рассматривает и определяет:

- приоритетные мероприятия по повышению качества и безопасности пациента;
- индикаторы операционного плана;
- индикаторы качества в клинических, управленческих областях и по международным целям безопасности пациента по требованию стандартов



национальной аккредитации или JCI;

- отчеты СППиВЭ по анкетированию пациентов;
- проекты по повышению эффективности работы (ППЭР) и отчеты

Отдела качества по их исполнению;

- распределение ресурсов для поддержки повышения производительности;
- другие сведения по улучшению качества и безопасности пациентов.

Отдел СППиВЭ.

Для повышения эффективности, постоянный мониторинг выполнения настоящей Программы проводит – Отдел СППиВЭ, который рассматривает или определяет:

- приоритетные мероприятия по повышению качества и безопасности пациента по своей инициативе или инициативе сотрудников, включенной в повестку заседания, сроки и ожидаемые результаты.
- индикаторы качества по требованию стандартов национальной аккредитации или JCI, включая анализ нежелательных тенденций или отклонений, сравнение с прошедшим периодом, сравнение с другими организациями в РК или в мире;
- отчеты по инцидентам (статистика, анализ, принятые меры по улучшению), включая анализ значительных осложнений или реакций на гемотрансфузию, анализ значительных побочных эффектов лекарственных средств и т.д;
- отчеты СППиВЭ по анализу корневых причин чрезвычайных событий (sentinel event);
- отчеты по анализу жалоб пациентов;
- отчеты Комиссий ОКБ, в т.ч. членов Комиссии по безопасности, членов Комиссии по инфекционному контролю (в т.ч. показатели эпидемиологического надзора и сравнение с другими организациями в РК или в мире), членов Формулярной комиссии по управлению лекарственными средствами и др.;
- отчеты об оценке деятельности структурных подразделений ОКБ в составе интегрированного отчета;
- отдает предпочтение системному подходу в решении проблем;
- другие сведения по улучшению качества и безопасности пациентов.



10.3 Комиссии Областной клинической больницы:

10.3.1 Состоят из мультидисциплинарных команд с участием врачей, медицинских сестер и другого персонала.

10.3.2 Обеспечивают реализацию мероприятий по повышению качества клинических услуг (анализ случаев, выработка рекомендаций и решений).

10.3.3 Распределяют ответственность по разработке и пересмотру внутренних правил, которые влияют на качество медицинской помощи.

10.3.4 Распределяют ответственность по контролю за выполнением внешних и внутренних нормативных документов. По мере необходимости ведут систематический обзор привилегий и компетенций медицинского персонала.

10.4 Комиссии врачебного и среднего медицинского персонала:

10.4.1 Обеспечивают участие и реализацию мероприятий по повышению качества медицинских услуг посредством должностных лиц, ведомств, комитетов, междисциплинарных групп и отдельных сотрудников;

10.4.2 Распределяют ответственность по разработке и пересмотру правил и рекомендуемых стандартов, которые влияют на качество медицинской помощи;

10.4.3 Распределяют ответственность по установлению стандартов профессиональной и этической деятельности;

10.4.4 Ведут систематический обзор аттестации и привилегий медицинского персонала, по мере необходимости, включая использование результатов повышения производительности.

10.4.5 Улучшают работу среднего медицинского персонала за счет систематического обзора сестринской практики.

10.5 Сотрудники клинических и неклинических подразделений оказывают непосредственно услуги и должны:

10.5.1 принимать участие в мероприятиях по повышению качества;

10.5.2 сообщать своим непосредственным руководителям о возможностях повышения качества и безопасности по мере их выявления;

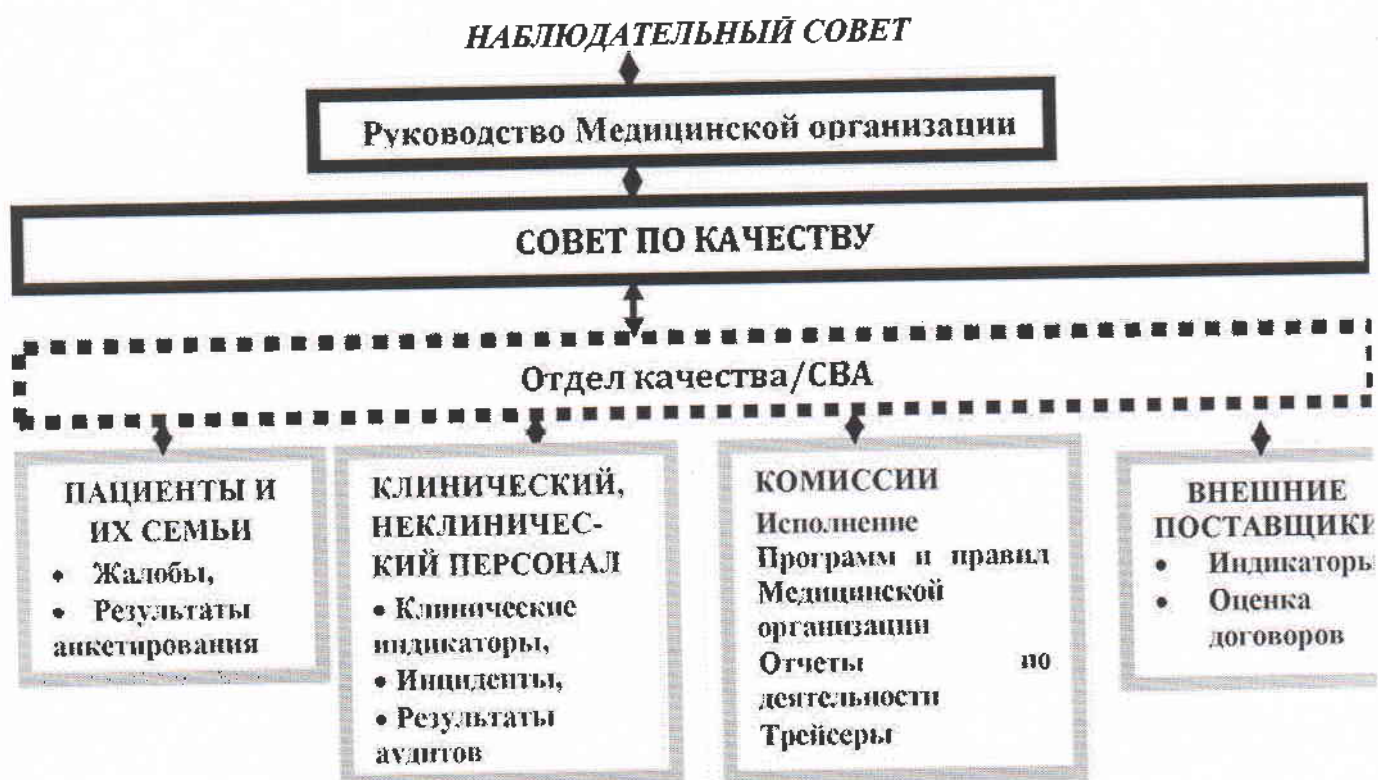
10.5.3 придерживаться принципов постоянного улучшения качества и ценностей в ходе всего рабочего процесса.

10.6 Роль пациентов. Пациенты требуют гарантии безопасности, эффективности и соответствия медицинских услуг. В предоставлении медицинской помощи сотрудники ОКБ вовлекают пациентов и их родственников, чтобы это имело положительное значение, как для пациента,



так и для сотрудников.

10.7 Пациенты, иностранные граждане, а также граждане РК имеют доступ к соответствующей информации на официальном сайте Областной клинической больницы (Okb-trk.kz).



11. Методология. Система отчетности

Для постоянного системного совершенствования применяются признанные, рекомендованные методологии улучшения качества, преимущества которых включают:

- постоянное совершенствование;
- улучшение качества труда;
- отсутствие снижения или удержание затрат;
- улучшение коммуникации и координации.

В Медицинской организации методологией улучшения процессов является цикл PDCA (Рис.1), где:

Этап 1: ПЛАН (P - Plan) - планировать улучшение процесса. На этом



начальном этапе (этап "Диагностика") 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 она включает обзор литературы в качестве основы для изменений.

Этап 2: **ДЕЙСТВИЕ (D - Do)** - выполнить запланированное действие, осуществлять сбор данных. Решения и попытки выполнения нескольких вмешательств, которые могут уменьшить проблемы (этап Вмешательства).

Этап 3: **ИССЛЕДОВАНИЕ (C - Check)** - проверять результаты действия, изучать собранные данные. Осуществление и оценка вмешательств(а) (этап воздействия и осуществления)

Этап 4: **РЕАЛИЗАЦИЯ (A - Act)** - принимать корректирующие меры, совершенствовать процесс. Повторная оценка и непрерывный мониторинг для гарантирования эффективности вмешательств (этап поддержки и усовершенствования).

В ОКБ ретроспективной методологией анализа инцидентов является «**Анализ корневых причин (RCA)**». Все чрезвычайные события (sentinel event) подлежат анализу корневых причин. Руководство ОКБ поддерживает проведение анализа экстремальных событий с помощью **Анализа корневых причин (RCA)** и **предпринимает корректирующие действия по итогам проведенного анализа**. Регламент рассмотрения и анализа экстремального события не должно превышать 45 дней с момента получения подтвержденной информации об инциденте.

11.1. В ОКБ проспективной (проактивной) методологией анализа рисков является «**Оценка рисков и их последствий (FMEA)**». Медицинская организация ежегодно определяет процесс высокого риска и проводит анализ по методологии FMEA.

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

12. Направления программы.

Программа по улучшению качества и безопасности пациентов осуществляется в следующих направлениях:

12.1. **Безопасность пациентов.**

12.1.1. **Создание культуры безопасности.** Организационная культура является основным источником для создания качественной



медицинской помощи и улучшения безопасности пациентов. Культура безопасности пациентов - это культура, где безопасность пациента стоит на первом месте для всех сотрудников в оказании услуг и отражает, насколько безопасен уход за пациентами. Осведомленность о безопасности пациентов, готовность сообщать о фактах инцидентов и учиться на медицинских ошибках является стартовой отправной точкой для культуры безопасности. Культура безопасности существует там, где сотрудники внутри организации постоянно и активно информируются о происходящих потенциальных ошибках, и ошибки рассматриваются открытым и справедливым путем, а также ведется обмен информацией в случае инцидента.

12.1.2. Наличие культуры безопасности поддерживает рабочую среду, где многие компоненты учтены и признаны как факторы, способствующие к инциденту. Системный подход к причинной связи инцидента отдаляет от фокусирования и наложения вины на человека и рассматривает то, что случилось с системой, в которой работают люди. Обнаружение недостатков в системе, приведших к инциденту, дополнительно к действиям человека, помогает извлечь уроки и, возможно, предотвратить повторение инцидента. Чтобы исследовать культуру безопасности и процесс сообщения инцидента в ОКБ, отдел внутренней экспертизы внедрил систему оповещения о неблагоприятных событиях, которая гарантирует постоянную проверку любых инцидентов. Используя эту программу, ОКБ извлекает уроки из всех событий, и может разработать более совершенные меры безопасности, которые помогают обеспечить максимальное качество ухода и лечения. Способ отчетности о рабочем процессе является ключевым фактором безопасности и качества, так как расследования ошибок могут быть связаны с восприятием безопасности.

12.1.3. Быть открытыми и справедливыми. Фундаментальной частью культуры безопасности является обеспечение открытой и справедливой рабочей среды. Это означает, что:

- Персонал открыто говорит об инцидентах, в которые они были вовлечены;
- Персонал может сообщать своим коллегам и начальству о любом инциденте;
- Пациенту сообщается, когда что-то происходит не правильно, и дают пояснения, какие уроки будут извлечены;
- С персоналом обращаются справедливо и ему оказывают



поддержку, когда происходит инцидент.

12.1.4. Открытая и справедливая рабочая среда содействует обеспечению отчетности об инцидентах, откуда могут быть извлечены уроки, и на основе чего безопасность пациента будет улучшаться.

12.1.5. **Лидерство и Культура.** Установить четкий и сильный фокус на безопасности пациентов во всей организации.

12.1.6. Лидерство и организационные обязательства являются основой для достижения высоких стандартов безопасности пациентов. Ответственность за обеспечение качества медицинской помощи и улучшение безопасности пациентов разделена между всеми сотрудниками, а ответственность за поощрение, способствование и мониторинг соответствия качеству и инициативам по безопасности возложена на руководство.

12.1.7. Обходы руководства по вопросам безопасности пациентов являются стартовой точкой для практических встреч высшего руководства и сотрудников в условиях отделения, чтобы обсудить проблемы безопасности в повседневной работе и вопросы, связанные с культурой безопасности пациентов в отделении.

12.1.8. Назначены ответственные сотрудники за процесс внедрения и мониторинга безопасности пациентов: Главная медсестра – Муратбекова К.А., эпидемиолог – Аханов Б., старшие медсестры всех подразделений. Имеется план действий по Управлению рисками ОКБ с целью безопасности пациентов.

12.3. **Лидерство посредством аккредитации.** Большое внимание уделяется устойчивой системе обеспечения качества, следуя к аккредитации Международной Объединенной Комиссии. Руководство показывают полную заинтересованность в ней и оказывают необходимую поддержку. Это включает в себя отдельный бюджет для внедрения стандартов JCI, специальное заседание Руководства по контролю за внедрением JCI стандартов и т.д.

12.4. Исследования в ОКБ контролируются Комиссией по исследованиям и этике.

12.5. Все проекты по улучшению качества контролируются Госпитальным Советом.

12.6. Практика на основе доказательств и стандартизированные процессы работ. Руководства клинической практики, основанные на доказательствах, улучшают результаты лечения пациентов и стандартизированные процессы работ (клинические протокола) улучшают безопасность пациентов.

12.7. Задачи обеспечения безопасности пациента:

- Поддерживать отчетность по инцидентам в открытой и честной среде;



- Обучать персонал в рамках безопасности пациентов и расследовать инциденты;
- Формирование осведомленности с помощью включения вопросов безопасности пациента в инструктаж персонала;
- Открытая и честная передача информации по неблагоприятным событиям;
- Способствовать открытому, двустороннему диалогу между медицинскими работниками и пациентами, когда что-то происходит;
- Аудит жалоб пациентов;
- Обеспечить, чтобы менеджеры/зав.структурных подразделений были обучены технике Анализа первопричин.

12.8. Управление рисками (см. Программа по управлению рисками).

12.9. Отчет об инциденте (см. Правила управления инцидентами).

12.10. Анализ первопричин (АПП) представляет собой ретроспективное систематическое расследование, которое проводится только в случаях инцидентов крайнего риска (экстремальных событий). АПП не изучает конкретных людей, стремится понять причины и условия окружающей среды, в которых произошли инциденты.

12.11. Шесть Международных целей по безопасности пациентов (МЦБП). В соответствии с рекомендациями ВОЗ; а также в соответствии с требованиями Объединенной Международной Комиссии; ОКБ приступает к осуществлению решений по безопасности пациентов, согласно шести Международных целей по безопасности пациентов (МЦБП). Эти цели определяют проблемные области здравоохранения, которые требуют особого плана действий:

- МЦБП 1. Идентифицировать пациента правильно
- МЦБП 2. Улучшение эффективных коммуникаций
- МЦБП 3. Улучшить безопасность медикаментов высокого риска
- МЦБП 4. Обеспечить правильное место, правильную процедуру, операции правильного пациента
- МЦБП 5. Снижение риска внутрибольничных инфекций
- МЦБП 6. Снижение вреда пациенту от падений



12.12.Выполнение. Руководство несет ответственность на всех уровнях организации за обеспечение осуществления планов улучшения, предлагаемых в анализе риска.

12.13.Аудит и мониторинг. Статистический анализ инцидентов станет основой для дальнейшей работы по определению масштабов и общей сложности вопросов, затронутых в доложенных инцидентах. Результатом этой работы будет способствовать обучению на инцидентах. За повседневный контроль и отчетность по результатам ревизий с последующим анализом проводится ответственными исполнителями совместно со службой качества на регулярной основе.

12.14.Отзывы. Ответственные исполнители по инцидентам и рискам отвечают за предоставление результатов отчетов об инцидентах с помощью информационных бюллетеней и предоставление ежеквартального отчета, а также ежегодного отчета об управлении рисками.

13. Участие пациентов. Пациенториентированность. Главной и центральной фигурой клиники является пациент, и именно его потребности в различных видах медицинской помощи. Ориентация на максимальное удовлетворение потребностей пациентов, является залогом не только выживания, но и успешной деятельности и дальнейшего развития ОКБ, потому что главным итогом деятельности организации, являются не только финансы, но и удовлетворенность потребителя-пациента.

ОКБ соблюдает 14 основных прав пациента:

- 1) Право на профилактические меры;
- 2) Право доступа, участие в собственном лечении;
- 3) Право на информацию;
- 4) Право на согласие;
- 5) Право свободного выбора;
- 6) Право на неприкосновенность частной жизни (приватность) и конфиденциальность информации;
- 7) Право на уважение времени пациента;
- 8) Право на соблюдение стандартов качества;
- 9) Право на безопасность;
- 10) Право на доступ к современным достижениям в области здравоохранения;
- 11) Право на избежание неоправданных страданий и боли;



12) Право на индивидуальное лечение;

13) Право подавать жалобу;

14) Право на компенсацию.

13.1. Пациенториентированная система ОКБ является такой системой предоставления медицинской помощи, в которой качество медицинской помощи достигается посредством партнерства информированных и уважаемых пациентов (и их семей) с командой подготовленных, организованных и скоординированных в своих действиях профессионалов. Из этого следует, что:

Пациенты получают медицинскую помощь в партнерстве со сложной командой медиков-профессионалов, которая оценивает, уважает и действует в соответствии с целями, потребностями, ценностями, предпочтениями,

- культурой и другими факторами, определенными пациентами (и их семьями).

- Пациенты и их семьи имеют возможность получать научно - обоснованную, экономически эффективную, качественную и безопасную медицинскую помощь, улучшающую их здоровье, устраняющую дискомфорт и свободную от возможных ошибок.

- Пациенты и их семьи имеют возможность получать и понимать как медицинскую информацию, так и медицинские услуги и принимать соответствующие их здоровью решения.

13.2. Для того чтобы в ОКБ осуществлялась Пациенториентированная система, в организации обеспечены следующие принципы:

- Построения партнерства во время проведения лечения.
- Фокусировка на заботах и приоритетах пациента.
- Использование 5-ти действий: Оценить, Посоветовать, Согласовать, Оказать помощь, Устранить.
- Передача пациенту знаний о болезни и самообслуживании.
- Организация активного наблюдения.
- Вовлечение пациента в собственное лечение наравне с клиническим персоналом.
- Обеспечение связи и поддержки общества и семьи.
- Использование письменной информации-регистры, планы лечения, лечебные карты для информирования, рекомендаций и напоминаний.
- Работа единой клинической командой.
- Обеспечения продолжения медицинского ухода после выписки



пациента.

14. Улучшение эффективности работы.

14.1. Компетентность, обучение и повышение квалификации. Медработники, которые проходят подготовку по методологии улучшения производительности и знают, как управлять ситуацией при неблагоприятных случаях и почти ошибках, как предпринимать активные действия, могут снизить риск для пациентов, их родственников, для себя и своих коллег:

- Оценка, достижение и поддержка высокого уровня компетенции персонала на всех уровнях обеспечивают безопасное и эффективное оказание медицинских услуг, и это является как корпоративной, так и личной ответственностью персонала.
- Достижение высокой эффективности работ требует внимания к подбору персонала, верификации дипломов, оценке навыков, клиническому наблюдению, повторной сертификации и непрерывному образованию.
- В ОКБ понятия качества и безопасности представлены и новым сотрудникам, как только они приступают к должности в ОКБ, как часть формального инструктажа новых работников.

14.2. Процесс улучшения работы (далее - ПУР). В целях достижения эффективных планов улучшения в ОКБ выполняется структурированный подход для всех работ по улучшению качества / проектов / процессов. Процесс улучшения работы (ПУР) в ОКБ можно описать в четырех основных этапах.

- 1) Перед началом процесса улучшения (изменения) создается проектная (рабочая) группа, чтобы определить, кто должен принимать участие в процессе усовершенствования (изменения). Возникают три вопроса:
 - 2) Чего мы пытаемся добиться?
 - 3) Как мы определим, что изменение является улучшением?
 - 4) Какие изменения мы можем сделать, которые могут привести к улучшению?



14.3.1. Ключевые показатели результативности (КПР).

Все подразделения ОКБ определили ключевые показатели результативности (КПР - индикаторы) с целью определения и оценки прогресса в отношении миссии Медицинской организации и интегрирования контроля качества. КПР собираются и контролируются на уровне подразделения и наблюдаются. КПР определяются по их релевантности и важности из следующих критериев:

- Рутинные процедуры (большой объем). Большое количество определяются, как наиболее распространенная оценка для каждого отдела или подразделения.
- Области высокого риска. Высоким риском считаются процедуры или обследования пациентов, которые могут привести к смерти, инвалидности или осложнениям серьезной степени в ходе лечения.
- Области, известные как вызывающие снижение качества обслуживания.
- Области услуг, не соответствующих стандартам оказания медицинского обслуживания.



15. Система отчетности.

15.1. Механизмы отчетности состоят из систематического обмена информацией и обратной связи, связанных с наблюдением, анализом данных и улучшением конкретных процессов и результатов. Каждый установленный индикатор сообщается в соответствии с установленными текущими сроками и в согласованной письменной форме в Службу.

Служба несет ответственность за координацию, организацию и передачу совокупных данных и информации в соответствующие комитеты, отделения и департаменты.

15.1.3. Отдел после согласования с департаментами и завершения проведения анализа, обзора и рекомендаций, предоставляет доклад Руководству.

15.2. Мониторинг улучшения в ОКБ. Для мониторинга процессов улучшения используются различные методы и инструменты. Анализ статистических данных, анализ, аудит и взаимодействие с пациентами являются частью процессов непрерывного улучшения в ОКБ.

15.2.1. Сбор данных. В ОКБ все отделения ведут мониторинг индикаторов качества. Разрабатывается форма отчета для распространения всем отделениям для предоставления результатов мониторинга в отдел качества. Путем сбора данных из всех отделений, Служба может обеспечить руководителей и заведующих отделов и отделений различной информацией о тенденциях и соответствиях в предоставленных данных, а также обсуждать потенциальные возможности для усовершенствования.

15.2.2. Взаимодействие с пациентом. Анкеты, интервью с пациентом и интервью с целевой группой являются эффективным способом узнать мнение пациента об оказанных ему медицинских услугах. Всем пациентам, поступающим в ОКБ, предоставлены консультации по подаче жалоб, периодически проводится анкетирование. Результаты ответов пациента на вопросы анкеты обсуждаются Службой и представляются Руководству на регулярной основе.

15.3. Шесть аспектов качества. Определенные показатели, которые мониторируются в ОКБ выбраны и оценены по одному или нескольким из следующих шести параметрам качества.

15.3.1. *Безопасность ухода.* Безопасность медицинского ухода - это степень, где здания организации, помещения и оборудование не представляет собой опасности или риска для пациентов, персонала или посетителей.



15.3.2. **Эффективность ухода.** Пациенты должны рассчитывать на лечение, которое не требует значительных расходов. Эффективность медицинского ухода относится к степени, в которой лечение, вмешательства или услуги достигают желаемого результата.

15.3.3. **Целесообразность лечения.** Соответствующее медицинское обслуживание важно, чтобы медицинские вмешательства, выполняемые для лечения в определенных условиях, подбирались на основе вероятности, что они приведут к желаемому результату. Речь идет об использовании доказательств, чтобы выполнять соответствующие действия в отношении соответствующего пациента в нужное время, при этом избегая чрезмерного или недостаточного использования доказательств.

15.3.4. **Приемлемость лечения.** Приемлемость медицинского лечения является степенью, которой услуга должна соответствовать или превзойти результат, ожидаемый пациентом.

15.3.5. **Доступ к услуге.** Пациенты, получающие консультативно-диагностические услуги или стационарные пациенты должны получать услуги на основе выявленных потребностей здоровья в рамках миссии и ресурсов ОКБ.

15.3.6. **Эффективность обслуживания.** Взаимосвязь между исходами (результатами медицинской помощи) и ресурсами, используемыми для оказания медицинской помощи.

15.4. **Представление индикаторов.** Все клинические индикаторы должны быть подтверждены. Любые опубликованные данные также должны проверяться.

16. Подготовка и обучение.

16.1. Обучение сотрудников ОКБ проводится на всех уровнях структуры управления качеством: Руководство, Госпитальный Совет, Комиссии ОКБ, руководители структурных подразделений, клинический (врачи, медсестры и др.) и неклинический персонал.

16.2. Обучение сотрудников включает требования по основной работе согласно внешних и внутренних нормативных документов, методологию улучшения качества и другие подобранные подходы обучения.

16.3. Обучение сотрудников проводится в различных форматах: в виде лекций и презентаций на общепольничных собраниях, обучающих мероприятиях, семинарах, в виде устного обучения в небольших группах непосредственно в структурном подразделении, в письменном виде через



правила, памятки и др. материалы, в виде ролевых игр и учений, в виде демонстрации видеоматериала и др.

17. Пути реализации программы

Данная программа рассчитана на год с целью:

- способствовать заинтересованности всей организации в непрерывном усовершенствовании с помощью сильного лидерства и строгого фокуса на качество и безопасность пациента по всей организации;
- создать систематический мониторинг клинических и организационных индикаторов (Ключевые показатели результативности);
- построить культуру через доверие и честность, которая будет рассматривать медицинские ошибки открытым и честным путем во взаимодействии с пациентами;
- создать систему отчетности по неблагоприятным событиям, систему обучения и эффективную систему реагирования.

17.1. Программа утверждается Управляющим органом ОКБ (Наблюдательный Совет). Контроль за внедрением Программы возложен на СППиВЭ.

17.2. План внедрения Программы состоит из трех фаз:

17.2.1. **Начальная фаза:** Фокус на построении надежной инфраструктуры; разработка правил и процедур для хорошей практики и подготовки к аккредитации Национальной или Международной Объединенной Комиссии. Проведение первичной оценки консультантов.

17.2.2. **Фаза консолидации:** Фокус на мониторинг улучшения ухода за пациентом, а также непрерывное обучение и тренинг персонала по вопросам доказательной безопасности пациента и эффективного управления рисками. А также более активное вовлечение пациентов в инициативы по безопасности пациента и проекты исследования и разработки. Проведение анкетирования.

17.2.3. **Фаза продолжения:** Это не статичная фаза, но включает и непрерывный мониторинг улучшения результативности, и проекты для улучшения качества и безопасности пациента. Прохождение аккредитации.



18. Оценка программы

18.1. Настоящая Программа оценивается ежегодно на заседании СППиВЭ с представлением на заседании Управляющего органа ОКБ. Проект оценки программы готовит Служба.

18.2. Для постоянного системного совершенствования оценка включает анализ и пересмотр разделов Программы, в т.ч.:

- пересмотр применяемых методологий улучшения качества (рекомендуется внедрять новые методологии);
- пересмотр приоритетов работы по улучшению качества;
- обзор выполнения Программы за предыдущий год;
- определение приоритетов и зон риска для мониторинга с помощью индикаторов на следующий год.

19. Ссылки:

1) Стандарты аккредитации Международной объединенной комиссии (Joint Commission International Accreditation Standards for Hospital - 6th Edition) для больниц, 6-е издание, Глава 9: Повышение качества и безопасность пациента, 2017г., США.

2) 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), Приложение 2. Глава 1: Руководство. 7. Управление качеством;

3) Canadian Disclosure Guidelines. Being open with patients. © Canadian Patient Safety Institute, 2011;

4) Disclosure of medical error: policies and practice. Jawahar Kalra, K.Lorne Massey, AmithMulla. J R Soc Med 2005; 98:307 -309;

5) Hospital Disclosure Practices: Results Of A National Survey. Rae M. Lamb, David M. Studdert, Richard M.J. Bohmer, Donald M. Berwick and Troyen A. Brennan Health Affairs, 22, no.2 (2003): 73-83;

6) iSixSigma. FEMA: Preventing a Failure Before Any Harm Is Done. Smith DL. Accessed November 16, 2016;

7) Streimelweger B, Wac K, Seiringer W. Human-factorbased risk management in the healthcare to improve patient safety. Int J E-Health and Med Commun (IJEHMC). 2016. Accessed Nov 16, 2016;



Приложение 1
к настоящей Программе по улучшению качества

Индикаторы

№	Название индикатора	Ответственный исполнитель	Источник информации	Периодичность отчета	Формула расчета
Административный индикатор					
1	Управление ресурсами				
1.1	Доля независимых членов в НС из числа общественности	УЗ, руководитель организации	Данные МО	1 раз в год	Количество независимых членов x 100/общее кол-во членов НС Не менее 30%
1.2	Кол-во жалоб	СППиВЭ	Данные МО, ФОМС, КМФК	ежеквартально	Отсутствие обоснованных жалоб
1.3	Наличие пакета типовых корпоративных документов	Секретарь НС	Сайт РЦРЗ	ежегодно	Не менее 100% в соответствии с перечнем для ГКП
1.4	Доля пролеченных по СЗТ из всеобщего объема ГОБМП и ОСМС	отдел медицинской статистики	Портал ЭРСБ, КМИС	ежеквартально	Ко-во пролеченных по СЗТ x 100/на общий объем ГОБМП и ОСМС
1.5	Доля цифровизации бизнес-процессов	Руководитель организации	Данные МО	ежегодно	Ежегодное увеличение
1.6	Доля медицинских работников, прошедших повышение квалификации, переподготовку	Кадровая служба	% Данные из АИС «Кадры»	ежеквартально	КМ (кол-во медработники прошедшие квалиф.)*100/ ОКМ (общее кол-во, подлежащие)
1.7	Доля медицинских работников, имеющих квалификационную категорию	Кадровая служба	% Данные из АИС «Кадры»	ежеквартально	КМ (кол-во медработники имеющих квалиф. категорию)*100/ ОКМ (общее кол-во медработников)
1.8	Доля клинических специалистов, владеющих английским языком на уровне Intermediate	Кадровая служба	СУР	ежеквартально	Не менее 10%, КМ, владеющих английским языком*100/общее кол-во мед.сотрудников
1.9	Соотношение среднемесячной заработной платы врача на 1 ставку к среднемесячной номинальной заработной плате в	Планово-экономический отдел	информационная база	ежеквартально	0,9 и выше - Соотношение среднемесячной заработной платы врача на 1 ставку к среднемесячной номинальной



	экономике региона				заработной плате в экономике региона
2.	Удовлетворенность пациентов и их семей				
2.1.	Доля пациентов, оценивших работу медицинских сестер на «хорошо» и «отлично»	СППиВК	анкета	ежеквартально	количество пациентов, оценивших работу медицинских сестер на «хорошо» и «отлично»*100/количество опрошенных
2.2.	Доля пациентов, удовлетворенных уровнем доступности медицинской помощи	СППиВК	анкета	ежеквартально	количество пациентов, удовлетворенных уровнем доступности*100/количество опрошенных
2.3.	Доля пациентов, удовлетворенных уровнем квалификации врача	СППиВК	анкета	ежеквартально	количество пациентов, удовлетворенных уровнем квалификации врача *100/количество опрошенных
3.	Удовлетворенность медицинского персонала				
3.1.	Удовлетворенность медицинского персонала организацией режима труда	отдел кадровой работы и управления человеческими ресурсами	анкеты	ежеквартально	число сотрудников удовлетворенных организацией режима труда x 100/общее количество опрошенных
3.2.	Текущая текучесть кадров	отдел кадровой работы и управления человеческими ресурсами	движение кадров	ежеквартально	число уволенных и уволившихся сотрудник x 100/общее (среднегодовое число сотрудников
4.	Профилактика и контроль возникновения событий, подвергающих опасности пациентов, их семьи, и персонала				
4.1.	Показатель доли сотрудников из числа врачебного, среднего и младшего медицинского персонала, обученного мерам сердечно-легочной реанимации	отдел кадровой работы и управления человеческими ресурсами	личные дела, наличие сертификата	ежегодно	число медицинского персонала обученных BLS x 100/среднегодовое число медицинского персонала
4.2.	Показатель доли сотрудников, участвовавших в тренингах по эвакуации при пожаре	сектор ГО и ЧС	журнал вводного инструктажа	ежегодно	число сотрудников, участвовавших в тренинге x 100/среднегодовое число сотрудников
	Клинические индикаторы:				



1.	Использование антибиотиков и других медикаментов:				
1.1	Экспертиза рациональности качества фармакотерапии	клинический фармаколог	Амбулаторная карта, карта больного стационара – форма 003/у, дневного стационара-форма 003-3/у, и/или КМИС	ежемесячно	количество ошибочных, неверных сочетаний лекарственных средств/ все назначенные лекарственные средства пациента
1.2	Доля корректно проведенной антибиотикопрофилактики	клинический фармаколог	КМИС	ежемесячно	Кол-во случаев с корректно проведенной антибиотикопрофилактикой/кол-во экспертиз МК кому необходима а/б профилактика × 100
1.3	Полипрагмазия	клинический фармаколог	Амбулаторная карта, карта больного стационара – форма 003/у, дневного стационара-форма 003-3/у, и/или КМИС	ежемесячно	Доля пациентов отдела, лечение которых включает более 3-х необоснованных лекарственных средства/все пациенты отдела получившие медикаментозное лечение
2.	Качественные показатели				
2.1	Пропускная способность стационара	отдел медицинской статистики	информационная база ЭРСБ	ежеквартально	Койко-дни × 100/кол-во сметных коек × 320
2.2	Средняя длительность пребывания больного	отдел медицинской статистики	информационная база ЭРСБ	ежеквартально	ЧКД (число койко-дней)/ЧБ (число выбывшие)
2.3	Показатель случаев расхождения основного клинического и патологоанатомического диагнозов	отдел медицинской статистики	информационная база ЭРСБ	ежеквартально	A = B (число совпадений)/C (число вскрытий)*100
2.4	Показатель повторного незапланированного поступления в течение месяца по поводу одного и того же заболевания	отдел медицинской статистики	информационная база ЭРСБ	ежеквартально	ЧПП (число повторно поступившие)/ЧВБ (число выписанных б-х)*100
2.5	Показатель послеоперационных	отдел медицинской статистики	информационная база ЭРСБ	ежеквартально	ЧО(число осложнения)*100/ЧПО (число проведенных



	осложнений				операций)
2.6	Летальность при плановой госпитализации	отдел медицинской статистики	информационная база ЭРСБ	ежеквартально	ЧУ (число умерших плановых)/ЧОБ *100 (число общее поступивших плановых)
2.7	Показатель досуточной летальности в стационаре	отдел медицинской статистики	информационная база ЭРСБ	ежеквартально	ЧУ (число умерших в течение суток)/ЧОБ *100 (число общее поступивших пациентов)
2.8	Послеоперационная летальность в случаях плановой госпитализации	отдел медицинской статистики	информационная база ЭРСБ	ежеквартально	ЧУ(число умерших после операций)*100/ЧПО (число проведенных плановых операций)
2.9	Количество предотвратимой материнской смертности	Зам.гл..врача по ЛР	Результаты внешней экспертизы	ежеквартально	Абсолютное число (показатель стремится к нулю)
2.10	Количество первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста	отдел медицинской статистики ПМСП	Данные Департамента Комитета труда, соц.защиты и миграции	ежегодно	Абсолютное число
2.11	Показатель впервые выявленных больных злокачественными новообразованиями 1-2 стадии	отдел медицинской статистики ПМСП	информационная база ЭРОБ	ежегодно	Кол-во впервые выявленных больных злокачественными новообразованиями 1-2 стадии*100/общее количество выявленных больных злокач. новообразов. за отчетный период
2.12	Показатель госпитализации больных с осложнениями заболеваний сердечно-сосудистой системы (артериальная гипертензия, инфаркт миокарда, инсульт)	отдел медицинской статистики ПМСП	информационная база ЭРСБ	ежеквартально	Кол-во пролеченных больных с осложнениями заболеваний сердечно-сосудистой системы (артериальная гипертензия, инфаркт миокарда, инсульт)*100/ на количество прикрепленного населения
2.13	Время ожидания приема к узким специалистам в рамках ГОБМП и ОСМС	Зав. КДП	РЦЭЗ, МИС	ежеквартально	Дата посещения узкого специалиста- дата направления (не более 14 дней)
3.	Медицинские ошибки				
3.1	Количество медицинских ошибок	СПИиВЭ, клинический фармаколог	отчет об инциденте	ежемесячно	абсолютное число



4. Инфекционный контроль					
4.1.	Случаи внутрибольничной инфекции	врач-эпидемиолог	Данные Департамента Комитета сан-эпид контроля	ежемесячно	абсолютное число
4.2.	Своевременность подачи экстренного извещения на инфекционные заболевания от клинических отделов	врач-эпидемиолог	журнал регистрации экстренного извещения ф60	ежемесячно	число извещений через 24 часов после постановки диагноза / число общей извещений
5. Экспертиза уровня качества диагностики и лечения, доступность, содержание записей в карте пациента					
5.1.	Доля дефектов качества предоставленных медицинских услуг в стационаре ОКБ	СППиВЭ	медицинская карта	ежеквартально	Снижение дефектов в сравнении с предыдущим периодом
5.2.	Доля дефектов качества предоставленных медицинских услуг в амбулаторной службе	СППиВЭ	медицинская карта	ежеквартально	Снижение дефектов в сравнении с предыдущим периодом
6. Индикаторы МЦБП (ISPG)					
МЦБП 1	Доля правильного проведения идентификации пациента	СППиВК, зав.отд	контрольный лист мониторинга, амбулаторная карта	ежемесячно	число случаев, когда проведена идентификация пациента при оказании медицинской услуги*100/общее число наблюдений
МЦБП 2	Доля документально оформленных устных/телефонных сообщений по центру лабораторной медицины	СППиВК, зав.отд.	контрольный лист мониторинга, лист или журнал по передаче устной информации	ежемесячно	число случаев документального оформления письменного сообщения критических показателей лабораторных тестов*100/общее число переданных данных из лабораторий
МЦБП 3	Доля правильного хранения лекарственных средств высокой степени риска	отдел лекарственного обеспечения	контрольный лист мониторинга	ежемесячно	число лекарственных средств высокой степени риска хранящихся правильно*100/общее число лекарственных средств высокой степени риска



МЦБП 4	Доля пациентов, которым проведена процедура тайм-аута при проведении хирургической/инвазивной процедуры	СПИиВК, стационар, дневной стационар	контрольный лист мониторинга	ежемесячно	число проведенных тайм-аутов*100/общее число проведенных хирургических, инвазивных вмешательств
МЦБП 5	Мониторинг гигиены рук	врач-эпидемиолог	трейсеры/журнал регистрации бак посева	ежемесячно	число положительных посевов с рук персонала в промежутке после обработки и до манипуляции*100/общее количество посевов
МЦБП 6	Доля пациентов, получивших переоценку на риск падения, после проведения услуг по седации	ОМК и БП, сектор анестезии	контрольный лист мониторинга, лист переоценки падений после седации	ежемесячно	число пациентов получивших переоценку риска падения после седации*100/общее число пациентов получивших седацию