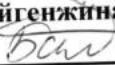
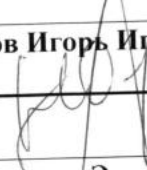
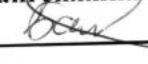


<p>АЛМАТЫ ОБЛЫСЫ ӘКІМДІГІНІҢ АЛМАТЫ ОБЛЫСЫНЫҢ ДЕНСАУАТЫҚ САҚТАУ БАСҚАРМАСЫ МЕМЛЕКЕТТІК МЕКЕМЕСІНІҢ ШАРУАШЫЛЫҚ ЖҮРІТІСУ ҚҰҚЫҒЫНДАҒЫ «АЛМАТЫ АЙМАҚТЫҚ КӨПСАЛАЛЫ КЛИНИКАСЫ» КОММУНАЛДЫҚ МЕМЛЕКЕТТІК КӘСПОРЫНЫ</p>		<p>КОММУНАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПРЕДПРИЯТИЕ НА ПРАВЕ ХОЗЯЙСТВЕННОГО ВЕДЕНИЯ «АЛМАТИНСКАЯ РЕГИОНАЛЬНАЯ МНОГОПРОФИЛЬНАЯ КЛИНИКА» ГОСУДАРСТВЕННОГО УЧРЕЖДЕНИЯ «УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АЛМАТИНСКОЙ ОБЛАСТИ» АКИМАТА АЛМАТИНСКОЙ ОБЛАСТИ</p>
--	--	---

Бөлімшенің атауы/ Название структурного подразделения		Пациенттерді қолдау және ішкі сараптама қызметі/ Служба поддержки пациентов и внутренней экспертизы	
ЖТС/СОП: СОП-0013-УК		Стандарт операционных процедур: Программа по улучшению качества и безопасности пациентов	
Беті/ Страницы		27 страниц	
«Бекітілді» Бекітілді/ «Утверждено» ШЖҚ КМК «Алматы аймақтық көпсалалы клиникасы» директоры/ Директор КГП на ПХВ «Алматинская региональная многопрофильная клиника»		Олжаев Саяхат Таурбекович 	
«Бекітілген күні»/ «Дата утверждения»		«19» қантар/ январь 2026 г.	
«Әзірлеуші»/ «Разработчик»: Пациенттерді қолдау және ішкі сараптама қызметінің жетекшісі/ Руководитель СПП и ВЭ		Байгенжина Ания Маратовна 	
«Келісілді»/ «Согласовано»: Емдеу жұмысы бойынша директордың орынбасары/ Заместитель директора по лечебной работе		Аджибаев Бауржан Жоркаевич 	
«Келісілді»/ «Согласовано»: Медициналық қызметтердің сапасын бақылау бойынша директордың орынбасары/ Заместитель директора по ККОМУ		Новиков Игорь Игоревич 	
«Келісілді»/ «Согласовано»: Экономикалық және әкімшілік-шаруашылық мәселелер жөніндегі директордың орынбасары/ Заместитель директора по экономическим и административно- хозяйственным вопросам		Имангалиева Эльмира Елубаевна 	
«Келісілді»/ «Согласовано»: Бас мейірбике/ Главная медицинская сестра		Мусина Гульнара Аманжоловна 	
«Келісілген күні»/ «Дата согласования»:		«12» қантар/ январь 2026 г.	
«Жауапты»/ «Ответственный за исполнение»: Пациенттерді қолдау және ішкі сараптама қызметінің жетекшісі/ Руководитель СПП и ВЭ		Байгенжина Ания Маратовна 	
«Қүшіне енді»/ «Введен в действие»		«21» қантар/ январь 2026 г.	
Копия № _____ / _____ / подпись _____ ФИО _____		Версия №3	

Алматы, 2026 г.

КГП на ПХВ «Алматинская региональная многопрофильная клиника»	Стандарт операционных процедур: Программа по улучшению качества и безопасности пациентов	Код: СОП-0013-УК
		Версия: 3 от 19.01.2026 г
		Страница 2 из 27

Программа по улучшению качества и безопасности пациентов

1. Введение

1) Программа по улучшению качеством и безопасностью пациентов (далее — Программа) разработана для формирования единой системы и контроля за качеством оказания медицинских и немедицинских услуг в КГП на ПХВ «Алматинская региональная многопрофильная клиника» «ГУ УЗ Алматинской области» Акимата Алматинской области (далее — Клиника). Клиника в своей ежедневной деятельности ставит высшим приоритетом непрерывное улучшение качества оказываемых услуг и повышение безопасности пациента.

2) Клиника прилагает все усилия, чтобы удовлетворить требования национальной аккредитации Республики Казахстан, международных стандартов менеджмента качества ISO (ISO) и других признанных программ, направленных на улучшение качества.

3) Улучшение качества и безопасности ограничивается не только лечением и уходом за пациентом, но и в создании комфортной и безопасной среды в организации. В выполнении Программы по улучшению качества и безопасности пациентов (далее — Программа) задействованы руководство и все сотрудники Клиники, а также пациенты, члены их семьи и посетители.

4) Руководство Клиники способствует созданию некарательной обстановки и высокой этики среди персонала путем внедрения системных улучшений вместо точечных карательных мер.

5) Настоящая Программа определяет основные ресурсы и направления деятельности в области улучшения качества, а также управление рисками в Клинике.

2. Цель и задачи

Цель Программы – непрерывное улучшение и поддержание высокого качества услуг и безопасности пациентов в Клинике.

Задачи Программы:

- 1) содействовать осуществлению Миссии и Стратегического плана развития Клиники;
- 2) определять внутренние и внешние потребности и ожидания пациентов;
- 3) предоставлять механизм для определения системных приоритетов в повышении производительности (эффективности) работы;

КГП на ПХВ «Алматинская региональная многопрофильная клиника»	Стандарт операционных процедур: Программа по улучшению качества и безопасности пациентов	Код: СОП-0013-УК
		Версия: 3 от 19.01.2026 г
		Страница 3 из 27

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

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

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

7) определять индикаторы деятельности в соответствии со Стратегическим планом развития Клиники;

8) объединять и координировать между собой мероприятия по повышению производительности работы среди структурных подразделений и дисциплин;

9) стимулировать сотрудников учиться на основе лучшей практики, использовать доказательную базу и достоверную информацию в повышении качества и безопасности.

3. Область применения и интеграция

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

2) Программа предусматривает интеграцию всех компонентов и участников:

- а) междисциплинарный;
- б) постоянное совершенствование работы каждого сотрудника;
- с) культура безопасности;
- д) преимущество системного подхода;
- е) связь с Программой по безопасности зданий;
- ф) связь с Программой инфекционного контроля;
- г) связь с программой лабораторной безопасности и радиологической безопасности;

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

i) взаимосвязь и координацию между различными внешними и внутренними нормативными документами, и мероприятиями по их выполнению;

КГП на ПХВ «Алматинская региональная многопрофильная клиника»	Стандарт операционных процедур: Программа по улучшению качества и безопасности пациентов	Код: СОП-0013-УК
		Версия: 3 от 19.01.2026 г
		Страница 4 из 27

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

k) применение методологии улучшения качества работы в соответствии с потребностями пациентов, сотрудников и действующей системой менеджмента качества. Преимущество системного подхода вместо временного точечного решения;

3) Все этапы менеджмента качества: планирование, измерение, мониторинг исполнения, оценка мероприятий и их улучшение. 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 включения руководителей всех структурных подразделений в Совет по качеству; устно через еженедельные общепольничные конференции и письменно через стенды, служебные письма, электронную переписку.

4. Термины, определения и сокращения

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

2) **Трейсер** – это методика определения «ошибок» системы. Трейсер основан на практике с пациентами в системе оказания медицинской помощи или проверяет процессы высокого риска во всей организации (индивидуальные и системные).

3) **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.

4) **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.

5) **Ключевые показатели результативности** (англ. Key Performance Indicators, KPI) — показатели деятельности подразделения, которые помогают организации в достижении стратегических и тактических (операционных)

КГП на ПХВ «Алматинская региональная многопрофильная клиника»	Стандарт операционных процедур: Программа по улучшению качества и безопасности пациентов	Код: СОП-0013-УК
		Версия: 3 от 19.01.2026 г
		Страница 5 из 27

целей. Показатели разработаны для измерения и мониторинга производительности и стабильности процессов, используемых при предоставлении услуг по уходу за пациентом.

6) **FMEA** (аббревиатура от **Failure Mode and Effects Analysis**, *анализ видов и последствий отказов*) — позволяет выявить потенциальные несоответствия, их причины и последствия, оценить риск предприятия и принять меры для устранения или снижения опасности.

7) **Сбор данных (агрегация)** процесс сбора, обработки и представления информации в окончательном виде.

8) **Валидация данных** — проверка достоверности данных по определенным критериям.

9) **Бенчмаркинг** — это процесс оценки эффективности работы организации в сравнении с показателями другой организации.

10) **Клинические рекомендации** — разработаны на основе научных исследований по оказанию помощи работникам здравоохранения и для принятия пациентом решения в конкретных клинических обстоятельствах.

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

12) **СПП и ВЭ** — Служба поддержки пациентов и внутрибольничного аудита Клиники.

5. Миссия и ценности

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

Миссия: Оказание доступной, качественной и персонализированной медицинской помощи населению Республики Казахстан, направленной на улучшение здоровья, путем использования современных методов диагностики лечения.

Ценности:

- высокий профессионализм сотрудников;
- постоянное повышение качества;
- командная работа;
- лидерство в своей отрасли и гордость этим;

КГП на ПХВ «Алматинская региональная многопрофильная клиника»	Стандарт операционных процедур: Программа по улучшению качества и безопасности пациентов	Код: СОП-0013-УК
		Версия: 3 от 19.01.2026 г
		Страница 6 из 27

- новаторство, инициативность.

6. Принципы программы

Программа основана на следующих принципах:

а. Фокус на сотрудниках

Суть любого постоянного совершенствования системы организации — это фокусирование внимания на своих сотрудниках, как штатных, так и внештатных. Согласно исследованиям, любая система, по сути, получает глубокие знания от понимания своих сотрудников. Далее это понимание может быть использовано для улучшения качества системы и услуг с целью более полного удовлетворения потребностей и ожиданий.

Внимание на сотрудниках, как штатных, так и внештатных, для улучшения качества системы и удовлетворения потребностей и ожиданий.

б. Системный подход

Сотрудники должны понять, что организация состоит из взаимозависимых частей (подразделений) с одинаковой миссией — удовлетворение потребностей и ожиданий своих клиентов. В Клинике стремятся оптимизировать всю работу целиком, а не работоспособность отдельных ее подразделений. Клиника поддерживает и контролирует свои процессы, ресурсы (технологии, людей, ценности) для непрерывного улучшения качества. Руководство должно знать и направлять, как лучше взаимодействовать подразделениям для достижения общей цели.

с. Управление на основе данных

Решения должны быть основаны на знаниях, фактах и данных, а также обусловлено пониманием происходящих изменений и статистических размышлений.

д. Работа в команде и коммуникация

Клиника отдает предпочтение коллективным решениям, нежели отдельно взятым мнениям. Поток информации по качеству проходит снизу-вверх (от сотрудников к руководству) и сверху вниз (от руководства к сотрудникам), (см. Приложение 1). Сотрудники Клиники должны проявлять взаимное уважение к достоинству, знаниям и потенциальному вкладу других.

е. Постоянное обучение

Сотрудники должны постоянно получать знания и адаптироваться к изменяющимся потребностям. Клиника делает доступными ресурсы для обучения. В постоянно совершенствующейся системе развивается культура, в которой ее люди постоянно стремятся учиться, получать знания и адаптироваться к изменяющимся потребностям и окружающей среде. Клиника делает доступными ресурсы для обучения и опирается на знания и опыт своих

КГП на ПХВ «Алматинская региональная многопрофильная клиника»	Стандарт операционных процедур: Программа по улучшению качества и безопасности пациентов	Код: СОП-0013-УК
		Версия: 3 от 19.01.2026 г
		Страница 7 из 27

сотрудников, чтобы улучшить работу и услуги. Это позволяет сотрудникам учиться на собственном опыте, на опыте других организаций и на основе доказательной базы. Клиника стремится поддерживать эффективные механизмы обратной связи с сотрудниками, чтобы поддерживать постоянное совершенствование.

г) Сотрудничество и взаимоуважение

Сотрудники Клиники 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.

7. Справедливая культура / культура безопасности

Роль руководства Клиники в поддержании культуры безопасности включает:

- 1) выполнение действий, направленных на создание культуры безопасности, ответственности и транспарентности (прозрачности);
- 2) поддержание Кодекса деловой этики Клиники и коррекция неприемлемого поведения и поступков;
- 3) предоставление обучения и информации сотрудникам (литература, лекции) по вопросам культуры безопасности, доступные каждому сотруднику;
- 4) определение, выявление и анализ проблем, связанных с культурой безопасности;
- 5) предоставление ресурсов для усиления и поддержания культуры безопасности в Клинике;
- 6) создание простой, доступной и конфиденциальной системы сообщения о проблемах, связанных с культурой безопасности (Отчеты об инциденте, см. Приложение 2);
- 7) обеспечение своевременного расследования всех инцидентов;
- 8) выявление системных проблем, приведших к нежелательным последствиям, небезопасному поведению;
- 9) мониторинг, оценка культуры безопасности (измерение через анкетирование персонала Отделом кадров по «культуре безопасности») и внедрение улучшений на основе оценки;
- 10) защита сотрудников, приверженных культуре безопасности и сообщающих об инцидентах.

8. Определение приоритетов

КГП на ПХВ «Алматинская региональная многопрофильная клиника»	Стандарт операционных процедур: Программа по улучшению качества и безопасности пациентов	Код: СОП-0013-УК
		Версия: 3 от 19.01.2026 г
		Страница 8 из 27

Для выполнения Плана развития Клиники, ежегодно составляется операционный план Клиники, где определяются приоритетные мероприятия на год. Для оценки выполнения мероприятий также определяются индикаторы (показатели работы).

a. Операционный план Клиники составляется и согласовывается коллективно с вовлечением различных подразделений и междисциплинарных команд, и утверждается Руководством Клиники. Координацию составления Операционного плана и его индикаторов осуществляет Отдел статистики.

b. В Клинике не реже, чем раз в год проводится мониторинг выполнения Операционного плана. При этом проводится оценка внешней рыночной среды и оценка внутренней среды (обзор потребностей практикующих медицинских работников, обзор проведенных мероприятий, в т.ч. по повышению качества услуг и безопасности пациентов).

c. 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. Приоритетов должно быть немного, но при их успешной реализации они должны обеспечить эффективную деятельность всей организации.

d. При определении приоритетов работы руководствуются целями развития, определенными в Плане развития Клиники.

e. На каждую цель ежегодно в Операционном плане определяются приоритетные мероприятия.

f. Отчеты об исполнении годового Операционного плана рассматриваются Руководством Клиники.

g. Руководство Клиники и ее Управляющий орган по результатам исполнения принимают меры, которые доводятся до сведения сотрудников в виде протокольных поручений.

h. Исполнение мероприятий и индикаторов деятельности в Операционном плане контролируется сотрудниками Клиники. Руководством также определяются области высокого риска, в которых должны вестись индикаторы в клинических, управленческих областях и по международным целям безопасности пациента (см. Приложение 3).

i. Мониторинг этих индикаторов по мере необходимости проводит Совет по качеству.

- Перераспределение приоритетов в организации основывается на:
- изменении основных групп пациентов;
- потребности новых служб или подразделений;

КГП на ПХВ «Алматинская региональная многопрофильная клиника»	Стандарт операционных процедур: Программа по улучшению качества и безопасности пациентов	Код: СОП-0013-УК
		Версия: 3 от 19.01.2026 г
		Страница 9 из 27

- возможностях для улучшения, в т.ч. при обнаружении неэффективности деятельности с целью повышения производительности работы.

j. Также приоритеты работы и индикаторы определяются на уровне подразделений согласно потребностям подразделения и приоритетам организации.

l) Ежегодно Клиника определяет не менее пяти приоритетов работы по внедрению клинических протоколов (протоколов диагностики и лечения или клинических руководств). Клиника коллективно адаптирует, утверждает, обучает персонал, внедряет выбранный приоритетный клинический протокол, измеряет деятельность до и после внедрения и анализирует отклонения.

m) Ежегодно Клиника определяет приоритеты работы для выполнения проектов по улучшению работы (ПУР), информация о которых подается в СПП и ВЭ. Исполнение ПУР докладывается на заседаниях Руководства Клиники.

9. Структура управления качеством

а. Руководство Клиники:

Руководство в лице Директора и его Заместителей не позднее 30 января принимает отчеты структурных подразделений (годовые отчеты), включая информацию об исполнении настоящей Программы за прошедший календарный год и при необходимости принимает меры по улучшению качества ухода и лечения и повышению безопасности пациента.

Управляющий орган Клиники делегирует Руководству Клиники ответственность за надзор всех мероприятий по улучшению качества и внедрение настоящей Программы.

Руководство Клиники рассматривает и определяет:

- приоритетные мероприятия по повышению качества и безопасности пациента;
- приоритетные индикаторы;
- отчеты СПП и ВЭ по анкетированию пациентов;
- проекты по улучшению работы (ПУР) и отчеты по их исполнению;
- распределение ресурсов для поддержки повышения производительности;
- другие сведения по улучшению качества и безопасности пациентов.

б. Совет по качеству:

КГП на ПХВ «Алматинская региональная многопрофильная клиника»	Стандарт операционных процедур: Программа по улучшению качества и безопасности пациентов	Код: СОП-0013-УК
		Версия: 3 от 19.01.2026 г
		Страница 10 из 27

- Для повышения эффективности, постоянный мониторинг выполнения настоящей Программы проводит Совет по качеству 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 услуг внешних компаний (аутсорсинг и др.) и оценка внешних поставщиков услуг по исполнению договоров;

- индикаторы качества в клинических, управленческих областях и по международным целям безопасности пациента, включая анализ нежелательных тенденций или отклонений, сравнение с прошедшим периодом, сравнение с другими организациями в РК;

- отчеты по инцидентам (статистика, анализ, принятые меры по улучшению), включая анализ значительных осложнений или реакций на лекарственные средства, анализ значительных побочных эффектов лекарственных средств, отчеты СПП и ВЭ по анализу корневых причин чрезвычайных событий;

- отчеты СПП и ВЭ по аудиту медицинских карт на соответствие требованиям в Клинике, в т.ч. стандартизация записей, кодов по МКП и разрешенных аббревиатур;

- отчеты СПП и ВЭ по анализу жалоб пациентов;

- отчеты Комиссий Клиники, в т.ч. членов Комиссии по безопасности здания по мониторингу Программы по эксплуатации и безопасности зданий и оборудования, членов Комиссии по инфекционному контролю по мониторингу Программы по предупреждению и контролю внутрибольничных инфекций (в т.ч. показатели эпидемиологического надзора и сравнение с другими организациями в РК), членов Формулярной комиссии по управлению лекарственными средствами и др.;

- отчеты об оценке деятельности структурных подразделений Клиники; отдаст предпочтение системному подходу в решении проблем;

- другие сведения по улучшению качества и безопасности пациентов.

с. Клинический и неклинический персонал

- придерживаются миссии, ценностей Клиники, принципов настоящей Программы и других документов Клиники;

- принимают участие в мероприятиях по повышению качества;

- сообщают своим непосредственным руководителям о возможностях повышения качества и безопасности по мере их выявления.

d. Методология

Для постоянного системного совершенствования нужно применять признанные, рекомендованные методологии улучшения качества.

В Клинике методологией улучшения процессов является цикл PDCA (Рис.1):

- P (Plan) – планировать улучшение процесса.
- D (Do) – выполнить запланированное действие, осуществлять сбор данных.
- C (Check) – проверять результаты действия, изучать собранные данные.
- A (Act) – принимать корректирующие меры, совершенствовать процесс

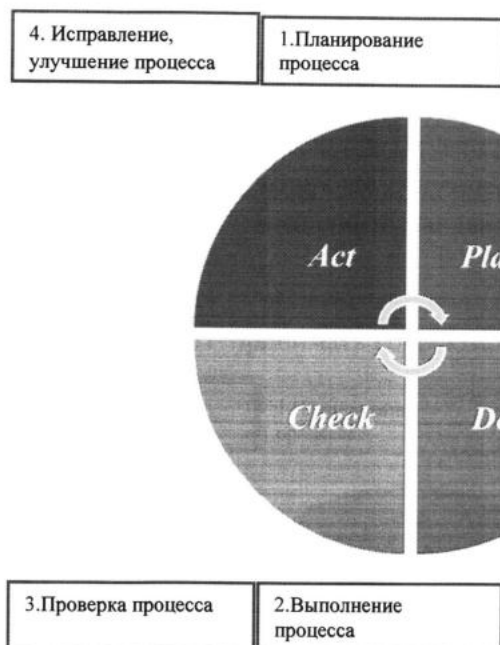


Рис.1 Методология улучшения качества: цикл PDCA

е. В Клинике ретроспективной методологией анализа инцидентов является «Анализ корневых причин (RCA)». Все экстремальные события (sentinel event) подлежат анализу корневых причин в течение 45 дней после инцидента с последующим принятием системных мер по улучшению качества и безопасности пациента.

КГП на ПХВ «Алматинская региональная многопрофильная клиника»	Стандарт операционных процедур: Программа по улучшению качества и безопасности пациентов	Код: СОП-0013-УК
		Версия: 3 от 19.01.2026 г
		Страница 12 из 27

f. В Клинике перспективной (проактивной) методологией анализа рисков является «Оценка рисков и их последствий (FMEA)». Клиника ежегодно определяет процесс высокого риска и проводит анализ по методологии FMEA.

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

10. Анализ корневых причин

a) Анализ корневых причин проводится согласно «Правил проведения анализа корневых причин».

b) 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.

c) Все чрезвычайные инциденты подлежат анализу корневых причин.

d) Пошаговый анализ изучения причины и следствия помогает рабочей группе причинно-следственного анализа (далее – рабочая группа) найти корневую причину так, чтобы можно было предпринять корректирующие меры.

e) В Правилах по анализу корневых причин представлены 2 вида процессов анализа корневых причин:

f) процесс 5 вопросов «Почему?»;

g) процесс диаграммы Исикавы.

h) В зависимости от ситуации рабочая команда сама выбирает вид анализа корневых причин.

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

j) план мероприятий по устранению корневой причины, который разрабатывается рабочей группой, согласованной с руководством и/или СПП и ВЭ и структурным подразделением, где произошел инцидент или обнаружен риск, а также с другими заинтересованными структурными подразделениями Клиники. Назначается ответственное лицо для исполнения принятого решения;

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

l) результаты трейсер/мониторинга – результаты проверки фиксируются в форме анализа корневых причин и сдаются в СПП и ВЭ.

11. Приоритетные индикаторы качества

КГП на ПХВ «Алматинская региональная многопрофильная клиника»	Стандарт операционных процедур: Программа по улучшению качества и безопасности пациентов	Код: СОП-0013-УК
		Версия: 3 от 19.01.2026 г
		Страница 13 из 27

а. Работа по мониторингу приоритетных индикаторов качества проводится согласно утвержденного решения Совета по качеству или руководством Клиники.

б. Совет по качеству или руководство Клиники определяет наиболее важные «внешние» индикаторы качества клинического и административного направления для мониторинга динамики ключевого показателя результативности работы выбранных структурных подразделений. Области выбранных приоритетных индикаторов качества перечислены в Приложении 3 настоящей Программы.

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

д. Согласно требованиям стандартов качества, выбираются индикаторы в следующих областях:

- 1) административные индикаторы;
- 2) клинические индикаторы;
- 3) индикаторы по международным целям и безопасности пациента.

е. СПП и ВЭ ведет общий мониторинг за всеми индикаторами качества вместе со структурным подразделением, 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.

12. Система отчетности

а) Механизмы отчетности состоят из систематического обмена информацией и обратной связи, связанных с наблюдением, анализом данных и улучшением конкретных процессов и результатов между управляющим Клиники, Руководством Клиники, Советом по качеству, СПП и ВЭ и другими Комиссиями Клиники, клиническим и неклиническим персоналом, пациентами, внешними поставщиками услуг (см. Приложение 1).

б) Не реже, чем раз в квартал Управляющий орган Клиники – Наблюдательный совет получает отчеты от Клиники о выполнении настоящей программы в виде отчетов об исполнении операционного плана работы или достижения поставленных индикаторов качества (такие как летальность,

КГП на ПХВ «Алматинская региональная многопрофильная клиника»	Стандарт операционных процедур: Программа по улучшению качества и безопасности пациентов	Код: СОП-0013-УК
		Версия: 3 от 19.01.2026 г
		Страница 14 из 27

уровень внутрибольничных инфекций и др.). При необходимости, Управляющий орган Клиники – Наблюдательный совет принимает меры по результатам исполнения настоящей программы.

с) Индикаторы деятельности сообщаются в соответствии с установленными правилами Клиники и сроками (ежемесячно до 10 числа следующего месяца) согласно Приложению 4.

д) СПП и ВЭ несет ответственность за координацию сбора данных, анализа данных и передачу совокупных (агрегированных) данных по индикаторам качества в соответствующие комиссии, отделения и отделы.

е) СПП и ВЭ предоставляет Директору отчеты согласно Приложению 4.

13. Оценка программы

а. Настоящая Программа оценивается и пересматривается раз в три года, что включает:

б. пересмотр применяемых методологий улучшения качества (новые методологии);

с. пересмотр приоритетов работы по улучшению качества;

д. обзор выполнения Программы за предыдущие годы;

е. определение приоритетов и зон риска для мониторинга индикаторов.

14. Нормативные ссылки:

1. Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения от 7 июля 2020 года № 360-VI ЗРК»;

2. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 22 октября 2020 года № ҚР ДСМ-147/2020 «Об утверждении правил определения и анализа случаев (событий) медицинского инцидента, их учета и анализа».

3. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 3 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-230/2020 «Об утверждении правил организации и проведения внутренней и внешней экспертизы качества медицинских услуг (помощь)» (с изменениями и дополнениями от 16.11.2021 г.).

4) Приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 ноября 2021 года № ҚР ДСМ - 111 «Об утверждении стандартов аккредитации медицинских организаций»;

5) Приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 21 декабря 2020 года № ҚР ДСМ – 299/2020 «Об утверждении правил аккредитации в области здравоохранения» (с изменениями и дополнениями от 09.08.2023 года);

6) Стандартами аккредитации Международной объединенной комиссии (Joint Commission International Accreditation Standards for Hospital – 8th Edition) для больниц, 8-е издание, 01.07.2024 г., США.

КГП на ПХВ «Алматинская региональная многопрофильная клиника»	Стандарт операционных процедур: Программа по улучшению качества и безопасности пациентов	Код: СОП-0013-УК
		Версия: 3 от 19.01.2026 г
		Страница 15 из 27

Приложение 1

Структура отчетности и информационного потока по улучшению качества и безопасности



КГП на ПХВ «Алматинская региональная многопрофильная клиника»	Стандарт операционных процедур: Программа по улучшению качества и безопасности пациентов	Код: СОП-0013-УК
		Версия: 3 от 19.01.2026 г
		Страница 16 из 27

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 и ПОСЛЕДСТВИЯ				
	Катастрофическое	Крупное	Умеренно	Среднее	Незначительное
Почти вероятно					
Вероятно					
Возможно					
Маловероятно 2					
Редко 1					

КГП на ПХВ «Алматинская региональная многопрофильная клиника»	Стандарт операционных процедур:	Код: СОП-0013-УК
	Программа по улучшению качества и безопасности пациентов	Версия: 3 от 19.01.2026 г
		Страница 17 из 27

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ БАЛЛОВ

ПОСЛЕДСТВИЯ:	Насколько серьезно может нанести повреждение/навредить?
Катастрофическое	Смерть и значительное количество повреждений, экологическая катастрофа, крупные финансовые расходы
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
7,6	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

КГП на ПХВ «Алматинская региональная многопрофильная клиника»	Стандарт операционных процедур:	Код: СОП-0013-УК
	Программа по улучшению качества и безопасности пациентов	Версия: 3 от 19.01.2026 г
		Страница 18 из 27

Приложение 3

**Список мониторируемых приоритетных индикаторов КГП на ПХВ
«Алматинская региональная многопрофильная клиника» «ГУ УЗ Алматинской
области» Акимата Алматинской области**

№	Индикаторы	Ответственный исполнитель	Источник информации	Единица измерения	Формула расчета	Частота сбора информации	Пороговое значение
Административные индикаторы							
1	Уровень удовлетворенности пациентов	СПП и ВЭ	Анкета	%	Количество пациентов, удовлетворенных посещением врача*100/общее количество опрошенных	Ежеквартально	100%
2	Доля правильно оформленных личных дел персонала и внештатных сотрудников в соответствии с ПУЧР	Отдел управления человеческим и ресурсами и делопроизводством	Личные дела персонала и внештатных сотрудников	%	Доля правильно оформленных личных дел персонала и внештатных сотрудников в соответствии с ПУЧР *100/общее количество личных дел	Ежемесячно	100%
3	Коэффициент рентабельности Клиники	Заместитель директора по экономическим и административно-хозяйственным вопросам, Главный бухгалтер	1С-бухгалтерия	%	R=П/Р*100 • R — рентабельность; • П — чистая прибыль; • Р — ресурс.	Ежеквартально	От 10% и выше
Риск менеджмент (управление рисками)							
1	Показатель доли сотрудников из числа врачебного, среднего и младшего медицинского персонала, обученного мерам сердечно-легочной реанимации BLS	Отдел управления человеческим и ресурсами и делопроизводством	Наличие сертификата в личных делах сотрудников	%	Число медицинского персонала, обученных BLS*100/среднегодовое число медицинского персонала	Ежемесячно	100%

КГП на ПХВ «Алматинская региональная многопрофильная клиника»	Стандарт операционных процедур: Программа по улучшению качества и безопасности пациентов		Код: СОП-0013-УК
			Версия: 3 от 19.01.2026 г
			Страница 19 из 27

2	Показатель доли сотрудников обученных мероприятиям при «код красный»	Инженер по ТБ и ЧС	Журнал обучения, контрольный лист мониторинга	%	Число медицинского персонала, обученных «код красный»*100/среднегодовое число медицинского персонала	Ежемесячно	100%
3	Показатель доли сотрудников обученных мероприятиям при "код желтый"	Инженер по ТБ и ЧС, Эпидемиолог	Журнал обучения, контрольный лист мониторинга	%	Число медицинского персонала, обученных "код желтый"*100/среднегодовое число медицинского персонала	Ежемесячно	100%
4	Количество персонала принявших участие на тестировании программы ЧС	Инженер по ТБ и ЧС	Протокол, листы участвовавших	%	Количество персонала принявших участие на тестирование программы ЧС*100/общее количество персонала	Ежеквартально	100%
5	Доля выполненных заявок по безопасности инженерных сетей и коммуникации	Заведующий АХЧ	Журнал заявок	%	Число выполненных заявок*100%/общее число заявок	Ежемесячно	100%
Повышение качества							
1	Удельный вес обоснованных жалоб	СПП и ВЭ	Журнал регистрации	%	Количество обоснованных обращений *100%/общее количество рассмотренных обращений физических и юридических лиц	Ежемесячно	Не должен превышать 0,1%
2	Выполнение клинических протоколов диагностики и лечения.	СПП и ВЭ	МКБ	%	Удельный вес соблюдения ПДЛ*100/общее количество проведенной экспертизы медкарт	Ежемесячно	100%
3	Доля госпитализированных в стационар пациентов с наличием МДГ (гематологическим консилиумом)	Руководители /Заведующие клинических отделений	МИС	%	Количество госпитализированных в стационар пациентов с наличием МДГ *100/общее количество госпитализированных пациентов	Ежемесячно	100%

КГП на ПХВ «Алматинская региональная многопрофильная клиника»	Стандарт операционных процедур:		Код: СОП-0013-УК
	Программа по улучшению качества и безопасности пациентов		Версия: 3 от 19.01.2026 г
			Страница 20 из 27

	м – для онкогематол огических пациентов)						
4	Частота случаев неэтичного поведения сотруднико в Клиники	СПП и ВЭ	Анкетирован ие и обращения пациентов	Абс. число	Общее число случаев неэтичного поведения сотрудников Клиники	Ежеквар тально	0
5	Доля историй болезней с интерпретац ией анализов	Руководители /Заведующие клинических отделений	Чек-листы, Акты службы внутреннего аудита	%	Количество историй болезней с интерпретацией анализов *100% / Общее количество историй болезней	Ежемес ячно	100%
Клинические индикаторы							
1	Оценка боли при осмотре	Руководители /Заведующие клинических отделений, СПП и ВЭ	МКБ, контрольный лист мониторинга	%	Кол-во пациентов оцененных при осмотре на наличие боли*100/общее количество осмотренных пациентов	Ежемес ячно	100%
2	Доля пациентов, осмотренны х лечащим врачом в течение 2-х часов с момента госпитализа ции в отделение	Руководители /Заведующие клиническим и отделениями	МИС, анкетировани е пациентов	%	Количество пациентов, осмотренных лечащим врачом в течение 2-х часов с момента госпитализации в отделение *100/общее количество госпитализированн ых пациентов в отделение	Ежеква ртально	100%
3	Своевремен ность проведения оценки риска тромбоэмбо лических осложнений	Заместитель директора по ЛР	МКБ	%	Количество проведенных оценок риска тромбоэмболических осложнений*100/кол ичество операций всего	Ежемес ячно	100%

КГП на ПХВ «Алматинская региональная многопрофильная клиника»	Стандарт операционных процедур:		Код: СОП-0013-УК
	Программа по улучшению качества и безопасности пациентов		Версия: 3 от 19.01.2026 г
			Страница 21 из 27

4	Своевременность проведения антибиотикопрофилактики	Клин. фармаколог, СПП и ВЭ	Лист врачебных назначений	%	Количество пациентов, получивших антибиотикопрофилактику* 100/количество операций	Ежемесячно	100%
5	Обоснованность выбора антибиотиков из резервного ряда	Клинический фармаколог	МКБ	%	Доля пациентов, получивших антибиотики резервного ряда *100/ Общее число пациентов, получивших антибиотикотерапию	Ежемесячно	100%
6	Удельный вес своевременности раннего выявления ухудшения состояния пациентов, получающих химиотерапию	Заведующие ХТО (круглосуточный и дневной стационар) и Отделения гематологии	МКБ	%	Количество раннего выявления ухудшения состояния*100/ общее количество пациентов с ухудшением состояния пациентов получающих химиотерапию	Ежемесячно	100%
7	Доля пациентов в ХТО, у которых зарегистрировано прогрессирование процесса (рецидив, метастазирование)	Заведующие ХТО (круглосуточный и дневной стационар) и Отделения гематологии	МИС, ЭРОБ	%	Количество пациентов в ХТО, у которых зарегистрировано прогрессирование процесса *100/общее количество пролеченных пациентов в ХТО за отчетный период	Ежеквартально	Не более 20%
8	Показатель послеоперационных осложнений	Заместитель директора по ЛР	Выгрузка из ЭРОБ	%	Число послеоперационных осложнений * 100/ общее число прооперированных больных	Ежемесячно	Не более 3%
9	Удельный вес повторных операций при плановой операции	Заместитель директора по ЛР	Выгрузка из ЭРОБ	%	Число повторных операции * 100/ общее число прооперированных больных в плановом порядке	Ежемесячно	Не более 3%
10	Послеоперационная	Заместитель директора по	МКБ	%	Случаи послеоперационной	Ежемесячно	Должна стремит

КГП на ПХВ «Алматинская региональная многопрофильная клиника»	Стандарт операционных процедур:		Код: СОП-0013-УК
	Программа по улучшению качества и безопасности пациентов		Версия: 3 от 19.01.2026 г
			Страница 22 из 27

	летальность в случаях плановой госпитализа ции	ЛР			летальности*100/все случаи плановых операций		ься к 0%
11	Частота побочных эффектов при анестезии и седации	Зав ОАРИТ	МИС, Журнал осложнений	%	Число зарегистрированных осложнений после анестезии и седации *100 / общее число пациентов, получивших анестезию, седацию	Ежеква ртально	Стремит ся к 0%
12	Коэффицие нт ошибок, связанных с заполнение м мед. документа ции (заключени й врачей КДП)	Зав КДП, СПП и ВЭ	МИС, Акты службы внутреннего аудита	%	Количество медицинских заключений врачей КДП, где имеются ошибки за отчетный период *100 / общее число медицинских заключений	Ежемес ячно	Не более 15%
13	Удельный вес пациентов (родственни ков пациентов), которым было проведено обучение по уходу	Заведующий отделения паллиативной симптоматиче ской и противоболев ой терапии	Форма «Обучение пациента (родственников) по уходу», Чек-листы, Акты службы внутреннего аудита	%	Количество пациентов (родственников пациентов), которым было проведено обучение по уходу *100% / Общее количество пациентов за отчётный период	Ежемес ячно	100%
По МИСН 1-6							
1	Доля правильной идентифика ции пациентов на образцах лабораторн ых исследован ий	Все заведующие, старшие м/с структурных подразделени й, СПП и ВЭ	Образцы лабораторных исследований , контрольный лист мониторинга	%	Количество образцов с правильной идентификацией*100/ общее количество образцов	Ежемес ячно	100%
2	Доля пациентов стационара, у которых есть идентифика ционные браслеты	СПП и ВЭ	Контрольный лист мониторинга	%	Количество пациентов с идентификационным и браслетами*100/обще е количество пациентов стационара на момент проверки	Ежемес ячно	100%

КГП на ПХВ «Алматинская региональная многопрофильная клиника»	Стандарт операционных процедур: Программа по улучшению качества и безопасности пациентов		Код: СОП-0013-УК
			Версия: 3 от 19.01.2026 г
			Страница 23 из 27

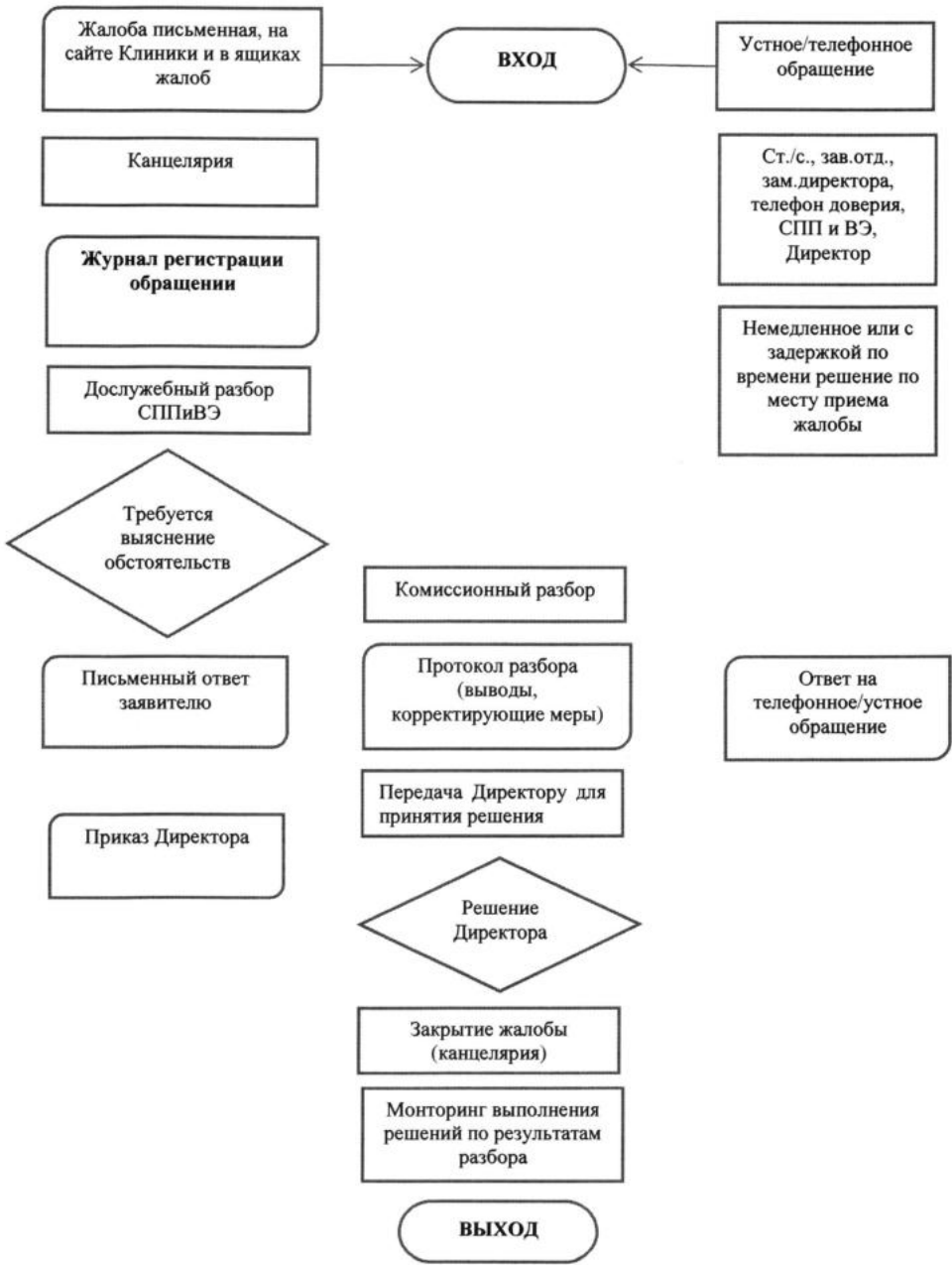
3	Доля пациентов, которым полностью и правильно проведена оценка риска падения	Все старшие м/с структурных подразделений, СПП и ВЭ	МКБ, контрольный лист мониторинга	%	Число пациентов, получивших полную и правильную повторную оценку риска падения *100/общее число принятых пациентов	Ежемесячно	100%
4	Доля правильного хранения медикаментов высокого риска	Старшие м/с отделений, где хранятся МВР, аптека	Контрольный лист мониторинга	%	Число лекарственных средств высокого степени риска хранящихся правильно*100/общее число лекарственных средств высокого степени риска	Ежемесячно	100%
5	Показатель гигиены рук	Эпидемиолог	Контрольный лист мониторинга	%	Количество сотрудников с соблюдением гигиены рук*100/общее количество сотрудников	Ежемесячно	100%
6	Доля точной передачи по телефону устной информации и при сообщении критических результатов лабораторных исследований с лабораторией	СПП и ВЭ	Журнал регистрации проведенных исследований	%	Общее количество правильно переданных критических значений*100/общее количество критических значений	Ежемесячно	100%
7	Правильное документирование процедуры тайм-аут при операциях (хирург)	Заведующий отделением хирургии	Контрольный лист мониторинга	%	Количество правильно оформленных форм тайм-аут*100/общее количество проведенных операций	Ежемесячно	100%
8	Количество случаев инцидентов	Руководители /Заведующие отделений	Форма «Отчёт об инциденте»	Абс. число	Общее число случаев инцидентов, переданных в СПП и ВЭ	Ежеквартально	Не меньше 1-ого от каждого

КГП на ПХВ «Алматинская региональная многопрофильная клиника»	Стандарт операционных процедур: Программа по улучшению качества и безопасности пациентов		Код: СОП-0013-УК
			Версия: 3 от 19.01.2026 г
			Страница 24 из 27

	переданных в СПП и ВЭ						отделен ия
Профилактика и контроль инфекции							
1	Доля медицинско го персонала, обученного по гигиене рук	Эпидемиолог	Протоколы обучения, график обучения по гигиене рук	%	Количество сотрудников обученного по гигиене рук *100/общее количество сотрудников	Ежемес ячно	100% заплани рованы х на отчетны й период
2	Показатели самоконтро ля - доля положитель ных проб	Эпидемиолог	Протокол микробиолог ического исследования	%	Количество положительных проб *100/общее количество взятых проб	Ежеква ртально	Стремит ся к 0%
3	Показатель внутриболь ничной инфекции	Эпидемиолог	МКБ	%	Число случаев ВБИ*100/кол-во пролеченных больных за отчетный период	Ежемес ячно	Стремит ся к 0%
4	Инфекция послеопера ционной раны (показатель гнойно- септических процессов после оперативны х вмешательс тв)	Эпидемиолог	МКБ	%	Число инфекции послеоперационной раны (гнойно- септических процессов после оперативных вмешательств)*100/о бщее количество операций	Ежемес ячно	Стремит ся к 0%
5	Своевремен ность ухода за катетерами и установкам и	Эпидемиолог	МКБ	%	Количество проведенного ухода за катетером *100/общее количество установленных	Ежеква ртально	100%

Приложение №4

Алгоритм управления жалобами пациентов



[illegible]