

«АЛМАТЫ ОБЛЫСЫНЫҢ
ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ
БАСҚАРМАСЫ»
МЕМЛЕКЕТТІК МЕКЕМЕСІНІҢ
ШАРУАШЫЛЫҚ ЖҮРГІЗУ
ҚҰҚЫҒЫНДАҒЫ
«АЛМАТЫ АЙМАҚТЫҚ
КӨПСАЛАЛЫ
КЛИНИКА»
КОММУНАЛДЫҚ
МЕМЛЕКЕТТІК КӘСІПОРНЫ

050019, Алматы обл, Іле ауданы,
Энергетик ауылдық округі,
Өтеген батыр
ауылы, Титов көшесі, 30 ғимарат
Тел/факс +7 727 3993071,
e-mail: almatyregion-
onko@yandex.kz
БСН 010140003356



КОММУНАЛЬНОЕ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ
ПРЕДПРИЯТИЕ
НА ПРАВЕ ХОЗЯЙСТВЕННОГО ВЕДЕНИЯ
«АЛМАТИНСКАЯ РЕГИОНАЛЬНАЯ
МНОГОПРОФИЛЬНАЯ КЛИНИКА»
ГОСУДАРСТВЕННОГО
УЧРЕЖДЕНИЯ
«УПРАВЛЕНИЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
АЛМАТИНСКОЙ ОБЛАСТИ»
АКИМАТА АЛМАТИНСКОЙ
ОБЛАСТИ

050019, Алматинская
область, Илийский район, Энергетический
сельский округ, село Отеген батыр, Титов №30
Тел/факс +7 727 3993071,
e-mail: almatyregion-onko@yandex.kz
БИН 010140003356

Утверждаю
Директор КГП на ПХВ
«Алматинская региональная
многопрофильная клиника»
«ГУ УЗ Алматинской области»
Акимата Алматинской области
Олжаев С.Т.
«12» ноября 2026 г.

ПРОГРАММА УПРАВЛЕНИЯ РИСКАМИ

г. Алматы, 2026 год

1. Основные положения

Риск – это вероятность инцидента или неблагоприятного события, которая возникает в определенный период времени или в результате специфической ситуации, которое отрицательно повлияет на способность КГП на ПХВ «Алматинская региональная многопрофильная клиника» (далее - Клиника) успешно достичь поставленных целей.

Управление рисками (риск-менеджмент) – процесс принятия и реализации управленческих решений, направленных на снижение вероятности возникновения неблагоприятного результата и минимизацию возможных потерь.

Сущностью риск-менеджмента является построение системы мер внутри организации по противодействию рискам.

Владелец риска – работник Клиники, который в силу своих полномочий и должностных обязанностей может и должен управлять данным риском.

Настоящая Программа управления рисками Клиники (далее — Программа) определяет единую систему выявления, регистрации, оценки, анализа, предупреждения, минимизации, мониторинга и контроля рисков, способных повлиять на качество и безопасность медицинской помощи, безопасность пациентов и работников, достижение стратегических целей, финансовую устойчивость и бесперебойное функционирование медицинской организации.

Программа распространяется на все структурные подразделения, работников и виды деятельности Клиники.

Управление рисками является составной частью системы внутреннего контроля, управления качеством медицинской помощи и обеспечения безопасности пациентов.

Программа разработана с учетом:

- Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения»;
- Правил аккредитации в области здравоохранения, утвержденных приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 21 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-299/2020;
- стандартов и критериев аккредитации медицинских организаций;
- действующих нормативных правовых актов Республики Казахстан в области здравоохранения, санитарно-эпидемиологического благополучия, охраны труда, пожарной безопасности, гражданской защиты, обращения лекарственных средств и медицинских изделий;
- внутренних документов Клиники.

2. Цель

Целью Программы является создание и поддержание эффективной системы управления рисками, направленной на предупреждение неблагоприятных событий, снижение вероятности их возникновения и тяжести последствий, обеспечение безопасности пациентов и персонала, качества медицинской помощи и устойчивой деятельности Клиники.

3. Задачи

- систематическое выявление потенциальных и реализовавшихся рисков;
- формирование и актуализация Реестра рисков;
- единообразная оценка вероятности возникновения рисков и тяжести их последствий;
- определение значительных и критических рисков;
- разработка мероприятий по предупреждению, снижению, устранению либо контролю рисков;
- назначение владельцев и ответственных за управление рисками;
- мониторинг эффективности мероприятий;
- анализ инцидентов, потенциальных ошибок, ошибок и экстремальных событий;
- формирование культуры безопасности и открытого сообщения о рисках;
- обучение работников вопросам управления рисками;
- информирование руководства и Органа управления о значительных рисках;
- обеспечение коммуникации с заинтересованными сторонами;
- постоянное совершенствование системы управления рисками;
- обеспечение выполнения требований уполномоченного органа - Министерства здравоохранения Республики Казахстан и Управления здравоохранения Алматинской области.

4. Классификация рисков предприятия:

Клиника выявляет и оценивает, в том числе, следующие категории рисков:

4.1. Стратегические риски

Риски, способные повлиять на достижение стратегических целей Клиники:

- невыполнение стратегического и операционного плана;
- изменение объемов медицинской помощи;
- недостаточность кадровых и материальных ресурсов;
- репутационные риски;

- изменение нормативных требований;
- невыполнение целевых индикаторов;
- риски лицензирования и аккредитации.

4.2. Клинические риски

Риски причинения вреда пациенту при оказании медицинской помощи:

- диагностические ошибки;
- несвоевременная диагностика;
- ошибки назначения и применения лекарственных средств;
- хирургические осложнения;
- анестезиологические риски;
- трансфузионные осложнения;
- падения пациентов;
- нарушение идентификации пациента;
- неправильная идентификация биоматериала;
- ошибки при передаче клинической информации;
- несвоевременное реагирование на ухудшение состояния пациента;
- риски при проведении процедур высокого риска;
- риски, связанные с медицинскими изделиями и оборудованием;
- внутрибольничные инциденты и экстремальные события.

4.3. Эпидемиологические риски

К ним относятся:

- инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи;
- нарушение санитарно-противоэпидемического режима;
- нарушение обращения с медицинскими отходами;
- аварийные ситуации при работе с биологическим материалом;
- распространение инфекционных заболеваний среди пациентов и работников;
- нарушение требований изоляции пациентов.

4.4. Финансовые риски

- недостаточность финансирования;
- нецелевое или неэффективное использование средств;
- отказ в оплате медицинских услуг;
- штрафные санкции;
- ошибки тарификации;
- дебиторская и кредиторская задолженность;
- закупочные риски;
- риски утраты материальных ценностей.

4.5. Риски функциональности здания и инфраструктуры

- пожар;

- отключение электроэнергии;
- прекращение водоснабжения;
- аварии систем отопления и вентиляции;
- отказ резервного электроснабжения;
- нарушение работы медицинских газов;
- затопление;
- конструктивные повреждения здания;
- ограничение эвакуационных путей;
- нарушение доступности помещений;
- аварии инженерных коммуникаций.

4.6. Кадровые риски

- дефицит медицинских кадров;
- недостаточная квалификация;
- отсутствие сертификатов специалистов;
- превышение допустимой нагрузки;
- профессиональное выгорание;
- нарушение трудовой дисциплины;
- недостаточная адаптация новых работников.

4.7. Информационные риски

- утрата медицинской информации;
- несанкционированный доступ;
- нарушение конфиденциальности;
- сбои медицинских информационных систем;
- киберинциденты;
- ошибки идентификации данных;
- нарушение резервного копирования.

4.8. Прочие риски

Медицинская организация вправе выделять иные риски в зависимости от специфики своей деятельности.

5. Источники выявления рисков

Источниками информации о рисках являются:

- зарегистрированные инциденты;
- потенциальные ошибки;
- медицинские ошибки;
- экстремальные события;
- результаты внутренних аудитов;
- результаты клинических аудитов;
- обращения, жалобы и предложения пациентов;

- результаты анкетирования пациентов;
- сообщения медицинского персонала;
- обходы и наблюдения;
- анализ медицинской документации;
- результаты производственного контроля;
- эпидемиологический мониторинг;
- результаты проверок государственных органов;
- результаты внешней аккредитации;
- анализ летальных исходов;
- заседания комиссий;
- анализ лекарственной безопасности;
- данные по охране труда и пожарной безопасности;
- аварии оборудования и инженерных систем;
- результаты анализа показателей деятельности.

6. Процесс управления рисками

Управление рисками включает следующие последовательные этапы:

Выявление риска → регистрация → анализ → оценка → определение уровня риска → определение владельца → разработка мероприятий → реализация мероприятий → мониторинг → повторная оценка → закрытие риска либо дальнейший контроль.

7. Методика оценки рисков

Таблица оценки рисков

Часть 1. Оценка вероятности риска

Вероятность		Последствия				
		Катастрофические	Крупные	Умеренные	Средние	Незначительные
		5	4	3	2	1
Наиболее вероятно	5	10	9	8	7	6
Вероятно	4	9	8	7	6	5
Возможно	3	8	7	6	5	4
Маловероятно	2	7	6	5	4	3
Редко	1	6	5	4	3	2

Часть 2. Оценка уровня влияния риска

Неопасные	Зеленая зона
Умеренно опасные	Желтая зона
Опасные	Оранжевая зона
Чрезвычайно опасные	Красная зона

- до 5 баллов – низкая значимость риска;
- 6 баллов – средняя значимость риска;
- от 7 до 8 баллов – высокая значимость риска;
- от 9 до 10 баллов – очень высокая значимость риска

8. Ответственное лицо по управлению рисками

Приказом первого руководителя назначается ответственное лицо, осуществляющее координацию деятельности по управлению рисками.

Ответственное лицо:

1. координирует реализацию настоящей Программы;
2. ведет сводный Реестр рисков;
3. осуществляет методологическое сопровождение подразделений;
4. контролирует проведение оценки рисков;
5. контролирует разработку мероприятий по значительным рискам;
6. проводит мониторинг исполнения мероприятий;
7. анализирует динамику рисков;
8. организует обучение персонала;
9. готовит сводную отчетность руководству;
10. представляет информацию по рискам Органу управления;
11. организует пересмотр Программы и методики оценки рисков.

9. Ответственность руководителей структурных подразделений

Руководители структурных подразделений:

- выявляют риски своего подразделения;
- обеспечивают их регистрацию;
- проводят первичную оценку;
- определяют причины и возможные последствия;
- предлагают мероприятия по снижению рисков;
- назначают исполнителей;
- обеспечивают выполнение мероприятий;
- осуществляют мониторинг;
- своевременно информируют ответственное лицо по управлению рисками о новых и реализовавшихся рисках;
- обеспечивают ознакомление персонала с рисками подразделения.

10. Ответственность работников

Каждый работник медицинской организации обязан:

1. соблюдать требования безопасности;
2. знать основные риски своего рабочего процесса;

3. своевременно сообщать о выявленных рисках;
4. сообщать об инцидентах, потенциальных ошибках, ошибках и экстремальных событиях;
5. участвовать в мероприятиях по снижению рисков;
6. выполнять корректирующие и предупреждающие мероприятия;
7. проходить установленное обучение;
8. не скрывать информацию о событиях, способных причинить вред пациенту, работнику или организации.

Сообщение работником о риске или потенциальной ошибке рассматривается как элемент культуры безопасности и используется преимущественно для предупреждения повторных событий и совершенствования процессов.

11. Обучение:

Обучение является составной частью Программы. Сотрудники и врачи ориентированы на выполнение целей Программы и осознают свою роль в этой программе. Заместитель директора по ККОМУ/СППиВЭ обращается к руководителям подразделений по различным вопросам риск - менеджмента. Руководители подразделений, при необходимости, проводят внутренние совещания, направленные на решение специфических задач по управлению рисками. Заведующие клиническими отделениями и руководители отделов ответственны за распространение информации по риск-менеджменту среди подчиненных.

Риск - менеджеры оказывают содействие образовательным программам. Риск - менеджеры ежегодно посещают конференции по управлению риском, а также другие образовательные семинары, конференции, практикумы.

12. Отчёты

Завершенные отчеты о чрезвычайных случаях и неблагоприятных инцидентах хранятся на постоянной основе в СППиВЭ. Протоколы заседаний медицинских комиссий подлежат хранению на постоянной основе у заместителей директора по курации.

13. Конфиденциальность

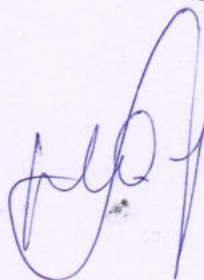
Действия СПП и ВЭ, связанные с риск-менеджментом, требуют соблюдения высокого уровня конфиденциальности при передаче отчетов и других видах коммуникаций. Соответствующее поведение сотрудников и медицинского персонала, а также их отношение к пациентам и посетителям являются важными факторами в снижении количества жалоб, обращений и исков к организации.

Протоколы и другие записи комиссий МО не могут быть раскрыты или приняты в качестве доказательства при судопроизводстве. Любые запросы от судебных органов должны быть рассмотрены риск-менеджерами совместно с юристами.

1. Ссылки:

- 1) Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 ноября 2021 года № ҚР ДСМ - 111 «Об утверждении стандартов аккредитации медицинских организаций»;
- 2) Приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан от 21 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-299 «Об утверждении правил аккредитации в области здравоохранения»
- 3) Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан (далее – РК) от 03 декабря 2020 года № 230 «Об утверждении Правил организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг»;
- 4) Стандарты аккредитации Международной объединенной комиссии (Joint Commission International Accreditation Standards for Hospital – 7th Edition) для больниц, 2021г., США;
- 5) iSixSigma. FEMA: Preventing a Failure Before Any Harm Is Done. Smith DL. Accessed November 16, 2016;
- 6) 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;
- 7) Carroll RL, et al. Enterprise Risk Management: A framework for success. Chicago, IL: American Society for Healthcare Risk Management, 2014.

Заместитель директора по ККОМУ



И.И. Новиков