



Наименование структурного подразделения:	Все структурные подразделения		
Названия документа:	СОП «Программа управления рисками»		
Утвержден:	Руководитель ГКП на ПХВ «ЛГП» Чалкаров А.Б.		
Дата утверждения:			
Разработчик:	Должность	Ф.И.О.	Подпись
	Заместитель гл.врача по контролю качества мед.услуг	Рысбаев С.Т.	
	Врач эксперт		
Согласовано:	Заместитель гл.врача по лечебному делу	Анаркулова У.О.	
	Заместитель гл.врача по контролю ОМД	Кабылбеков Г.К.	
Дата согласования:	04.01.2024г.		
Дата введения в действие	04.01.2024г.		
Версия №	Копия № _____	04 / 01 / 2024г. Ф.И.О. _____ Подпись _____	

Дата последнего пересмотра « 04 » « 01 . » 2024г

Дата следующего пересмотра « \_\_\_\_\_ » « \_\_\_\_\_ » 2027г



## 1. Цель и задачи

**Цель Программы** - управление рисками для повышения безопасности пациентов, персонала и посетителей в медицинской организации.

### Задачи Программы:

- 1) выявление рисков;
- 2) определение приоритетности рисков;
- 3) сообщение о рисках;
- 4) управление рисками;
- 5) расследование неблагоприятных событий;
- 6) принятие соответствующих мер.

## 2. Область применения

В выполнении данной Программы задействованы руководство и все работники, а также пациенты, члены их семьи, посетители медицинской организации.

## 3. Ответственность

Все работники медицинской организации.

## 4. Термины и определения

Программа по управлению рисками создана в координации с Программой по улучшению качества, Программой безопасности здания, Программой инфекционного контроля.

Медицинская организация придерживается следующих процессов для снижения рисков:

- выявление и регистрация инцидентов, почти-ошибок и принятие соответствующих мер;
- извлечение уроков из ошибок и почти-ошибок для их предупреждения;
- не карательная система - минимизация обвинения лиц, вовлеченных в медицинскую ошибку;
- коллективная работа;
- обмен знаниями.

Программа управления рисками обобщает, анализирует риски и принимает меры по их предотвращению и снижению негативных последствий.


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

**Риск** – вероятность инцидента/неблагоприятного события, которая возникает в определенный период времени или в результате специфической ситуации.

**Инцидент (неблагоприятное событие)** – ненормальное/необычное событие. Такое событие, не являющееся частью нормального функционирования деятельности, влияет или может повлиять на снижение качества оказываемых медицинских услуг, привести к нежелательному исходу.

Инциденты в медорганизации делятся на:



	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
		Система менеджмента качества	Версия: 1

- потенциальные ошибки;
- ошибки;
- чрезвычайные события.

**Потенциальная ошибка, почти ошибка** – вид инцидента, когда ошибка чуть не случилась, была предотвращена, не совершилась. Другими словами, это событие, при котором ошибка была предотвращена, но при ее повторении возможен 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. Вместе с тем, 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 выявлению, сообщению и разбору, как и ошибки.


**Ошибка** – 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 или экстремальное событие** – неожиданное происшествие, включающее смерть, серьезную физическую или физиологическую травму. Серьезная физическая травма включает потерю конечности или функции. Такие события называются экстремальными, так как указывают на необходимость немедленного расследования и реагирования.

В медицинской организации к таким событиям относятся:

- неожиданная смерть, включая, но не ограничиваясь следующим:
- смерть, не связанная с естественным течением болезни пациента или его состоянием (например, смерть от послеоперационной инфекции или внутрибольничной легочной эмболии);
- суицид;
- серьезная постоянная потеря функции, не связанная с естественным течением болезни пациента или его состоянием;
- хирургическая операция с выбором неправильного участка для операции, проведение неправильной процедуры и проведение хирургической процедуры некорректно идентифицированному («не тому») пациенту;
- передача хронической или фатальной болезни в результате переливания крови и ее продуктов или пересадка зараженных органов или тканей;
- похищение пациента;
- изнасилование, насилие на рабочем месте, например, нападение (приведшее к смерти или постоянной потере функции);
- убийство (намеренное) пациента, члена персонала, врача, интернов, посетителей или поставщиков на территории больницы.



	ГКП на ПХВ <b>"Ленгерская городская поликлиника"</b> УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
	Система менеджмента качества	Версия: 1	Страница: 4 из 8

Все экстремальные события подлежат анализу корневых причин в течение 45 дней после инцидента с последующим принятием системных мер по улучшению качества и безопасности пациента.

## 5. Ресурсы

Информация о рисках в медорганизации из разных источников, например отчета об инциденте или жалобы и т.п.

## 6. Документирование

Протоколы Совета по качеству, Комиссии по безопасности здания или Комиссии инфекционного контроля о разборе почти-ошибок, ошибок или экстремальных событий (анализ корневых причин) с принятием соответствующих мер по снижению рисков и предотвращению повторения ситуации.

## 7. Система управления рисками

Управление рисками — это выявление, анализ и контроль рисков. Управление рисками включает в себя систематическое применение правил, процедур и практик.

### 1) Выявление рисков - отчет об инциденте

Персонал должен знать о системе отчетов об инциденте, а также своевременно и адекватно передавать информацию о существующих потенциальных ошибках и любых инцидентах в Службу внутреннего аудита (далее - СВА). Форма «Отчет об инциденте» подается в СВА.

### 2) Оценка рисков

Путем систематического выявления, оценки, извлечения уроков и управления рисками можно сократить потенциальные и реальные риски. Таблица оценки рисков в медицинской организации может быть использована для оценки:

- случаев, которые уже произошли (фактические события);
- случаев, которые были предотвращены (потенциальные события).

**Таблица оценки рисков**

### Часть 1. Оценка вероятности риска

Категория	Уровень	Описание
Почти точно случится	5	Во многих обстоятельствах этот случай ожидается с уверенностью
Скорее вероятно	4	Во многих обстоятельствах этот случай вероятно случится
Возможно	3	Возможно случится
Вряд ли	2	Может когда-то случиться
Очень редко	1	Может случиться только в редких случаях

### Часть 2. Оценка уровня влияния риска

Категория	Уровень	Описание
-----------	---------	----------



Катастрофический	5	Смерть, серьезный вред, огромное влияние на человека или организацию
Сильный	4	Много повреждений, средняя степень прекращения услуг, большое влияние на человека или организацию
Средний	3	Необходимо оказание медицинской помощи или лечение, существенное влияние на человека или организацию
Небольшой	2	Первая помощь, низкое влияние на человека или организацию
Незначительный	1	Повреждений нет, низкое влияние на человека или организацию

### 3) Определение приоритетности рисков

СВА классифицирует инцидент и организует обзор, используя различные методики, анализ корневых причин и др., для проактивного анализа – методику FMEA.

**Приоритетность рисков можно определить по схеме вероятности-влияния**

Вероятность /Влияние	Почти точно случится	Скорее вероятно	Возможно	Вряд ли	Очень редко
Катастрофический	Высокий риск	20	15	10	5
Сильный	20	16	12 средний риск	8	4
Средний	15	12	9	6 низкий риск	3
Небольшой	10	8	6	4	2 очень низкий





Незначительны й	5	4	3	2	1	риск
--------------------	---	---	---	---	---	------

#### 4) Планирование. Разработка решений.

Выявление тенденций происхождения рисков и инцидентов на уровне структурных подразделений медицинской организации. Рекомендации по проведению мероприятий, предотвращающих повторное возникновение инцидента.

#### 5) Внедрение мер

Выполнение ответственными должностными лицами мероприятий по устранению и предотвращению рисков и инцидентов в рамках своей сферы контроля.

#### 6) Аудит и мониторинг

Оценка эффективности профилактических мер или процедурных изменений, направленных на устранение инцидентов либо уменьшение риска возникновения инцидентов.

#### 7) Обратная связь

СВА обеспечивает обратную связь со структурными подразделениями, а также с пациентами или их родственниками о результатах анализа, принятых мерах.



### Проактивная оценка рисков

Проактивная оценка риска используется для предотвращения проблем до их возникновения. Медицинская организация ежегодно определяет как минимум один процесс высокого риска и проводит анализ по методологии FMEA - анализа рисков и их последствий.

### 8. Нормативная правовая база и ссылки

- 1) Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 27 марта 2015 года № 173 «Об утверждении Правил организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг» (с [изменениями](#) от 28.06.2016 г.);



- 2) Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 02.10.2012 г. № 676 «Об утверждении стандартов аккредитации медицинских организаций» (с изменениями и дополнениями от 5 июня 2018 года), Приложение 1, глава 1: Управление рисками;
- 3) Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 05.06.2018 г. № 325 «О внесении изменения и дополнения в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 2 октября 2012 года № 676 "Об утверждении стандартов аккредитации медицинских организаций";
- 4) 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;
- 5) «Программа по улучшению качества» медицинской организации;
- 6) «Программа по безопасности здания» медицинской организации;
- 7) «Программа по инфекционному контролю» медицинской организации;
- 8) «Правила управления инцидентами» медицинской организации.

**1. Указание условия пересмотра СОП: Пересмотр СОП проводится 1 раз в 3 года или при появлении новых требований.**

### Лист регистрации изменений

№	№ раздела, пункта стандарта, в которое внесено изменение	Дата внесения изменения	ФИО лица, внесшего изменения





## Лист ознакомления

№	Фамилия И.О.	Должность	Дата	Подпись
1	Киззаев А. К	Мед. секретарь	04.01.2024	[подпись]
2	Биналиева	адм. дел.	04.01.2024	[подпись]
3	Томилов Е. У	Ф. Дуллаев 2-кч	04.01.2024	[подпись]
4	Абдуллаева А	Ф. Дуллаев 2-кч	04.01.2024	[подпись]
5	Абдуллаева О. К	адм. дел.	04.01.2024	[подпись]
6	Абдуллаева Д. Т	адм. дел.	04.01.2024	[подпись]
7	Калкеева Б. Д.	педиатр	04.01.2024	[подпись]
8	Бабаева Д. У	БОП	04.01.2024	[подпись]