

«ҚДСЖМ» Қазақстандық медицина университеті

ӘОЖ 614.2:612.17 (043)

Қолжазба құқығында

ТӨЛЕУ ЕСБОЛ ТЫНЫСБЕКҰЛЫ

**Мегаполис жағдайындағы кардиология орталығының жұмысын
оңтайландыру**

6D110200 «Қоғамдық денсаулық сақтау»

Философия докторы (PhD) дәрежесін алу үшін ұсынылған диссертация

Ғылыми кеңесші:

м.ғ.д. профессор Каусова Г.К.

м.ғ.к., профессор Нұрбақыт А.Н.

PhD, қауымд.профессор Альмуханова А.Б.

Шетелдік кеңесші:

м.ғ.д. Гаджиева Ягут Гаджи Али

Қазақстан Республикасы

Алматы, 2025

МАЗМҰНЫ

НОРМАТИВТІК СІЛТЕМЕЛЕР.....	4
АНЫҚТАМАЛАР.....	6
БЕЛГІЛЕУЛЕР МЕН ҚЫСҚАРТУЛАР.....	12
КІРІСПЕ.....	13
1 МЕДИЦИНАЛЫҚ ҚЫЗМЕТ САПАСЫ МЕН НАУҚАСТАР ҚАУІПСІЗДІГІН АРТТЫРУДЫҢ НЕГІЗГІ БАҒЫТТАРЫН ТАЛДАУ.....	18
1.1 Денсаулық сақтау саласындағы негізгі стандарттау жүйелерін талдау.....	18
1.2 Науқастар қауіпсіздігіне әсер ететін қауіп аймақтарын талдау.....	23
1.3 Медициналық ұйымдағы тәуекелдерді басқарудың ұйымдастыру- әдістемелік тәсілдері.....	32
1.4 Науқастар қанағаттануын зерттеудің әдістемелік тәсілдерін талдау	34
1.5 Медициналық көмек сапасын басқаруда шағымдарды қарастыру жүйесінің рөлі.....	35
2 ЗЕРТТЕУ МАТЕРИАЛДАРЫ МЕН ӘДІСТЕРІ	36
3 ӨЗІНДІК ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕЛЕРІ.....	41
3.1 Медициналық көмек сапасы мен қауіпсіздігін бағалау.....	41
4 НАУҚАСТАР ҚАУІПСІЗДІГІН ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУ БОЙЫНША НЕГІЗГІ СТРАТЕГИЯЛАРДЫ ЕНГІЗУ ЖӘНЕ МОНИТОРИНГІНІҢ ҰЙЫМДАСТЫРУ ФУНКЦИОНАЛДЫҚ ТЕХНОЛОГИЯЛАРЫ.....	67
4.1 Науқастар қауіпсіздігі бойынша негізгі халықаралық мақсаттардың мониторингі.....	67
4.2 Тәуекелдерді басқару жүйесін енгізу нәтижелері.....	90
4.2.1 Қауіпсіздік және тәуекел мәдениетінің мониторингі.....	90
4.2.2 Медицина қызметкерлері мен пациенттерді қауіпсіздік мәдениетіне оқытуды мониторингілеу.....	96
5 МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕК САПАСЫН БАҒАЛАУДЫҢ ҰЙЫМДАСТЫРУ-ӘДІСТЕМЕЛІК ТӘСІЛДЕРІ.....	101
5.1 Көрсетілген медициналық көмектің сапасын бағалау индикаторлары.....	101
5.2 Көрсетілген медициналық көмектің сапасының индикаторы ретінде өтініштер/шағымдарды талдау.....	108
5.3 Стационарлық науқастардың медициналық карталарына жүргізілген сараптама нәтижесінде анықталған кемшіліктерді талдау.....	111
5.4 Науқастар мен медициналық қызметкерлердің қанағаттану деңгейі	115
5.5 Аккредитациядан өтуге дайындық барысында стандарттарды қолдануға байланысты ұсыныстар.....	121
ҚОРЫТЫНДЫ.....	126

ТӘЖІРИБЕЛІК ҰСЫНЫСТАР.....	127
ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ	128
ҚОСЫМШАЛАР.....	141

НОРМАТИВТІК СІЛТЕМЕЛЕР

Осы диссертацияда келесі нормативтік-құқықтық актілерге сілтемелер қолданылды:

Қазақстан Республикасының Конституциясы (1995 жылғы 30 тамыздағы республикалық референдумда қабылданған) (2022 жылғы 19 қыркүйектегі жағдай бойынша өзгерістерімен және толықтыруларымен).

Қазақстан Республикасының «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Кодексі, 2009 жылғы 18 қыркүйек № 193-IV ҚРК.

Қазақстан Республикасының Конституциясы (1995 жылғы 30 тамыздағы республикалық референдумда қабылданған) (2022 жылғы 19 қыркүйектегі жағдай бойынша өзгерістері мен толықтыруларымен).

Қазақстан Республикасының «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Кодексі, 2009 жылғы 18 қыркүйек № 193-IV ҚРК.

Қазақстан Республикасының «Денсаулық» 2016–2019 жылдарға арналған денсаулық сақтауды дамыту мемлекеттік бағдарламасы. Қазақстан Республикасы Президентінің 2016 жылғы 15 қаңтардағы № 176 Жарлығымен бекітілген.

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің «Денсаулық сақтау ұйымдарының бастапқы медициналық құжаттамасының нысандарын бекіту туралы» 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығы.

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының «Қазақстан Республикасы халқына кардиологиялық, интервенциялық кардиологиялық және кардиохирургиялық көмек көрсететін денсаулық сақтау ұйымдары туралы Ережені бекіту туралы» 2011 жылғы 22 қыркүйектегі № 647 бұйрығы.

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің «Қан айналымы жүйесі ауруларынан өлім-жітімді азайту бойынша республикалық ұйымдардың жауапкершілігін күшейту жөніндегі шараларды бекіту туралы» 2011 жылғы 28 қазандағы № 746 бұйрығы (2013 жылғы 27 наурыздағы өзгерістерімен).

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің «Денсаулық сақтау субъектілерінен әкімшілік деректер жинауға арналған нысандарды бекіту туралы» 2013 жылғы 6 наурыздағы № 128 бұйрығы.

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің «Медициналық қызметтердің сапасына ішкі және сыртқы сараптаманы ұйымдастыру және өткізу қағидаларын бекіту туралы» 2015 жылғы 27 наурыздағы № 173 бұйрығы.

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің «Жоғары технологиялық медициналық қызмет түрлерін бекіту туралы» 2016 жылғы 28 желтоқсандағы № 1112 бұйрығы.

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің «Қан айналымы жүйесі ауруларынан халық өлім-жітімін мониторингтеу туралы» 2011 жылғы 21 маусымдағы № 416 бұйрығы.

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің «Инфаркт, инсульт, травматологиялық және онкологиялық аурулар бойынша емделген жағдайларға жұмсалған нақты шығындар туралы деректерді жинаудың кейбір мәселелері туралы» 2017 жылғы 24 сәуірдегі № 204 бұйрығы.

«Әрбір азамат үшін сапалы және қолжетімді денсаулық сақтау «Сау ұлт» ұлттық жобасын бекіту туралы. Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2021 жылғы 12 қазандағы № 725 қаулысы.

Денсаулық сақтау саласындағы есептік құжаттама нысандарын бекіту туралы. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2020 жылғы 30 қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығы.

АНЫҚТАМАЛАР

Осы диссертацияда келесі ұғымдар тиісті анықтамаларымен бірге қолданылады:

Медициналық көмектің сапасы – бұл медициналық көмектің науқастардың қажеттіліктерін денсаулық сақтау стандарттарына сәйкес, медициналық ғылымның қазіргі деңгейіне сай қанағаттандыру қабілетін сипаттайтын сипаттамалар жиынтығы.

Денсаулық сақтау ұйымдары – азаматтарға медициналық және дәрілік көмек көрсету, медициналық мақсаттағы бұйымдармен және медициналық техникамен қамтамасыз ету, сондай-ақ ғылыми-зерттеу, білім беру, ақпараттық, ағартушылық, санитарлық-эпидемиологиялық қызметтерді жүзеге асыратын заңды тұлғалар.

Стандарттау – бұл процестерді, өнімдерді немесе қызметтерді ретке келтіру үшін олардың сапасын, қауіпсіздігін және өзара алмастырылымдылығын арттыру мақсатында бірыңғай ережелер мен талаптарды белгілеу қызметі.

Қауіпсіздік – медициналық технологияны қолдану кезінде жанама әсерлердің жиілігі мен ауырлығын бағалау.

Аккредитация – бұл аккредиттеу органы тарапынан заңды тұлғаның немесе кәсіпкерлік қызметпен айналысатын жеке тұлғаның сәйкестікті бағалаудың белгілі бір саласында жұмыс жүргізуге құзыреттілігін ресми тану рәсімі.

Медициналық статистика – медицина және денсаулық сақтау саласына қатысты мәселелерді зерттейтін статистика бөлімі.

Медициналық ұйымдар – негізгі қызметі медициналық көмек көрсету және медициналық қызметтер ұсыну болып табылатын денсаулық сақтау ұйымдары.

Идентификация – медициналық қателік тәуекелін жою және пациент қауіпсіздігінің бірінші халықаралық мақсатының талаптарын сақтау мақсатында пациенттің тұлғасын анықтау рәсімі.

Идентификатор – медициналық қателік тәуекелін жою және пациент қауіпсіздігінің бірінші халықаралық мақсатының талаптарын сақтау үшін пациенттің тұлғасын анықтайтын белгілер.

Идентификациялық білезік – пациенттің жеке басын дұрыс анықтау мақсатында білегіне еркін тағылатын білезік, оның үстінде идентификаторлар көрсетіледі.

Идентификациялық стикер (жапсырма, этикетка) – пациент туралы ақпаратты, яғни идентификаторларды қамтитын, өздігінен жабысып тұратын шағын жапсырма; пациенттің жеке басын дұрыс анықтау үшін қолданылады, медициналық құжаттамаға (стационарлық науқастың медициналық картасы) жапсырылады. Пациенттің медициналық құжаттамасының әрбір нысанының жоғарғы бөлігіне орналастырылады.

Ерекше жағдайлар – пациент коматозды, сандырақтаған/дезориентацияланған күйде немесе құжатсыз болған **жағдайлар**.

Телефондық хабарлама – бұл дәрілік заттарды тағайындау немесе зертханалық талдаулардың шұғыл нәтижелерін жеткізу үшін қызметкерден қызметкерге телефон арқылы берілетін хабарлама, жазбаша түрде жеткізу қиын немесе мүмкін болмаған кезде қолданылады және жедел шара қолдануды талап етеді.

Ауызша хабарлама – бұл «Көк код», хирургиялық араласу, эндоскопия сияқты шұғыл жағдайларда дәрігерден медбике, фармацевт, пульмонолог немесе диетологқа берілетін кез келген хабарлама.

Диагностикалық зерттеу нәтижесінің критикалық мәні – бұл қалыпты диапазоннан ауытқу ретінде анықталады, ол өмірге қауіп төндіретін немесе жоғары қауіпі бар патофизиологиялық жағдайды білдіреді, табиғаты бойынша шұғыл немесе жедел болып саналады және өмірді сақтап қалу немесе қайғылы жағдайдың алдын алу үшін дереу медициналық шараларды қажет етуі мүмкін. Критикалық мәндер әрбір нақты зертхананың жағдайына қарай анықталады. Зерттеу нәтижелерін интерпретациялау барысында Қазақстан Республикасының аумағында қолданыстағы хаттамалар мен алгоритмдерді басшылыққа алу қажет.

Аномальді нәтиже – бұл зерттеуге арналған күтілетін диапазон шегінен тыс нәтиже ретінде анықталады, бірақ өмірге тікелей немесе жедел қауіп төндірмейді.

Ауызша және телефон арқылы хабарлама қабылдау парағы – бұл зертханалық және/немесе диагностикалық зерттеулердің телефон арқылы алынған критикалық және жедел («СІТО!») нәтижелерін, сондай-ақ шұғыл жағдайларда дәрілік заттарды ауызша немесе телефон арқылы тағайындауды тіркеуге арналған медициналық құжаттама нысаны.

ПҚХМ – Пациенттердің қауіпсіздігі бойынша халықаралық мақсат.

Жоғары қауіпті дәрілік заттар – дұрыс пайдаланбаған жағдайда пациентке зиян келтіру қаупі жоғары болатын дәрілер; олармен жұмыс істеу кезінде дәрілік қателіктер мен шұғыл жағдайлардың туындау қаупі артады. Жоғары қауіпті дәрілік заттарға сонымен қатар дыбысталуы ұқсас және сыртқы көрінісі ұқсас дәрілер жатады.

Верификация – жоспарланған әрекеттердің дұрыстығын растау мақсатында бақылау тексерісі процедурасы.

Инвазивті (хирургиялық) процедура – бұл тіндердің, қуыстардың, ағзалардың тұтастығын бұзу арқылы орындалатын медициналық манипуляция немесе жарақаттан кейін тіндер мен ағзаларды қалпына келтіру, диагностикалық және емдеу әдісі ретінде жүзеге асырылады.

Дене белгілерімен белгілеу – хирургиялық араласу орнының пациенттің денесінде көрнекі түрде белгіленуі.

Ота алдындағы верификация – келесі тармақтар бойынша жоғары қауіпті процедураға немесе отаға дайындықты тексеру чектізімі арқылы жүргізіледі:

- a) процедураға немесе отаға ақпараттандырылған келісім алынған ба,
- b) хирургиялық араласу орны дұрыс таңдалған және белгіленген бе,
- c) орындалатын процедура дұрыс анықталған ба,

д) пациент дұрыс идентификацияланған ба,

е) қажетті құжаттар, құралдар мен жабдықтар дайын және жарамды ма.

Жоғары қауіпті процедуралар – диагностикалық және процедуралық ерекшеліктеріне байланысты пациенттің өмірі мен денсаулығына зиян келтіру ықтималдығы жоғары медициналық қызметтер; мұндай процедуралар медицина қызметкерлері мен пациент тарапынан ерекше назарды талап етеді.

Тайм-аут – барлық команда мүшелерінің (оталық бригада) қатысуымен жасалатын қысқа үзіліс; ота немесе жоғары қауіпті процедура басталар алдында тікелей жүргізіледі. Тайм-аут шешілмеген мәселелерді немесе түсініксіз жағдайларды анықтауға мүмкіндік береді. Тайм-аут инвазивті процедура жүргізілетін бөлмеде, оның алдында тікелей жүзеге асырылады. Тайм-аутты бастайтын және ауызша жүргізетін – оперирующий хирург, ал оны құжаттауға басқа тұлға құқылы.

Хирургиялық араласу (ота) – бұл адам ағзасына медициналық мақсаттағы бұйымдарды енгізу, кесу, жою, өзгерту, тіліп ашу арқылы орындалатын инвазивті емдік-диагностикалық процедура.

Құлау – адамның тепе-теңдік жоғалтуына және ауырлық орталығының ығысуына адекватты әрекет ете алмауы. Құлау – адамның еріксіз түрде жерге, еденге немесе басқа төмен деңгейге құлап түсу жағдайы ретінде анықталады.

Құлау қаупі – пациенттің құлау ықтималдығы.

Құлаудың алдын алу – қауіпсіз орта қалыптастыру және құлау қаупіне әсер ететін факторларды азайту.

Морзе шкаласы – тұқым қуалайтын немесе жүре пайда болған тәуекел факторлары бар пациенттер арасында құлау қаупі жоғарыларды анықтауға арналған шкала.

Шектеу шаралары немесе фиксация – пациенттің өзіне немесе айналасындағыларға зиян келтіруінің алдын алу мақсатында оның қозғалысын физикалық немесе механикалық түрде шектеу әдісі. Ерекшелік: травматологиялық шаралар (иммобилизация және т.б.).

Заңды өкіл – заңға сәйкес әрекет ету қабілеті жоқ, әрекет ету қабілеті шектеулі немесе физикалық жағдайына байланысты өз құқықтарын жеке жүзеге асыра алмайтын, бірақ әрекетке қабілетті адамдардың жеке және мүліктік құқықтары мен заңды мүдделерін барлық мекемелерде, соның ішінде сотта да қорғайтын азамат.

Жедел жағдайда тұрған пациент – ауру, жарақат немесе басқа себептерге байланысты өмірге тікелей немесе күтілетін қауіп туындаған жағдайда болған, шұғыл медициналық көмекті және/немесе мониторинг пен медициналық мекемеге тасымалдауды қажет ететін пациент.

Идентификациялық білезік – пациенттің жеке басын дұрыс анықтау мақсатында білегіне тағылатын, идентификаторлар көрсетілген білезік.

Индикатор – қызмет сапасын сандар арқылы көрсететін сандық көрсеткіш.

Құрылымдық индикаторлар – қызметкерлердің, бөлімшелердің немесе ұйымдардың статикалық (тұрақты) сипаттамаларын өлшейді.

Процестік индикаторлар – медициналық көмек көрсету барысында не болып жатқанын өлшейді (процестің орындалуы, уақтылығы, толықтығы және т.б.).

Нәтиже индикаторлары – емдеу мақсатына жетуді немесе өзге де нәтижелерді өлшейді. Сондай-ақ, бұл көрсеткіштер медициналық, экономикалық және әлеуметтік тиімділікті көрсетеді.

Негізгі нәтижелілік көрсеткіштері (ННК) – ең басым, өте маңызды индикаторлар. Барлық индикаторлар негізгі болып саналмайды.

Үздік тәжірибе (жақсы тәжірибе) – белгілі бір салада кәсіби мамандардың басым бөлігі нақты мақсатқа жетуде тиімді деп таныған клиникалық, ғылыми немесе кәсіби әдістер, тәсілдер немесе процестер. Әдетте мұндай әдістер дәлелдерге және консенсусқа негізделеді.

Деректерді жинау (агрегация) – ақпаратты жинау, өңдеу және оны соңғы түрде ұсыну процесі.

Деректерді валидациялау – деректердің шынайылығын белгілі бір критерийлер бойынша тексеру.

Бенчмаркинг – өз деректерін (индикаторларын) басқа (сыртқы) ұйымдардың деректерімен салыстыру.

Аутсорсинг – ұйымның белгілі бір бизнес-процестерін немесе өндірістік функцияларын тиісті салада маманданған басқа компанияға келісімшарт негізінде тапсыруы.

Дәлдік – деректердің белгілі бір нормаларға қатаң сәйкестігі.

Толықтық – деректердің бейнелейтін процесс немесе объектіге толық сәйкес келуі.

Деректерді валидациялау – қызмет индикаторы бойынша деректерді есептеудің дәлдігін сақтау фактісін объективті түрде дәлелдейтін әдіс. Анализделген жалпы деректер санының белгілі бір пайызын тексеру.

Деректерді абстракциялау – деректерді индикатор формуласына сәйкес есептеу.

Шынайылық (дәлелді) – деректер қайта жиналып, өңделген кезде бірдей нәтижелер береді. Алғашқы шолу мен валидация нәтижелері 90%-дан кем болмауы тиіс.

HVA – Hazard Vulnerability Analysis қысқартпасы, яғни осалдық факторларын талдау.

FMEA – Failure Mode and Effects Analysis қысқартпасы, яғни ақаулар түрлері мен салдарын талдау.

Инцидент (қолайсыз жағдай) – бұл қалыптан тыс, ерекше оқиға. Мұндай оқиға қызметтің қалыпты жұмыс істеуінің бір бөлігі болып табылмайды және көрсетілетін қызмет сапасының төмендеуіне әсер етуі немесе әсер етуі мүмкін, сондай-ақ жағымсыз нәтижеге әкелуі мүмкін. Инциденттер келесіге бөлінеді: ықтимал қателіктер, қателіктер және шұғыл оқиғалар.

Ықтимал қате, бола жаздаған қате (ағылш. Near Miss) – бұл қатенің орын ала жаздаған, бірақ алдын алынған немесе мүлде болмаған түрі. Басқаша айтқанда, бұл қатенің алдын алған, бірақ қайталанған жағдайда байқалмай қалуы

мүмкін оқиға. Мысалы, дәрігер дәрілік заттың дозасын қате жазып, тағайындау тексерілген кезде қате анықталып, түзетілді. Яғни пациентке қате доза енгізілмеді. Бірақ келесі жолы мұндай қате тағайындау байқалмай қалуы мүмкін, және пациентке дұрыс емес доза енгізілуі ықтимал. Сондықтан бола жаздаған қателер де қателіктер сияқты тіркеліп, талдануы тиіс.

Қате (ағылш. Error) – бұл қатенің орын алып, медицина көмегінің сапасына немесе пациенттердің қауіпсіздігіне теріс әсер еткен түрі. Ол қызметкердің дұрыс емес әрекеті, әрекетсіздігі немесе артық әрекеті, жабдықтың ақауы және т.б. салдарынан туындайды. Қате зиян келтірмей де, зиян келтіре отырып та орын алуы мүмкін – пациентке немесе қызметкерге.

Шұғыл оқиға (ағылш. Sentinel Event) – бұл пациент қауіпсіздігімен байланысты (пациенттің ауруының табиғи ағымымен немесе оның бастапқы жағдайымен тікелей байланысты емес) оқиға, ол пациентке қатысты орын алып, келесі жағдайлардың кез келгеніне әкеледі (QPS.7 ME.1):

- a) Өлім
- b) Қалпына келмейтін зиян
- c) Уақытша ауыр денсаулыққа зиян – бұл өмірге қауіп төндіретін, бірақ қалдық әсері жоқ, шектеулі уақытқа созылатын ауыр зиян, ол ұзақ уақыт бойы жоғары деңгейдегі күтімді/мониторингті немесе өмірге қауіп төндіретін жағдайда жоғары деңгейдегі күтімді талап етеді, сондай-ақ осындай жағдайды жою үшін қосымша күрделі отаны, процедураны немесе емдеуді қажет етеді.
- d) Кез келген пациенттің өз-өзіне қол жұмсауы – ол стационарда күтім, ем және қызмет алып жатқанда немесе шығарылғаннан кейінгі 72 сағат ішінде, соның ішінде Орталықтың қабылдау бөлімінен шыққаннан кейін.
- e) Күтім, ем және қызмет алып жатқан кез келген пациенттің ұрлануы
- f) Пациенттің стационардан (соның ішінде қабылдау бөлімінен) өз еркімен емес кетуі (яғни рұқсатсыз шығуы), ол өлімге, қалпына келмейтін зиянға немесе ауыр уақытша зиянға әкелген жағдайда
- g) Қан немесе қан компоненттерін құю кезінде қан топтарының (ABO, резус, басқа қан топтары) үйлеспеушілігі нәтижесінде болатын трансфузиялық гемолитикалық реакция
- h) Орталықта күтім, ем және қызмет алып жатқан кез келген пациентке қатысты зорлау, шабуыл (өлімге, қалпына келмейтін немесе ауыр уақытша зиянға әкелетін) немесе өлтіру жағдайы
- i) Инвазивті процедура, соның ішінде хирургиялық араласу – басқа пациентке жасалған, дұрыс емес жерде жасалған немесе дұрыс емес процедура
- j) Инвазивті процедурадан кейін, соның ішінде хирургиялық араласудан кейін, пациенттің денесінде бөтен заттың байқаусызда қалдырылуы
- k) Бір аймаққа >1500 рад жиынтық дозамен ұзақ рентгеноскопия
- l) Пациентті емдеу кезінде орын алған өрт, жалын, күтпеген түтін, жылу немесе жарқыл.

Қауіпсіздік мәдениеті – бұл барлық қызметкерлердің біліктілік және психологиялық тұрғыда дайын болуы, мұнда қауіпсіздікті қамтамасыз ету – басты мақсат пен ішкі қажеттілік ретінде қабылданады, ол өз кезегінде

жауапкершілікті саналы түрде сезінуге және қауіпсіздікке әсер ететін барлық жұмыстарда өзін-өзі бақылауға әкеледі.

Ашық жариялау (Open Disclosure) – бұл медициналық көмек көрсету кезінде пациентке зиян келтірген (немесе келтірілуі мүмкін болған) оқиғаны ашық талқылау.

Өкініш білдіру – пациенттің басынан өткен зиян үшін өкініш білдіру.

Медициналық карталарды аудиттеу – медициналық құжаттаманы жүргізу сапасын, көрсетілген медициналық көмектің көлемі мен сапасының бекітілген стандарттарға – диагностикалау және емдеу бойынша клиникалық хаттамаларға, медициналық көмек көрсету барысындағы ережелер мен процедуралардың сақталуына сәйкестігін жүйелі түрде ашық және жабық медициналық карталарды аудиттеу арқылы сараптау.

Ашық медициналық карталарды аудиттеу – пациентті шығару алдындағы (госпитализация кезеңінде) стационарлық пациенттің медициналық картасын (СПМК) сараптау.

Жабық медициналық карталарды аудиттеу – пациентті шығарып жібергеннен кейін стационарлық пациенттің медициналық картасын сараптау.

Клиникалық аудит – осы медициналық ұйым пациенттерінің амбулаторлық және стационарлық медициналық карталарын белгіленген көрсеткіштер бойынша егжей-тегжейлі ретроспективті талдау және бағалау. Ол медицина қызметкерлерінің кәсіби қызметін және ұйым жұмысының жалпы сапасын сандық және сапалық тұрғыда бағалау үшін қолданылады және анықталған параметрлерді қабылданған стандарттармен немесе қазіргі кәсіби көзқарастармен салыстыру арқылы жүзеге асырылады.

СПМК – стационарлық пациенттің медициналық картасы

ПҚ және ІСҚ – Пациентті қолдау және ішкі сараптама қызметі

Сауалнама жүргізу – әдетте сырттай, яғни сұхбат алушы мен респонденттің тікелей және жеке байланысынсыз жүргізілетін жазбаша сұхбат түрі.

Сауалнама – қандай да бір мәселені шешу үшін білімді арттыру мақсатында респондент жауап беретін сұрақтар басылып жазылған қағаз парағы (немесе кез келген басқа ақпарат тасымалдаушы).

Сауалнамаларды талдау – дайындалған сауалнама арқылы жазбаша сұхбат жүргізу кезінде алынған деректерді өңдеу процесі.

Хаттама – байланыс орнату тәртібін реттейтін ережелер мен рәсімдер жиынтығы.

Өтініштер мен ұсыныстар жәшігі – қандай да бір тәртіпсіздікті, әділетсіздікті жою туралы ресми жазбаша өтініштерге арналған жәшік.

БЕЛГІЛЕУЛЕР МЕН ҚЫСҚАРТУЛАР

АГ	– Артериялық гипертензия
АҚШ	– Аортокоронарлық шунттау
ҚАЖА	– Қан айналым жүйесі аурулары
ЖМКА	– Жедел медициналық көмек ауруханасы
ДДСҰ	– Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы
ЖММК	– Жоғары мамандандырылған медициналық көмек
ҚКО	– Қалалық кардиология орталығы
ҚКА	– Қалалық клиникалық аурухана
ЖИА	– Жүректің ишемиялық ауруы
МИ	– Миокард инфаркті
КАГ	– Коронарлық ангиография
ЖЕА	– Жұқпалы емес аурулар
ҚРДСЖӘДО	– Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігі
КІАҒЗИ	– Кардиология және ішкі аурулар ғылыми-зерттеу институты
ҰҒМО	– Ұлттық ғылыми медициналық орталық
ТС	– Тұрақсыз стенокардия
ЭЫДҰ	– Экономикалық ынтымақтастық және даму ұйымы
ЖКС	– Жедел коронарлық синдром
ЖМИ	– Жедел миокард инфаркті
МҚАЖБ	– Ми қан айналымының жедел бұзылыстары
БМСК	– Бастапқы медициналық-санитариялық көмек
РЭДСО	– Республикалық электрондық денсаулық сақтау орталығы
ЖРА	– Жүректің радиожилікті абляциясы
ЖҚА	– Жүрек-қантамыр аурулары
ТМД	– Тәуелсіз Мемлекеттер Достастығы
АҚШ	– Америка Құрама Штаттары
ТЛТ	– Тромболитикалық терапия
ЖСЖ	– Жүректің созылмалы жеткіліксіздігі
ЭДЕ	– Экономикалық дамыған елдер
ҚР ПІБМО	– Қазақстан Республикасы Президенті Іс Басқармасының Медициналық орталығының Орталық клиникалық ауруханасы
ОКА	– Бастапқы медициналық-санитариялық көмек орталығы
БМСКО	– Бастапқы медициналық-санитариялық көмек орталығы
ЦВА	– Цереброваскулярлық аурулар
ОҚКА	– Орталық қалалық клиникалық аурухана
ТАКА	– Тері арқылы коронарлық араласу
НВА	– Осалдық факторларын талдау
ҒМЕА	– Ақаулар түрлері мен салдарын талдау
ДКК	– Дәрігерлік-консультативтік комиссия
ӨЖЗК	– Өлім-жітімді зерттеу жөніндегі комиссия
ИБК	– Инфекциялық бақылау комиссиясы

КІРІСПЕ

Тақырыптың өзектілігі. ХХІ ғасырдағы әлемдік және отандық Қоғамдық денсаулық сақтаудың маңызды проблемаларының бірі-қан айналымы жүйесінің аурулары [1].

ХХІ ғасырдағы әлемдік және отандық денсаулық сақтау саласындағы маңызды проблемалардың бірі - қан айналым жүйесі ауруларының (ҚЖА) [1]. Қан айналымы жүйесі ауруларының әлеуметтік маңыздылығы бірқатар себептермен анықталады. ҚЖА ересектер арасындағы өлім мен мүгедектіктің жетекші себебі болып табылады. Бұл жағдай АҚШ, Канада, Германия, Жапония, Ұлыбритания сияқты экономикалық дамыған елдерде ғана емес, сонымен қатар Кения сияқты табысы төмен және орташа елдерде де байқалады [2]. Өтпелі экономикасы бар мемлекет ретінде Қазақстан да бұл үрдістен тыс қалмаған. Кардиологиялық науқастарды диагностикалау мен емдеудің әдістері үнемі жетілдіріліп, қауіп-қатерлер мен жағдайларды төмендетуге бағытталған нұсқаулықтар мен әдістемелік ұсынымдар әзірленіп жатқанына қарамастан, жүрек-қан тамыр аурулары халықтың ерте мүгедектенуінің басты себебі болып отыр. Медициналық көмектің сапасы «медициналық көмекті көрсету мерзімінің уақытылығын, алдын алу, диагностикалау, емдеу және оңалту әдістерін дұрыс таңдауды, медициналық көмек көрсету кезінде жоспарланған нәтижеге қол жеткізу деңгейін көрсететін сипаттамалардың жиынтығы» ретінде Қазақстан Республикасының 2020 жылғы 7 шілдедегі № 360-VI «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Кодексінде айқындалған.

Осы Кодекстің 1-бабында медициналық көмектің сапасы – бұл көрсетілетін медициналық көмектің медициналық көмек көрсету стандарттарына сәйкестік деңгейі деп көрсетілген. Денсаулық сақтау стандарттары өз кезегінде денсаулық сақтау субъектілері үшін міндетті болып табылады және медициналық ғылым мен технологиялардың қазіргі даму деңгейіне негізделіп бекітіледі [3-4].

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау жүйесіндегі стандарттау медициналық көмектің сапасы мен қауіпсіздігін қамтамасыз етудің негізгі құралы болып табылады. Әлемдік қоғамдастыққа ықпалдасу және денсаулық сақтау саласындағы реформаларды іске асыру жағдайында Қазақстан медициналық қызметтерді стандарттаудың халықаралық тәсілдерін дәйекті түрде енгізуде. Бұл ретте дәлелді медицина, сапа менеджменті және пациентке бағдарлану принциптеріне ерекше назар аударылады [5].

Стандарттау процесінің заңнамалық негізі «Стандарттау туралы» (2018) Қазақстан Республикасының Заңы болып табылады, оған сәйкес міндетті нормативтік құқықтық актілерде белгіленгендерді қоспағанда, стандарттарды әзірлеу және қолдану ерікті негізде жүзеге асырылады. Ұлттық стандарттарды әзірлеумен және келісумен "Ұлттық стандарттау институты" АҚ айналысады, ал тікелей медициналық саламен Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі, сондай-ақ Ұлттық аккредиттеу орталығы айналысады [6].

Қазақстан Республикасындағы медициналық ұйымдарды аккредиттеу жүйесі медициналық көмектің сапасы мен қауіпсіздігін қамтамасыз етудің маңызды элементі болып табылады. Оның дамуы орталықтандырылған мемлекеттік басқарудан бастап халықаралық талаптар мен озық тәжірибелерге жауап беретін икемді және бәсекеге қабілетті модельге көшуге дейінгі бірнеше кезеңдерден өтті.

Қалыптасудың тарихи кезеңдері.

Бастапқыда, 2009 жылдан 2017 жылға дейін аккредиттеуге байланысты барлық процестер мемлекеттік құрылымдармен реттелді. Аккредиттеу органдары Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің ведомстволық бағынысты ұйымдары болды: ПҚХМ, ҚКҚБТУ және ҚМФК. Олардың қызметіне стандарттарды әзірлеу, сарапшыларды оқыту, тізілім жүргізу және аккредиттеу кірді. Осы кезеңде аккредиттеу орталықтандырылған және әкімшілік сипатта болды.

2018 жылдан бастап жаңа модельге көшу басталды — бөлу кезеңі, оның барысында аккредиттеу функциялары республикалық денсаулық сақтауды дамыту орталығына (РДДО) берілді. 2019 жылдан 2023 жылға дейін жаңа тәуелсіз ұйымдардың қатысуымен бәсекелестік ортаны қалыптастыру басталды.

2023 жылдан бастап толыққанды бәсекелестік модель енгізілді:

- Салидат Қайырбекова атындағы денсаулық сақтауды дамытудың Ұлттық ғылыми орталығы құрылды;

- "Денсаулық сақтаудағы сапа және аккредиттеу институты" қоғамдық бірлестігі құрылды, ол 2024 жылдан бастап сыртқы бағалау функцияларын орындай бастады.

Қазақстан Республикасындағы аккредиттеу кезеңдеріне мыналар жатады:

1. Өзін — өзі бағалау-ұйымның ішкі сараптамасы;
2. Сыртқы кешенді бағалау-құжаттарды талдауды, қызметкерлермен сұхбаттасуды және процестерді бақылауды қамтитын негізгі кезең;
3. Аккредиттеуден кейінгі мониторинг-стандарттарға сәйкестікті жыл сайын растау және сапаның негізгі көрсеткіштерін бақылау.

Сертификат 3 жылға жарамды. Аккредиттеудің үш санаты бар: бірінші, екінші және жоғары.

Аккредиттеу орталығының мәліметі бойынша, 2025 жылға қарай аккредиттелетін 1167 медициналық ұйымның тек 575-і (49%) аккредиттелген клиника мәртебесіне ие болды. Бұл аккредиттеу институтын одан әрі дамыту және медициналық мекемелердің пациенттердің қауіпсіздігін қамтамасыз етудегі стандарттаудың рөлі туралы хабардарлығын арттыру қажеттілігін көрсетеді [7].

Ірі қалалардағы кардиологиялық орталықтар жоғары технологиялық, мамандандырылған медициналық көмекті көрсетуде басты рөл атқарады. Алайда қазіргі таңда бұл орталықтардың тиімді жұмысын ұйымдастыру, ресурстарды ұтымды бөлу, медициналық қызметтердің қолжетімділігі мен сапасын қамтамасыз ету мәселелері шешімін таппай отыр. Сонымен қатар, отандық тәжірибеде мұндай мекемелердің, әсіресе мегаполис жағдайында,

қызметінің тиімділігін бағалауға бағытталған ғылыми негізделген тәсілдер іс жүзінде жоқ.

Кардиологиялық орталықтарда құрылым, процестер мен медициналық маршруттарды оңтайландыруға бағытталған кешенді зерттеулердің болмауы қан айналым жүйесі ауруларымен ауыратын пациенттерге көрсетілетін көмектің тиімділігін арттыру мүмкіндігін шектейді. Осыған байланысты мегаполис ерекшеліктерін ескере отырып, кардиологиялық орталық жұмысының оңтайландыру моделін әзірлеу мен енгізу – практикалық және әлеуметтік маңызы бар өзекті міндет болып табылады.

Осылайша, зерттеудің өзектілігі ірі қалаларда кардиологиялық көмекті ұйымдастырудың функционалдық модельдерін жетілдіру, емдеудің қолжетімділігі мен сапасын арттыру, сондай-ақ мегаполистердің денсаулық сақтау жүйесіндегі басқару стратегияларын әзірлеу қажеттілігімен анықталады.

Зерттеудің мақсаты: Денсаулық сақтау саласындағы ұлттық стандартизация жүйесін пайдалана отырып, кардиологиялық орталықтың жұмысын оңтайландыру.

Диссертацияда келесі **міндеттерді** шешуге баса назар аударылды:

1. Денсаулық сақтау саласындағы стандартизацияны қолдану тәжірибесінің қазіргі жағдайын сипаттау (*шетел және отандық тәжірибие*).

2. Кардиологиялық орталық деңгейінде медициналық көмектің сапасы мен қауіпсіздігінің қазіргі жағдайына баға беру.

3. Медициналық көмектің сапасы мен қауіпсіздігін арттыру құралы ретінде профильге сәйкес ұлттық аккредитация стандарттарын енгізу.

4. Стандартизация жүйесін кардиологиялық орталықта енгізудің тиімділігін бағалау

5. Мегаполис жағдайындағы кардиологиялық орталықтың жұмысын оңтайландыруға бағытталған ұсыныстар әзірлеу.

Ғылыми жаңалығы

Ұсынылған жұмыс медициналық көмектің сапасы мен пациенттердің қауіпсіздігін зерделеуде стандарттау әдістерін енгізуді бағалау бойынша алғашқы отандық ғылыми зерттеу жұмысы болып табылады.

Алғаш рет «қауіпсіздік мәдениеті» элементтерін енгізудің нәтижелілігі бағаланды.

Алғаш рет клиникалық инциденттерді жүйелі түрде жинау және талдау негізінде «Медициналық қателіктер банкі» құрылды.

Алғаш рет электронды медициналық ақпарат жүйесінде (МАЖ) медициналық көмек сапасы мен қауіпсіздігін бағалайтын стандарттарды қамтитын функционал әзірленді.

Практикалық маңыздылығы

Зерттеу аясында кардиологиялық орталықтағы сапа менеджменті қызметін жетілдіруге бағытталған нақты ұйымдастырушылық шаралар әзірленіп, ұсынылды. Ұсынылған және енгізілген шаралар медициналық қызметтердің сапасы, қауіпсіздігі, пациенттер мен персоналдың қанағаттану деңгейі бойынша мақсатты көрсеткіштерге қол жеткізуге мүмкіндік берді.

Ғылыми жұмыс нәтижесінде әзірленген медициналық көмектің сапасы мен қауіпсіздігін бағалау стандарттары медициналық ұйымдарда сапа менеджментін енгізу шеңберінде қолданылуы мүмкін.

Зерттеу нәтижелері денсаулық сақтау органдары мен медициналық ұйымдардың басшылары үшін ғылыми-тәжірибелік маңызға ие және оларды медициналық жоғары оқу орындарының студенттерін оқытуда, сондай-ақ дәрігерлердің біліктілігін арттыру курстарында қолдануға болады.

Жарияланымдар.

Диссертация тақырыбы бойынша барлығы 19 ғылыми еңбек жарияланған, олардың ішінде:

3 мақала – Қазақстан Республикасы Білім және ғылым министрлігі Білім және ғылым саласындағы бақылау комитеті ұсынған журналдарда;

3 мақала – Scopus және Web of Science дерекқорларына енгізілген рецензияланатын журналдарда;

10 баяндама – халықаралық ғылыми конференциялар материалдар жинақтарында;

1 әдістемелік ұсыным «Мегаполисте кардиологиялық және кардиохирургиялық көмек көрсететін медициналық ұйымдар үшін тәуекелдерді басқару» тақырыбында;

2 авторлық куәлік алынған.

Диссертация материалдарын апробациялау

Зерттеу материалдары мен алынған нәтижелер келесі конференцияларда баяндалып, талқыланды:

- «Қазіргі ғылымның өзекті мәселелері» атты ғылыми еңбектердің тезистер жинағында жарияланған XVII Халықаралық ғылыми-тәжірибелік конференция, 2017 жылғы 27 ақпан, Санкт-Петербург–Астана–Киев–Вена;

- «Ғылым әлемі және жастар: үрдістер мен жаңа көкжиектер» атты жас ғалымдардың халықаралық конференциясы, 2017 жылғы 12 сәуір, Қарағанды қ.;

- Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университетінің 60 жылдығына арналған студенттер мен жас ғалымдардың LVII Халықаралық конференциясы, 2017 жылғы 26 сәуір, Ақтөбе қ.;

- III Халықаралық ғылыми-тәжірибелік конференция «Сапа менеджменті: ізденіс пен шешімдер», 2017 жылғы 27–29 қараша, Куала-Лумпур (Малайзия);

- I Халықаралық ғылыми-тәжірибелік конференция «Қазіргі медицина: дәстүр мен инновация», 2018 жылғы 16–17 наурыз, Түркістан қ.;

- «Қазақстан Республикасы кардиологтар қауымдастығының X Конгресі және терапевтерінің V съезі, Түркі дүниесі кардиологтар қауымдастығының IX Конгресі, ДДСҰ-ның Алма-Ата декларациясының 40 жылдығына арналған», 2018 жылғы 5–8 маусым, Алматы қ.;

- «Медициналық білім, ғылым және тәжірибені жаңғыртудың заманауи инновациялық тәсілдері» атты халықаралық ғылыми-тәжірибелік конференция, медициналық университеттің 65 жылдығына арналған, 2018 жылғы 1–2 қараша, Семей қ.

Автордың жеке үлесі

Автор зерттеліп отырған мәселе бойынша отандық және шетелдік ғылыми әдебиеттерге талдау шолуын дербес жүргізді. Зерттеу дизайны, статистикалық құралдар әзірленіп, деректерді жинау мен талдау ұйымдастырылды, стационар қызметкерлері арасында жұмысқа қанағаттанушылық пен қауіпсіздік мәдениеті бойынша сауалнама, сондай-ақ пациенттер арасында сауалнама жүргізілді. Автордың тікелей қатысуымен және жетекшілігімен жаңа ұйымдастырушылық формалар енгізіліп, олардың тиімділігі негізделді.

Зерттеу барысында алынған деректерге математикалық-статистикалық өңдеу жұмыстары автордың тікелей қатысуымен жүргізілді. Автор жиналған материалдарға талдау жасап, интерпретациялады, тұжырымдар мен практикалық ұсынымдарды әзірледі, диссертациялық жұмысты рәсімдеді.

Қорғауға ұсынылатын негізгі ережелер:

1. Медициналық ұйымдарға ұлттық аккредиттеу стандарттарды енгізу тенденциясы төмен деңгейде қалып отыр, бұл ұйым басшылары тарапынан тиісті мотивацияны қажет етеді.

2. Аккредитация стандарттарын қолдану осы ұйымдағы медициналық көмектің сапасы мен пациенттердің қауіпсіздігін жақсартуға бағытталған нақты ұсынымдар әзірлеуге мүмкіндік береді.

3. Медициналық көмектің ішкі және сыртқы сапасы мен қауіпсіздігіне ережелер мен индикаторларды әзірлеу, енгізу, қолдау, жетілдіру және мониторинг жүргізу айтарлықтай әсер етеді.

Жұмыстың көлемі мен құрылымы.

Диссертация кіріспеден, бес бөлімнен, қорытындыдан (қорытындылар мен ұсынымдарды қоса алғанда), пайдаланылған әдебиеттер тізімінен тұрады. Жұмыс 168 компьютерлік мәтін бетінде баяндалған, 19 кесте және 4 қосымшадан тұрады. Пайдаланылған әдебиеттер тізіміне 155 дереккөз енгізілген, оның 47-і орыс тілінде, 108-і шетел тілдерінде.

1 МЕДИЦИНАЛЫҚ ҚЫЗМЕТ САПАСЫН ЖӘНЕ ПАЦИЕНТТЕР ҚАУІПСІЗДІГІН АРТТЫРУДЫҢ НЕГІЗГІ БАҒЫТТАРЫН ТАЛДАУ

1.1 Денсаулық сақтау саласындағы стандарттаудың негізгі жүйелерін талдау

Дүниежүзілік тәжірибеде медициналық көмектің сапасы — бұл денсаулық сақтау қызметтерінің жеке тұлғалар мен халық үшін қалаған денсаулық нәтижелеріне қол жеткізу ықтималдығын арттыру дәрежесі, бұл ретте ғылыми дәлелдерге негізделген кәсіби білімге сәйкес болуымен анықталады.

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының (ДДҰ) ұстанымы бойынша сапалы медициналық көмек келесі негізгі сипаттамаларға ие болуы тиіс, олардың әрқайсысы қызмет көрсетудің жоғары тиімділігі мен қауіпсіздігіне қол жеткізуге бағытталған:

Тиімділік – денсаулық сақтау қызметтерінің ғылыми негізделген деректерге сүйене отырып, нақты қажет ететін адамдарға ғана көрсетілуі;

Қауіпсіздік – медициналық көмек көрсету барысында пациенттерге зиян келтіру қаупін барынша азайту және алдын алу;

Пациентке бағыттылық – медициналық қызметтерді жоспарлау және көрсету кезінде пациенттің жеке қажеттіліктерін, қалаулары мен құндылықтарын ескеру;

Уақтылылық – ем нәтижесіне және жалпы денсаулық жағдайына әсер етуі мүмкін көмек көрсету кезіндегі кідірістерді азайту;

Әділеттілік – жынысына, этникалық шығу тегіне, географиялық орналасуына немесе әлеуметтік мәртебесіне қарамастан, жоғары сапалы медициналық көмекке тең қолжетімділікті қамтамасыз ету;

Интеграцияланғандық – пациенттің өмірінің барлық кезеңдерінде үздіксіз және үйлестірілген медициналық көмекті көрсету;

Рационалдылық – денсаулық сақтау ресурстарын барынша тиімді пайдалану, шығындарды азайта отырып, пациенттер мен жүйе үшін барынша пайдаға қол жеткізу.

Осылайша, халықаралық тәжірибеде медициналық көмектің сапасын бағалау мен басқаруға деген көзқарастар кешенді және жүйелі тәсілге негізделген, ол жоғары клиникалық тиімділікті, қауіпсіздікті және пациенттердің қанағаттанушылығын қамтамасыз етеді [10–11].

Қазақстан Республикасында медициналық көмектің сапасын бақылау және басқару мәселелерін шешудің құқықтық негізі — 2020 жылғы 7 шілдедегі № 360-VI «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан Республикасының Кодексі болып табылады. Бұл нормативтік-құқықтық акт — мемлекеттік деңгейде медициналық қызметтердің сапасын ұйымдастыру және қамтамасыз ету мәселелерін реттейтін негізгі құжат болып табылады [4].

Денсаулық сақтау саласындағы кез келген басқару процесінің негізгі функцияларының бірі — сапаны бақылау болып табылады [4].

Медициналық көмек сапасына бақылау жүргізу тәртібі Қазақстан Республикасының медициналық ұйымдарында Қазақстан Республикасы

Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2004 жылғы 28 желтоқсандағы №898 бұйрығымен реттелген, онда медициналық қызметтер көрсету сапасына бақылау жүргізу қағидалары бекітілген. Аталған бұйрық медициналық көмек сапасын бағалауға деген тәсілдерді ресми түрде бекіткен алғашқы нормативтік құжаттардың бірі болды, оның ішінде тексерулерді ұйымдастыру мен жүргізу тәртібі, сондай-ақ белгіленген стандарттарды сақтамағаны үшін медициналық ұйымдардың жауапкершілігін анықтау тәртібі қарастырылған. Мемлекеттік денсаулық сақтау жүйесі аясында бақылау жүргізуге арналған құқықтық тетіктердің болуына қарамастан, қазіргі уақытта міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру (МӘМС) жүйесінен тыс көрсетілетін медициналық көмек сапасына сараптама жүргізу тәртібі белгіленбеген. Бұл МӘМС жүйесіне кірмейтін жекеменшік сектор мен өзге ұйымдарда көрсетілетін медициналық қызметтердің сапасын бағалау мен реттеу бөлігінде нормативтік-құқықтық олқылықты тудырады. Осыған байланысты, міндетті сақтандыру шеңберінен тыс көрсетілетін медициналық көмектің сапасына сараптама жүргізу тәртібін реттейтін жаңа нормативтік-құқықтық актіні әзірлеу өзекті болып отыр. Аталған құжат меншік нысанына, ұйымдастырушылық-құқықтық нысанына және қаржыландыру көздеріне қарамастан, медициналық қызметтер сапасын бағалауға бірыңғай әрі жүйелі тәсілді қамтамасыз етуге бағытталады және бұл өз кезегінде денсаулық сақтау жүйесінің жалпы тиімділігі мен ашықтығын арттыруға ықпал ететін болады [11].

Медициналық көмекті көрсету тәртіптеріне, медициналық көмек стандарттарына және клиникалық ұсынымдарға (емдеу хаттамаларына) негізделген ережелерді іске асыру мақсатында, амбулаториялық, стационарлық жағдайларда және күндізгі стационар жағдайында медициналық көмек көрсету сапасын бағалау критерийлері Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2022 жылғы 29 қыркүйектегі № ҚР ДСМ-105 бұйрығымен бекітілген «Медициналық көмекті көрсету стандарттарын бекіту туралы» қаулысы арқылы белгіленген [12]. Аталған бұйрық медициналық құжаттаманы жүргізу стандарттарына бағытталған параметрлер жиынтығын қамтитын медициналық қызметтердің сапасын бағалаудың нақты критерийлерін белгілеуге негіз болды.

Аталған бұйрықпен бекітілген медициналық көмек сапасын бағалау критерийлері белгіленген талаптардың, ең алдымен медициналық құжаттаманы жүргізу бөлігінде, сақталуын тексеруге бағытталған бірқатар қарапайым тексеру сұрақтарын қамтиды. Бұл сұрақтар «иә» немесе «жоқ» деген нақты жауап алуға бағытталған. Алайда мұндай қысқа жауаптар жазбалардың ақпараттылығын және басқа да маңызды сипаттарын толық бағалауға мүмкіндік бермейді, сондай-ақ бұл жазбалар негізінде жасалған әрекеттердің толық мазмұнын көрсете алмайды.

Жоғарыда айтылғандарды ескере отырып, медициналық көмек сапасын бағалаудың объективтілігі мен толықтығын арттыру мақсатында ISO 9001:2015 «Сапа менеджменті жүйелері. Талаптар» сияқты халықаралық стандарттарды

ескеру ұсынылады [13]. Бұл стандарт сапаны бағалауға арналған неғұрлым егжей-тегжейлі және жан-жақты тәсілдерді ұсынады, соның ішінде:

Процестерді бағалау — медициналық көмекті көрсету процестерінің тиімділігі мен нәтижелілігін талдау, бұл әлсіз тұстарды анықтауға және процестерді ұйымдастыруды жақсарту бойынша ұсыныстар беруге мүмкіндік береді;

Нәтижелерді бағалау — пациенттердің денсаулық жағдайындағы жетістіктерді, сондай-ақ олардың қажеттіліктерінің қанағаттану деңгейін талдау, бұл көрсетілген медициналық қызметтердің нақты пайдасын дәлірек анықтауға мүмкіндік береді;

Сәйкестікті бағалау — белгіленген стандарттар мен нормативтік талаптарға сәйкестікті тексеру, бұл қолданыстағы регламенттер мен стандарттардың сақталуын бақылауды қамтамасыз етеді.

ISO 9001:2015 сияқты халықаралық тәсілдерді қолдану медициналық көмек сапасын бағалау процесін айтарлықтай тереңдетіп, кеңейтуге, сондай-ақ медициналық қызмет көрсетуді ұйымдастыру мен тиімділігін жақсартуға мүмкіндік береді. Бұл өз кезегінде пациенттердің қанағаттану деңгейін арттыруға және медициналық көмектің жалпы сапасын жақсартуға ықпал етеді.

Сапа менеджменті жүйесі (СМЖ) — бұл медициналық көмекті тиімді басқаруға қажетті ұйымдық құрылым, рәсімдер, процестер мен ресурстар жиынтығы. ISO 9001:2015 халықаралық стандартына сәйкес, СМЖ сапа мен қауіпсіздікті арттыруға ықпал ететін бірнеше негізгі қағидаттарға негізделеді.

Медициналық ұйымда сапа менеджменті жүйесін (СМЖ) ұйымдастырудың негізгі қағидаттары мыналар болып табылады:

- Тұтынушыға бағдарлану, медициналық ұйым жағдайында – бұл пациентке бағдарлануды білдіреді. Бұл үшін ұйым мүдделі тараптардың қажеттіліктері мен үміттерін түсінуі, пациенттің қажеттіліктері мен үміттері туралы ақпаратты үнемі бақылап, талдап отыруы қажет;

- Көшбасшылық, яғни СМЖ нәтижелілігі үшін жауапкершілікті өз мойнына алу, сапа саласындағы саясатты анықтау, сапа бойынша мақсаттарды ұйымның стратегиясына біріктіру, ресурстармен қамтамасыз ету, сапа стандарттарын қолдануды қолдау, барлық қызметкерлерді жұмылдыру және жақсартуларды қолдау;

- Адамдарды тарту, яғни СМЖ-ны қолдауда олардың үлесін бағалау, жеке даму мақсаттарын қою және ұйымдағы қауіпсіздік мәдениетін қалыптастыру;

- Процестік тәсіл, яғни өзара байланысты процестерді жүйе ретінде түсініп, оларды жүйе ретінде басқару арқылы ұйымның қойылған нәтижелерге жету нәтижелілігі мен тиімділігін арттыру. Бұл тәсіл сапа саласындағы саясатқа және ұйымның стратегиялық бағытына сәйкес қажетті нәтижелерге қол жеткізу үшін процестер мен олардың өзара әрекеттесуін жүйелі түрде анықтауды және басқаруды қамтиды. СМЖ-да процестік тәсілді қолдану талаптарды түсінуге және үнемі орындауға, процестерге олардың құндылық қосу тұрғысынан қарауға, процестердің тиімді жұмыс істеуіне қол жеткізуге және деректер мен ақпаратты бағалау негізінде процестерді жақсартуға мүмкіндік береді;

- Жақсартуды қолдау және дамыту, бұл талаптарды орындау және пациенттің болашақ қажеттіліктері мен үміттерін ескеру, сондай-ақ жағымсыз әсерлердің ықпалын түзету, алдын алу немесе азайту, көрсеткіштерді жақсарту және СМЖ нәтижелілігін арттыру мақсатында жүзеге асырылады;

- Шешімдерді үздік тәжірибелер мен дәлелді медицинаның негізінде қабылдау;

- Сапа саласындағы саясат пен мақсаттарға бірыңғай көзқарас, яғни ұйым белгілі бір қызметтерді өзі көрсете ме немесе бұл үшін басқа ұйымды тарта ма, оған қарамастан сапаға деген бірыңғай көзқарастың сақталуы [14].

Клиникалық ұсынымдар, диагностика және емдеу протоколдары – бұл белгілі бір аурулардың алдын алу, диагностикалау және емдеу бойынша қазіргі заманғы түсініктерді сипаттайтын қысқаша ресми құжаттар.

Осылайша, медициналық көмекті көрсету тәртіптері, стандарттар мен клиникалық ұсынымдар тек денсаулық сақтау ұйымдарына қолданылады және белгілі бір нозологияға немесе нозологиялар тобына бағытталған сипатқа ие, ал денсаулық сақтау ұйымындағы сапаны басқару жүйесіне қойылатын жалпы талаптарды азырақ көрсетеді.

Соңғы жылдары сапа менеджменті жүйесін (СМЖ) енгізген медициналық ұйымдар тарапынан ерікті халықаралық сертификаттау мен аккредитацияға деген қызығушылық артып келеді. Халықаралық сертификаттау — бұл ерікті, бірақ қымбат шара. Жарамды сертификаттың болуы ұйымға маркетингтік артықшылықтар бере алады. Дұрыс тәсілді таңдау және оны сауатты іске асыру медициналық ұйым қызметінің сапасын арттыруға ықпал етуі тиіс.

Сапа менеджменті жүйелерін енгізіп, әрі қарай сертификаттау және аккредитация рәсімдерінен өткен медициналық ұйымдар медициналық көмекті ұйымдастыру сапасын арттыруда ең үлкен нәтижеге қол жеткізеді деп күтіледі. Қызмет тиімділігінің артуы ұйым қызметінің барлық аспектілерін ретке келтірумен, бақылаушы органдардың талаптарын орындаумен және процестердің нәтижелілігі мен бүкіл жүйенің тиімділігін арттырумен байланыстырылады [15].

ISO стандарты сапа менеджментіне жүйелі көзқарасты, ортақ құрылымды және денсаулық сақтау саласындағы әртүрлі пәндер мен қызмет жеткізушілерді қолдауды қамтамасыз етеді, сондай-ақ медициналық көмектің сапасын қолдаудың қуатты құралы болып табылады.

Ұйым табысты жұмыс істеуі үшін көптеген өзара байланысты қызмет түрлерін анықтап, оларды басқаруды жүзеге асыруы қажет. ISO стандартына сәйкес ұйым:

а) СМЖ үшін қажетті процестерді және оларды ұйым шеңберінде қолдану жолдарын анықтауы тиіс.

б) Осы процестердің реттілігі мен өзара байланысын анықтауы қажет, яғни әртүрлі медициналық араласуларды жүргізу тәртібін сипаттайтын, өзара байланысты құжаттар құрылуы керек. Бұл құжаттар қазіргі заманғы клиникалық ұсынымдар мен емдеу хаттамаларына сай құрылуы тиіс және кәсіби бірлестіктер мен жетекші медициналық мамандардың қатысуымен әзірленуі қажет. Бұл

құжаттарда араласудың дәлелділік деңгейіне қарай: А деңгейі — «алтын стандарт», ең дәлелді тәсілдерден бастап, С деңгейіне дейін — жекелеген мамандардың пікіріне негізделген тәсілдерге дейін градация қолданылуы тиіс.

с) Бұл процестердің нәтижелілігін қамтамасыз ету үшін қажетті критерийлер мен әдістерді анықтауы қажет.

д) Осы процестердің жұмыс істеуін қамтамасыз ету үшін қажетті ресурстар мен ақпаратты ұсынуы тиіс.

е) Осы процестерді бақылау, өлшеу және, мүмкін болса, талдау жүргізуі қажет.

ф) Жоспарланған нәтижелерге қол жеткізу және процестерді үздіксіз жетілдіру үшін қажетті әрекеттерді орындауы тиіс [16-20].

Қазақстан Республикасында медициналық ұйымдардың аккредитация жүйесі медициналық көмектің сапасы мен қауіпсіздігін қамтамасыз ету мақсатында әзірленген ұлттық стандарттарға негізделген. Бұл стандарттар денсаулық сақтау ұйымдарының кадрлық, материалдық-техникалық қамтамасыз етілуінен бастап, клиникалық-диагностикалық және басқару үдерістерін, сондай-ақ қол жеткізілген клиникалық нәтижелерді қамтиды.

Аккредитациядан өтудің артықшылықтарына мыналар жатады:

- медициналық көмектің сапасы мен қауіпсіздігіне басымдық беру,
- пациенттерге құрметпен қарау мәдениетін дамыту,
- халықтың сенімін арттыру,
- медицина қызметкерлерінің еңбек жағдайларына қанағаттанушылығын жоғарылату.

Сонымен қатар, бұл стандарттар медициналық көмектің сапа көрсеткіштеріне негізделген еңбекақыны саралап төлеу жүйесін енгізуге мүмкіндік береді.

Аккредитация стандарттарының негізгі бағыттарына мыналар жатады:

- сапа менеджменті жүйесі, оның ішінде СМЖ үшін жауапты тұлғаны тағайындау және сапаны арттыру бағдарламаларын жүзеге асыру;
- кадрлық қамтамасыз ету және құжаттама, оның ішінде қызметкерлердің жеке істерін жүргізу және біліктілік құжаттарын верификациялау;
- қауіпсіздікті қамтамасыз ету бойынша нұсқаулықтар мен іс-шараларды ұйымдастыру;
- нысандарды қорғау және өрт қауіпсіздігі, төтенше жағдайлар кезіндегі техникалық жабдықтау және персоналды оқыту;
- пациенттердің құқықтарын сақтау кепілдіктері, қолжетімділік пен ақпараттандыруды қамтамасыз ету;
- шұғыл көмек, хирургиялық және отадан кейінгі көмек, міндетті хаттамалар мен алгоритмдерді қоса алғанда;
- клиникалық қауіптерді басқару және дәлелді медицина қағидаттарына негізделген клиникалық хаттамаларды енгізу;
- тұрғындармен жұмыс, пациенттер мен қоғамдастықты көмек көрсетуді жоспарлау мен бағалау үдерісіне тартуға бағытталған.

Алайда, аккредитация жүйесінің ресми түрде бар екеніне

қарамастан, медициналық ұйымдардың практикалық қызметінде стандарттарды іске асыру бірқатар қиындықтармен жүреді. Атап айтқанда, нормативтік-құқықтық базаның жүйелі талдауының жоқтығы, ресурстық қамтамасыз етудің жеткіліксіздігі, сондай-ақ стандарттарды енгізудің нәтижелілігін медициналық әрі әлеуметтік-экономикалық тұрғыдан бағалайтын объективті критерийлердің болмауы атап өтіледі. Бұл жағдайлар аккредитация механизмдерін енгізуге кешенді тәсілді қажет ететінін, соның ішінде медициналық ұйымдарды стандарттарды іске асырудың барлық кезеңінде құқықтық, ресурстық және ұйымдастырушылық-әдістемелік тұрғыдан қолдауды қамтамасыз ету қажеттігін көрсетеді [21–26].

1.2 Пациенттердің қауіпсіздігіне әлеуетті қауіп төндіретін қауіп-қатер аймақтарын талдау

Қазақстанда медициналық қателіктер мәселесі өзекті күйінде қалып отыр және бұл науқастар мен медицина мамандарының алаңдаушылығын тудыруда. Дәрігерлік қателіктер салдарынан болған өлім-жітімнің нақты саны туралы деректер болмаса да, денсаулық сақтау саласындағы құқықбұзушылықтардың айтарлықтай саны туралы статистикалық мәліметтер бар.

Пациенттерді сәйкестендіру қателіктері медициналық ұйымдарда пациенттердің қауіпсіздігіне шынайы қауіп төндіреді. Бұл мәселеге жеткіліксіз назар аудару фатальды салдарға әкелетін қателіктерге себеп болуы мүмкін, соның ішінде пациентке қажетсіз емдеу және диагностикалық манипуляциялар жүргізілуі, науқасқа қате ем тағайындалуы, сондай-ақ зертханалық және аспаптық зерттеулер нәтижелеріне негізделген дұрыс емес клиникалық шешімдердің қабылдануы мүмкін, бұл деректер шын мәнінде бұл пациентке тиесілі емес.

2020 жылғы жағдай бойынша АҚШ пен Ұлыбританияның денсаулық сақтау жүйесінде де пациенттерді сәйкестендіру қателіктері өзекті мәселе болып қала беруде. Пациенттердің қауіпсіздігін арттыруға бағытталған күш-жігерге қарамастан, статистика мұндай оқиғалардың айтарлықтай жиі кездесетінін көрсетіп отыр.

2016 жылғы 1 қазан мен 2018 жылғы 30 қыркүйек аралығында Пациенттердің қауіпсіздігі және негізгі себептерді талдау (RCA) дерекқорында пациенттерді сәйкестендіру қателіктерімен байланысты 3 232 оқиға тіркеліп, оның 67-сі RCA шеңберінде қаралды. Қателіктердің ең жиі себебі — пациенттің екі идентификаторының болмауы (39%) болды. 2020 жылғы есепте АҚШ денсаулық сақтау жүйесінде пациенттерді сәйкестендіру қателіктері жағымсыз оқиғалардың негізгі себептерінің бірі болып қала беретіні көрсетілген [27].

Health Service Journal зерттеуіне сәйкес, 2019–2023 жылдар аралығында 166 NHS Trust ұйымында пациенттерді сәйкестендіру қателіктерінің 58 537 жағдайы тіркелген, оның ішінде 4 713-і пациенттерге зиян келтірген. 2023 жылы 12 482 оқиға тіркеліп, олардың 1 161-і зиян келтірген, соның ішінде 59 орташа зиян, 3 ауыр зиян және 1 өлім жағдайы орын алған. 2020 жылғы HSIB есебінде пациентті сәйкестендіру үшін екі идентификаторды қолдану және штрих-код технологияларын енгізудің маңыздылығы атап өтілді [28–30].

Өкінішке қарай, Қазақстанда мұндай қателіктердің таралуы туралы ресми ақпарат жоқ, алайда олардың жиілігі басқа елдердегідей болуы әбден мүмкін.

Пациентті дұрыс сәйкестендірмеу қателіктері қаншалықты қауіпті және олар қандай салдарға әкелуі мүмкін? NPSA мұндай қателіктердің ең жиі кездесетін салдарларын келтіреді:

- басқа пациентке тиесілі зертханалық және аспаптық тест нәтижелеріне сүйене отырып, емдеу тактикасы бойынша дұрыс емес шешім қабылдау;

- емдеуді кешіктіру;

- сәйкестендіру қателіктеріне байланысты зерттеулерді қайта жүргізу;

- пациенттің денсаулығына тікелей зиян келтіру;

- пациент пен оның отбасы мүшелерінің қосымша жайсыздық, стресс және қанағаттанбаушылық сезінуі;

- медициналық персоналдың қосымша стресс, жайсыздық және уақыт шығындары [31–32].

ДДСҰ пациентті дұрыс сәйкестендіруді қамтамасыз етуге бағытталған стратегияларды әзірлеудің келесі негізгі сәттерін белгілейді (WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions Patient Safety Solutions, 2007):

- медициналық араласу алдында пациентті сәйкестендіру үшін кез келген медицина қызметкерінің бастапқы және толық жауапкершілігі;

- кем дегенде екі сәйкестендіру белгісін (мысалы, пациенттің аты-жөні және туған күні) қолдану;

- пациентті сәйкестендіру процесін стандарттау;

- жеке басын растай алмайтын пациенттерді сәйкестендіру тәртібі мен тегі бірдей адамдарды сәйкестендіру процедураларын анықтайтын нақты нұсқаулықтарды әзірлеу;

- пациенттерді сәйкестендіру процесінің барлық кезеңдеріне белсенді қатысуға ынталандыру;

- қан және басқа да зерттеуге жіберілетін үлгілер үшін қолданылатын контейнерлердің дұрыс таңбалануын қамтамасыз ету;

- зертханалық зерттеу деректері мен клиникалық көріністің сәйкес келмеу жағдайында медициналық персоналдың әрекет етуі бойынша нақты нұсқаулықтарды қамтамасыз ету;

- электронды ауру тарихын қолдану кезінде ақпаратты автоматты көшіру және енгізу қателіктері мүмкіндігін үнемі тексеріп отыру;

- медициналық ұйым қызметкерлеріне пациентті дұрыс сәйкестендіру процедурасы бойынша тұрақты оқыту енгізу;

- пациентті сәйкестендіру процесінің маңыздылығы және құпиялылық принциптерін сақтау бойынша ақпараттандыру.

Пациентті дұрыс сәйкестендіру стратегиясында дәстүрлі түрде қолданылатын құралдардың бірі — идентификациялық білезіктер болып табылады [33–35].

Иә, Ұлыбританияда 2020 жылы пациенттерді сәйкестендіру мәселелері жалғасқан, бұл жағдайды жақсарту жөніндегі қабылданған шараларға қарамастан. Ұлттық пациент қауіпсіздігі агенттігі (NPSA) ұсынған деректерге

сәйкес, 2019–2023 жылдар аралығында пациенттерді дұрыс сәйкестендірмеудің 58 537 жағдайы тіркелген, олардың 4 713-і пациенттерге зиян келтірумен аяқталған. Бұл жылына орта есеппен 11 707 оқиғаға тең, олардың 943-і нақты зиян келтірген. Ең жиі зиян пациентке дұрыс емес ем немесе дәрі-дәрмек тағайындалған кезде немесе сәйкестендіру қателіктері мен түсініспеушіліктерге байланысты қажетті емді ала алмаған кезде туындайды. Классикалық мысал — пациентке дұрыс емес аты-жөні немесе сәйкестендіру ақпараты көрсетілген білезік тағылып, нәтижесінде пациентке дұрыс емес ем жасалуы немесе мүлдем ем көрсетілмеуі.

Бұл деректер пациенттерді сәйкестендіру үдерістерін жетілдіру және сәйкестендіру қателіктеріне байланысты қателіктердің алдын алу бойынша қосымша шаралар қабылдау қажеттігін айқындайды [36].

2020 жылы АҚШ-та пациенттерді сәйкестендіру қателіктерін азайту мақсатында сәйкестендіру білезіктерін қолдануды тұрақты түрде бақылаудың тиімділігін дәлелдейтін зерттеулер жүргізілді. Мұндай зерттеулердің бірі Америкалық патологоанатомдар колледжінің Q-Tracks бағдарламасы аясында іске асырылды. 1999–2000 жылдар аралығында 217 медициналық мекеме ерікті түрде осы бағдарламаға қатысып, флеботомистер ай сайын қан алу алдында пациенттердің білезіктерін тексеріп, қателер санын тіркеп отырды. Екі жыл ішінде 1 757 730 білезік тексеріліп, 45 197 қате анықталды, ал қателердің орташа көрсеткіші 7,4%-дан 3,05%-ға дейін төмендегені тіркелді ($p < 0,001$).

Басқа зерттеулер де сәйкестендіру білезіктерін қолданудың тиімділігін растады. Мысалы, 712 ауруханада жүргізілген зерттеуде флеботомистер 2 463 727 білезікті тексеріп, 67 289 сәйкестендіру қатесін анықтаған. Қателіктердің 49,5%-ы білезіктің болмауынан, 8,6%-ы — дұрыс емес ақпараттан, ал 5,7%-ы — оқылмайтын деректерден туындаған.

Бұл деректер пациенттерді сәйкестендіру білезіктерін қолдануды тұрақты бақылау олардың сәйкестендіруіндегі қателіктер санын айтарлықтай азайтып, медициналық рәсімдердің қауіпсіздігін арттыратынын дәлелдейді.

Пациентті дұрыс сәйкестендірмеудің негізгі себебі — адами фактор. Дәрігерлер мен мейірбикелердің жоғары қарқынмен жұмыс істеуі, бірнеше пациенттің бір уақытта келуі, бірдей фамилиялы пациенттердің немесе егіздердің бір бөлімшеде жатуы, айтылуы қиын, есте сақтауға қиын шетел есімдерінің болуы — мұның бәрі пациентке қате зерттеу жүргізілуіне, дұрыс емес ота жасауға немесе дұрыс емес дәрілік заттардың тағайындалуына алып келеді [37-38].

Пациенттердің қауіпсіздігі бойынша екінші халықаралық мақсат **ақпаратты тиімді жеткізуді** қамтамасыз етуге бағытталған, әсіресе ауызша немесе телефон арқылы жүргізілетін коммуникация жағдайында. Бұл пациенттің қауіпсіздігін қамтамасыз ету және медициналық қателіктердің алдын алу үшін аса маңызды.

Journal of Patient Safety журналында жарияланған зерттеуге сәйкес, медициналық қызметкерлер арасындағы коммуникациядағы қателіктер 23 000 талап арыздың 49%-ында анықталған. Оның ішінде 53%-ы дәрігер мен пациент

арасындағы түсініспеушілікке, ал 47%-ы медициналық қызметкерлер арасындағы қателіктерге байланысты болған. Ең жиі дұрыс жеткізілмеген мәліметтер диагноз, емдеу жоспары және аурудың ауырлығы туралы болған.

Коммуникациядағы қателіктер медициналық қызметтердің құнын да арттырған: мұндай қателіктер орын алған жағдайлардың орташа құны \$237 600 болса, қателіксіз жағдайларда — \$154 100 болған.

Медициналық қызметкерлер арасындағы коммуникация мәселелері медициналық көмектің сапасының төмендеуіне және пациенттің денсаулығына зиян келтіруге, диагноз қою мен емдеуді бастау мерзімінің кешігуіне, пациенттің жағдайын бағалаудағы қателіктерге, сондай-ақ қайта госпитализациялардың жиілеуіне алып келуі мүмкін [39–42]. *Journal of International Crisis and Risk Communication Research* журналында жарияланған шолуда медбикелер мен дәрігерлер арасындағы нашар коммуникацияның пациенттердің қауіпсіздігіне әсері қарастырылады. Жеткіліксіз коммуникация дәрі-дәрмек тағайындауда қателіктерге, диагноз қоюдағы кешігулерге және күтімді үйлестірудің нашарлауына әкелуі мүмкін. Сонымен қатар, мұндай проблемалар медициналық қызметкерлердің күйзеліске түсуіне, моральдық рухтың төмендеуіне және кәсіпаралық өзара әрекеттестіктің нашарлауына себеп болады. Бұл мәселелерді шешу үшін SBAR (Situation-Background-Assessment-Recommendation) сияқты стандартталған коммуникациялық құралдарды қолдану, пәнаралық кеңестер өткізу және оқыту бағдарламаларын жетілдіру ұсынылады [43].

Journal of Nursing Care Quality журналында жарияланған зерттеуде медбикелердің коммуникация деңгейіне қанағаттануы пациенттердің қауіпсіздік мәдениетінің сапасымен тікелей байланысты екені анықталған. Медбикелер коммуникацияға неғұрлым жоғары қанағаттанса, пациенттердің қауіпсіздік мәдениеті соғұрлым жақсы жүзеге асырылады, бұл қолайсыз оқиғалардың санын азайтып, күтім сапасын арттыруға ықпал етеді. Бірқатар жарияланымдарда коммуникацияның жеткіліксіздігі емдеудің кешігуіне, медициналық көмектің сапасыз көрсетілуіне, пациенттердің шағымдарына, тіпті сотқа жүгінуге дейінгі жағдайларға алып келуі мүмкін екені атап өтілген [44–48].

Ұлыбританияда пациентті бөлімшелер арасында тасымалдау кезінде болған 334 оқиғаны ретроспективті талдау барысында инциденттердің 42%-ы науқасты бір бөлімшеден екіншісіне ауыстыру кезінде орын алғаны анықталды. Науқасты толық емес түрде тапсыру 45% жағдайда тіркелсе, мүлде ақпарат берілмеген жағдайлар 29%-ды құрады. Пациентті қарқынды терапия бөліміне (ҚТБ) ауыстыру кезінде болған 176 критикалық оқиғаның 31%-ы пациент үшін елеулі зардаптарға алып келген. 176 оқиғаның 47-сінде ҚТБ қызметкерлері мен қабылдаушы бөлімше қызметкерлері арасындағы коммуникацияда қиындықтар тіркелді. Тасымалдау және тасымалдауға дейінгі чек-парақтарды енгізу, тасымалдау топтарын оқыту, стандарттардың сақталуын бақылау инциденттердің жиілігін азайтуда тиімді болғаны анықталған [49–52].

2022 жылы *Journal of Clinical Nursing* журналында жарияланған зерттеуде, әсіресе қарқынды терапия жағдайында, пациенттерді тасымалдау кезінде орын алатын инциденттер сипатталған. 152 жағдайдың ішінен зерттеушілер шамамен

42% қатенің пациент туралы ақпараттың толық берілмеуінен және қорғаныс құралдарының дұрыс пайдаланылмауынан болғанын анықтаған. Авторлар пациенттерді тасымалдау стандарттарын сақтау бойынша жаттығуларды күшейтуді және әрбір тасымалдау алдында қосымша чек-парақтарды енгізуді ұсынып, мұндай қателіктердің алдын алуға болатынын көрсетеді [53–56].

Тиімді коммуникацияны қамтамасыз етудің негізгі стратегиялары мыналар болып табылады:

- тасымалдау мен ауыстыруға дайындық үдерісін формализациялау;
- ауыстыруды дұрыс жоспарлау;
- ҚТБ-дан еріп жүретін медбикені тарту, ол пациентті дұрыс орналастыру мен жүргізуді үйлестіріп, бақылауды қамтамасыз етеді;
- ақпаратты толық жеткізуді қамтамасыз ету үшін формализделген чек-парақтарды әзірлеу [57–60].

Соңғы жылдары ДДСҰ пациенттерді медициналық бөлімшелер арасында ауыстыру кезінде тиімді коммуникацияның маңыздылығына назар аударуды жалғастырып келеді. Бұл мәселе бойынша 2020 жылғы нақты ДДСҰ ұсынымдары ашық дереккөздерде ұсынылмағанымен, бар зерттеулер келесі стратегияларды енгізудің қажеттілігін растайды:

1. Медициналық ұйым бөлімшелер арасындағы және ауысымнан ауысымға пациентті тапсыру кезінде қолданылатын формализделген талаптардың бірыңғай тізімін әзірлеуі тиіс. Бұл тізім келесі құрамдас бөліктерді қамтуы керек:

- персоналға коммуникацияны жүзеге асыру үшін жеткілікті уақыт беру, сұрақ қою және жауап алу мүмкіндігін қамтамасыз ету, алынған ақпаратты қайталап айтып, қайта оқып шығуға ынталандыру арқылы дұрыс түсінілгеніне көз жеткізу;

- пациенттің жай-күйі, қабылдайтын дәрі-дәрмектері, емдеу жоспары мен жағдайдағы өзгерістер туралы ақпараттың міндетті түрде берілуі;

- әр кезеңде берілетін ақпараттың нақты шектелуі.

2. Медициналық ұйым амбулаториялық буынға берілетін эпикриздің мазмұны мен оның жеткізілуін бақылау жүйесін енгізуі тиіс. Шығарылу эпикризінде диагнозға, емдеу жоспарына, зерттеу нәтижелері мен дәрілік терапияға қатысты негізгі ақпарат қамтылуы қажет.

3. Қызметкерлердің коммуникациялық дағдыларын дамыту бойынша оқытуды жүйелі түрде өткізу.

4. Пациентке әртүрлі ем түрлерін көрсететін ұйымдар арасындағы коммуникацияны жетілдіру арқылы біртұтас жүргізу стратегиясын әзірлеу.

Медициналық ұйым ішіндегі медициналық қызметкерлер арасында тиімді коммуникацияны қалыптастыруға кедергі келтіретін әлеуетті тосқауылдардың ішінде ең маңыздысы мыналар болып табылады:

- дәрігерлер мен медбикелердің қарсылығы және олардың қалыптасқан тәртіпті өзгертуге құлықсыздығы;

- пациентті сапалы түрде тапсыруға уақыттың жетіспеушілігі;

- пациенттер мен медициналық қызметкерлер арасындағы мәдени және тілдік айырмашылықтар;

- пациенттің өзінің ауруы туралы білімінің төмен деңгейі;
- қаржылық ресурстардың жеткіліксіздігі және медициналық кадрлардың жетіспеушілігі;
- пациентті тапсыру үдерісін қалай жақсартуға болатыны туралы білімнің аздығы;
- жаңа үдерістерді енгізуге ұйым басшылығының жеткіліксіз қатысуы;
- ақпараттық технологиялық инфрақұрылымның болмауы [61–66].

Пациенттердің қауіпсіздігі жөніндегі үшінші халықаралық мақсат – **дәрілік заттарды қолдану кезінде қауіпсіздікті арттыру.**

Дәрі-дәрмекті қолданудағы қате — бұл дәрілік затты тағайындау немесе қолдану процесінде орын алған, пациенттің денсаулығына зиян келтіруге немесе зиян келтіруі мүмкін жағдайға әкелетін немесе әкелуі ықтимал кез келген бұзушылық.

Бұл зерттеу Ирандағы медбикелер арасында ең жиі кездесетін қателіктер — дәрі-дәрмектің мөлшерін дұрыс тағайындамау және қабылдау уақытындағы бұзушылықтар екенін анықтады. Қателіктерге ықпал ететін негізгі факторлар — жұмыс жүктемесінің жоғары болуы, шаршау және кадр тапшылығы [67-69].

Azar және авторлар (2023) жүргізген метаанализ стационарлық жағдайда дәрі-дәрмек тағайындау кезінде қателіктердің кең таралғанын растады. Авторлар мұндай қателіктердің жиілігін нақты бағалау әдіснамалық тәсілдердің әртүрлілігіне байланысты қиын екенін атап өтті. Осыған орай, дәрілік терапия кезіндегі қателіктерді тіркеу және талдау әдістерін стандарттау қажеттілігі баса айтылып, бұл медициналық көмектің сапасын жақсартуға бағытталған салыстырмалы деректер алуға мүмкіндік береді [70].

Дәрілік терапиядағы қателіктер әртүрлі кезеңдерде орын алуы мүмкін:

- дәрігердің дәрілік затты таңдауда жіберген қатесі;
- дәрігердің тағайындау парағын толтыру кезіндегі қатесі (дәрі-дәрмек жазылымындағы қателіктер);
- дәрілік препаратты еріту кезіндегі қателіктер;
- медбикелердің тағайындауларды орындау барысында жіберетін қателіктері [71].

Дәрі-дәрмекпен емдеу кезіндегі қателіктерді анықтау үшін келесі әдістер ұсынылады: ауру тарихын тексеру; дәрілік терапиядағы қателіктерге байланысты пациенттердің шағымдарын талдау; компьютерлік технологияларды қолдана отырып мониторинг жүргізу; медициналық қызметкерлердің қателіктер туралы хабарламалары; деректерді проспективті түрде жинау; процесті тікелей бақылау [72–77].

Төртінші халықаралық мақсат – **хирургиялық араласулардың қауіпсіздігін арттыру**, бұл Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының маңызды бастамаларының бірі болып табылады [78]. Хирургиялық араласулардың қауіпсіздігіне арналған протоколдарды медициналық ұйым тәжірибесіне енгізу халықаралық сапа стандарттарына сәйкестік бойынша аккредитациядан өту кезінде міндетті талап болып табылады. Ресейлік авторлар да хирургиялық

араласулардың қауіпсіздігін арттыру мақсатында кешенді шараларды енгізу қажеттілігін атап көрсетеді [79].

International Journal of Surgery журналында жарияланған зерттеу деректері бойынша, әлем бойынша жыл сайын шамамен 310 миллион ірі ота орындалады, соның ішінде 1–4% пациент отадан кейінгі 30 күн ішінде көз жұмады, ал ауруханаға жатқызылған пациенттердің 5–15%-ы ауыр отадан кейінгі асқынуларды бастан кешіреді. Жоғары табысты елдерде жоспарлы оталардан кейінгі асқынулардың жиілігі 20%-ға дейін жетеді, ал қысқа мерзімді өлім көрсеткіші 1%-дан 4%-ға дейін өзгереді. Сол зерттеу деректері бойынша отадан кейінгі асқынулардың 50%-ға жуығының алдын алуға болады деп есептеледі.

JAMA Surgery журналында жарияланған басқа бір зерттеуде асқынулардың 52%-ы ауыр деп бағаланған, олардың 49%-ы алдын алуға болатын асқынулар ретінде танылған. Алдын алуға болатын асқынулардың негізгі себебі техникалық қателіктер болған [80–81].

Қателіктердің негізгі себептері мыналар болып табылады:

- дәрігер немесе медбикенің тәжірибесінің жеткіліксіздігі;
- қолданылатын құралдар мен жабдықтар туралы білімнің аздығы;
- бригада мүшелері арасындағы нәтижесіз коммуникация;
- бір немесе бірнеше бригада мүшелерінің зейінсіздігі;
- бір немесе бірнеше бригада мүшелерінің шаршауы;
- оталық бөлменің жеткілікті жабдықталмауы;
- асқынулардың алдын алуға арналған белгілі ережелер мен ұсынымдардың сақталмауы [82–84].

Адам факторының әсерінен болатын қателіктер санын азайту мақсатында АҚШ-та және басқа да бірқатар елдерде хирургиялық көмектің стандарты ретінде т.б. «тайм-аут» процедурасы енгізілген – бұл ота басталар алдындағы қысқа үзіліс, оның барысында әрбір қатысушы – хирург, анестезиолог, оталық медбике – кезекпен отаны бастауға қажетті барлық компоненттердің дайындығын тексереді, сондай-ақ пациенттің сәйкестігін қайта растау және хирургиялық араласу орнының дұрыстығын тағы бір мәрте тексеру жүзеге асырылады. Халықаралық Біріккен Комиссия (JCI) хирургиялық араласулардың қауіпсіздігіне қойылатын талаптарды медициналық мекемелерге арналған аккредитация стандарттарына енгізіп, оны пациенттердің қауіпсіздігі жөніндегі төртінші халықаралық мақсат ретінде бекітті. Кейіннен хирургиялық араласу кезінде стандартталған чек-парақтарды қолдану бойынша ұсынымдар әзірленді [85–89].

ДДСҰ әзірлеген пациенттердің қауіпсіздігі жөніндегі бесінші халықаралық мақсат **инфекциялық қауіпсіздікке** арналған және медициналық процедуралар барысында туындайтын инфекциялық асқынулар қаупін азайтуға бағытталған. Бұл тұрғыда инфекциялық қауіпсіздік – медициналық көмектің сапасындағы негізгі аспект болып табылады және келесі бағыттарды қамтиды:

- ауруханаішілік инфекциялардың (АИИ) алдын алу
- антибиотиктерді қолдануды бақылау
- қол және персонал гигиенасы

– жеке қорғаныс құралдарын қолдану
– инфекцияларды диагностикалау және мониторинг жүргізуді жақсарту

ДДСҰ және басқа да халықаралық ұйымдар инфекциялық қауіпсіздік стандарттарын денсаулық сақтау жүйесіне енгізу бойынша белсенді жұмыс жүргізуде, бұл ауруханаішілік инфекциялардан болатын сырқаттанушылық пен өлім-жітімді азайтуға бағытталған [90–92].

Ауруханаішілік инфекциялардың алдын алудың және санитарлық нормалардың сақталуын бақылаудың маңыздылығы түрлі зерттеулерде атап өтіледі [93].

JCI стандарттары инфекциялық қауіпсіздік мәселелеріне де ерекше назар аударады, бұл тақырыпқа бөлек бөлім арналған.

Аталған талаптарға сәйкес, инфекциялардың даму қаупін азайту үшін аурухана пациенттерде медициналық көмек көрсетуге байланысты инфекциялық асқынулардың қауіптерін, жиілігін және үрдістерін проактивті түрде анықтап, қадағалап отыруы тиіс. Инфекциялық асқынулардың алдын алу мен емдеуді жақсарту мақсатында және медициналық көмекке байланысты инфекциялық асқынуларды барынша азайту үшін аурухана өлшенетін көрсеткіштерді қолдануы, сондай-ақ қуыққа катетер орнату, перифериялық және орталық көктамырларды катетерлеу кезіндегі асқынуларды тіркеуі қажет [94–96].

ДДСҰ әзірлеген пациенттердің қауіпсіздігі жөніндегі алтыншы халықаралық мақсат дәл осы **құлаудың алдын алуға** және онымен байланысты жарақаттарды азайтуға бағытталған.

Аккредитация стандарттарының талаптарына сәйкес, аурухана құлаудың алдын алу бағдарламасын әзірлеп, енгізуі тиіс. Бұл бағдарлама әр пациенттің құлау қаупін бағалауды, жоғары қауіп тобына жататын пациенттерді арнайы белгілеуді (мысалы, белгі беретін білезіктерді қолдану), жоғары қауіп тобына кіретін пациенттердің қауіпсіздігін арттыруға бағытталған іс-шаралар тізімін, қауіп тобына жататын пациенттерді қауіпсіз мінез-құлық қағидаларымен таныстыруды және әрбір құлау оқиғасын талдауды қамтуы тиіс.

Пациенттің құлау қаупін бағалауға арналған бірыңғай, барлық медициналық ұйымдарға бірдей қолайлы әдіс әзірге жоқ. Ең кең таралған бағалау әдістеріне Морзе шкаласы (*Morse Fall Scale*) мен Хендрик II үлгісі (*Hendrich II Fall Risk Model*) жатады. Бұл әдістер көбіне құлауға бейім пациенттерді анықтау үшін қолданылады. Қай әдісті тандау медициналық ұйымның өз шешіміне байланысты [97–99].

Біріккен комиссияның деректеріне сәйкес, ауыр зардаптарға әкелетін құлау оқиғалары клиникалардағы барлық жағымсыз оқиғалардың 5%-дан астамын құрайды. Құлаудың салдары, әсіресе егде жастағы пациенттер үшін, өте ауыр болуы мүмкін – 65 жастан асқан пациенттер арасында аурухана ішіндегі құлаулар салдарынан болатын өлім-жітім 33,2%-ға дейін жетеді, негізінен жамбас мойнының сынуы мен бас-ми жарақаттарының салдарынан.

1999 жылдан 2020 жылға дейін АҚШ-та 65 жастан асқан адамдар арасында құлаудан болған өлім саны 10 097 жағдайдан 36 508-ге дейін өсті, бұл жас

бойынша түзетілген өлім-жітім көрсеткішінің (AAMR) 100 000 адамға шаққанда 29,4-тен 69,4-ке дейін артуына сәйкес келеді.

Австралияда 2019–2020 жылдары 65 жастан асқан адамдар арасында құлаудан болған 5 000 өлім тіркелген, бұл 100 000 тұрғынға шаққанда 122 жағдайды құрайды.

Бразилияда 1998 жылдан 2015 жылға дейін егде жастағы адамдар арасында құлаудан болған 54 673 өлім жағдайы тіркелген, бұл 4,5% өлім-жітім көрсеткішіне сәйкес келеді [101–102].

JAMA Network Open журналында 2023 жылы жарияланған STOP-FALLS зерттеуіне сәйкес, орталық жүйке жүйесіне әсер ететін препараттарды (анальгетиктер, седативтік заттар, психоактивті препараттар) қолдануды 47%-ға азайту егде жастағы пациенттер арасындағы құлау жиілігінің айтарлықтай төмендеуіне алып келді. Зерттеуге 60 жастан асқан 2367 адам қатысып, олар стационарда ем алған. Интервенциялық топта құлау қаупін арттыратын препараттарды қолдану 47%-ға төмендеп, құлау және жарақат алу жағдайларының азаюымен қатар жүрді [103]. Сонымен қатар, *Drugs & Aging* журналында 2022 жылы жарияланған жүйелі шолу және метаанализ опиоидтарды қолдану егде жастағы адамдарда құлау қаупін арттыратынын растайды. Бұл седативтік әсерге, бас айналу мен когнитивтік бұзылыстарға байланысты. Қауіп әсіресе күшті опиоидтарды қолданғанда жоғары және дозаға тәуелді болуы мүмкін. Емдеуді төмен дозалардан бастау және терапияны жалғастыру қажеттілігін үнемі қайта қарау ұсынылады [104].

Стационар жағдайындағы пациенттердің құлауы — жарақат алудың, мүгедектікке ұшыраудың және госпитализацияның ұзаруының ең жиі кездесетін әрі алдын алуға болатын себептерінің бірі болып қала береді, әсіресе егде жастағы адамдар арасында. *Age and Ageing* журналында 2022 жылы жарияланған жүйелі шолу мен метаанализдің деректері бойынша, пациенттер мен медициналық персоналға бағытталған оқыту бағдарламалары құлаулардың жиілігін азайтуда тиімді болып табылады. Бұл шаралар жалпы құлау жиілігін 30%-ға, ал құлау қаупін 38%-ға төмендетуге мүмкіндік берді (Heng et al., 2022). Мұндай тәсіл пациенттерге қауіп факторларын түсінуді қалыптастыруға, ал персоналға құлаудың алдын алуға арналған тұрақты іс-қимыл алгоритмдерін меңгеруге негізделген [105].

Алдын алудың тағы бір маңызды құрамдас бөлігі — емдеу мекемелеріндегі ұйымдық мәдениет пен тәуекелдерді басқару. АҚШ-тағы 60 ауруханада жүргізілген зерттеу нәтижесінде барлық мекемелер (100%) персоналды құлаудың алдын алу бойынша бастапқы оқытудан өткізетіні анықталғанымен, тек 22%-ы барлық қызметкерлерді, оның ішінде медициналық емес қызметкерлерді де оқытатыны белгілі болды, бұл алдын алу шараларының кешенді сипатын шектейді (Ganz et al., 2020). Сонымен қатар, тек 27% клиникаларда электрондық медициналық жазбалар жүйесіне седативтік және психоактивті препараттар сияқты құлау қаупін арттыратын дәрі-дәрмектерді тағайындау кезінде автоматты түрде ескерту беретін функция енгізілген [106].

1.3 Медициналық ұйымдағы тәуекелдерді басқарудың ұйымдастыру-әдістемелік тәсілдері

Тәуекелдерді басқару немесе риск-менеджмент – бұл жағымсыз нәтижелердің пайда болу ықтималдығын төмендетуге және қандай да бір қызметтің салдарынан туындауы мүмкін шығындарды азайтуға бағытталған басқарушылық шешімдерді қабылдау және іске асыру процесі.

Пациенттердің қауіпсіздігін қамтамасыз етудегі маңызды аспектілердің бірі – медициналық қателіктермен жұмыс істеу, яғни орын алған және ықтимал қателіктерді анықтау және болдырмау.

Медициналық қате – бұл пациенттің қауіпсіздігіне қауіп төндіретін, бірақ алдын алуға болатын, емдеу үдерісіндегі медициналық кемшілік, ол пациентке нақты зиян келтірілген-келтірілмегеніне қарамастан ескерілетін жағдай.

Потенциалды қате – бұл процестің қалыпты ағымынан кез келген ауытқу, ол нақты жағдайға әсер етпегенімен, қайталанған жағдайда елеулі медициналық қате немесе жағымсыз салдар туындау қаупін тудырады.

Бар жарияланымдар медициналық қателіктердің кеңінен таралғанын көрсетеді [107]. 2020 жылғы мәліметтер бойынша АҚШ-та медициналық қателіктер өлім себептері бойынша жүрек-қан тамырлары аурулары мен қатерлі ісіктен кейін үшінші орынды иеленген. Бұл дерек Джон Хопкинс университетінің докторы Мартин Макаэри жүргізген зерттеумен расталып, *The BMJ* журналында жарияланған. Зерттеу нәтижесінде АҚШ-та жыл сайын медициналық қателіктерден 250 000-нан астам адам қайтыс болатыны анықталған, бұл елдегі барлық өлім-жітімнің шамамен 9,5%-ын құрайды. Бұл мәселенің ауқымының нақты бағаланбауына себеп болатын факторлардың бірі – АҚШ-тың Ауруларды бақылау және алдын алу орталығы (CDC) қолданатын әдістеме. Өлім туралы куәліктерде тек негізгі өлім себебі көрсетіледі, сондықтан егер пациент дәрі-дәрмектің дозалануындағы қате салдарынан жүрек талмасынан қайтыс болса, онда өлім себебі жүрек талмасы ретінде тіркеледі, ал бұл жағдай медициналық қате ретінде есепке алынбайды.

Солтүстік Америка елдеріндегі статистикаға келсек, нақты деректер әр елдегі есеп жүргізу әдіснамасына байланысты өзгеріп отырады. Алайда Канада мен аймақтың басқа елдерінде де медициналық қателіктерге байланысты жағдайлар тіркеліп тұрады, бірақ олар түрліше жіктелуі мүмкін [101–110].

Қазіргі заманда азаматтық қоғам мен демократиялық идеялардың белсенді дамуы жағдайында адамның табиғи құқықтары, бостандықтары мен мүдделерінің бұзылуы (кейде бұзылғандай көрінуі де) бұқаралық ақпарат құралдарында кеңінен жарияланып, қоғамда теріс резонанс тудырады [111].

Медициналық араласулар санының үнемі артуы мен клиникалық үдерістердің күрделенуі жағдайында пациенттердің қауіпсіздігін қамтамасыз етуге жүйелі көзқарас ерекше мәнге ие болып отыр. Бұл саладағы негізгі құралдардың бірі – түпкі себептерді талдау әдісі (*Root Cause Analysis, RCA*), ол орын алған инциденттерді ретроспективті түрде зерттеп, болашақта олардың қайталануын болдырмауға бағытталған шешімдер әзірлеу үшін қолданылады.

RCA әдісі бастапқыда авиация мен ядролық энергетика сияқты жоғары қауіп төндіретін салалардан алынған және өзінің тиімділігін әлдеқашан дәлелдеген (Reason, 1990; JCI, 2007). Бұл – инциденттерді құрылымдалған түрде талдау тәсілі, оның мақсаты – қателіктің тек тікелей себебін ғана емес, сонымен қатар оған ықпал еткен жүйелік факторларды да анықтау. RCA шеңберінде үш негізгі сұрақ қарастырылады: не болды, неге болды және мұндай жағдайдың қайталанбауы үшін не істеу қажет.

2000-жылдардан бастап RCA әдісі денсаулық сақтау жүйесінде, әсіресе JCI стандарттары бойынша аккредиттелген мекемелерде кеңінен қолданылып келеді. 2020 жылы жүргізілген зерттеулерге сәйкес, RCA АҚШ пен Еуропадағы медициналық ұйымдарда жағымсыз оқиғалар бойынша ішкі тергеу жүргізудің негізі ретінде белсенді пайдаланылады (AHRQ, 2020; PSQH, 2020). АҚШ-тың Денсаулық сақтау сапасы және зерттеулері агенттігінің (AHRQ) есебінде RCA әдісі қауіпсіздік мәдениетін қалыптастыруға және жүйелік үдерістердегі әлсіз тұстарды анықтауға ықпал ететіні атап өтілген [112].

Алайда RCA әдісін қолдану белгілі бір шектеулерден тыс емес. Зерттеулер бұл тәсілге кедергі келтіретін келесі факторларды көрсетеді: талдау қатысушыларының жеткіліксіз дайындалуы, түзету шараларының әлсіз әзірленуі және ұсыныстарды енгізу үдерісін бақылаудың болмауы (BMC Health Services Research, 2020). Сонымен қатар, анықталған мәселелердің елеулі бөлігі басқарушылық шешімдер мен адами факторлармен байланысты, бұл мультидисциплинарлық командаларды, эргономика және жүйелік ойлау саласының мамандарын тартуды қажет етеді.

RCA әдісінің тиімділігін арттыру үшін халықаралық және ұлттық ұйымдар (атап айтқанда, ISMP және IHI) персоналды RCA негіздеріне оқытуды енгізуді, қауіпсіздік мәдениетін қалыптастыруды және түзету шараларының орындалуын бақылауды қамтамасыз етуді ұсынады [113, 114].

Әрбір RCA түзету шаралары жоспарының әзірленуімен аяқталуы тиіс. JCI стандарттары түзету әрекеттері жоспарының түзетілетін үдеріс қолданылатын барлық бөлімшелерді қамтуын, сондай-ақ келесі 4 негізгі бөлімді қамтуды талап етеді:

1. Тікелей түзету шаралары.
2. Оқыту: персоналды орын алған қателікпен таныстыру, сондай-ақ түзету шаралары үдерістегі өзгерістерді көздесе – сол өзгерістер бойынша оқыту.
3. Мониторинг: мониторингке арналған сандық көрсеткішті анықтау және үдеріске ерекше назар аударып, оны 3–6 ай аралығында тұрақты бағалау.
4. Жоспардың орындалуы туралы есеп пен әрі қарайғы ұсыныстар [115].

1.4 Пациенттер қанағаттануын зерттеу әдістемелік тәсілдерін талдау

Пациент пен оның отбасын жоғары деңгейде қанағаттандыру – медициналық көмектің сапасы тұжырымдамасының ажырамас бөлігі болып табылады. Әдеби деректер пациенттің қанағаттануы тек көрсетілген сервистік қызметтердің деңгейін ғана емес, сонымен қатар медициналық жүйемен өзара әрекеттестіктің барлық аспектілерін – клиникалық нәтижелерді, медициналық персоналмен коммуникацияны және емдеу үдерісінің ұйымдастырылуын кешенді бағалауды білдіретінін атап көрсетеді [116].

Соңғы жылдардағы зерттеулер пациенттердің жоғары қанағаттану деңгейі олардың тағайындалған емге бейілділігіне оң әсер ететінін көрсетеді. Сапалы әрі құрметпен көрсетілген медициналық көмекті алған пациенттер дәрігерлердің ұсынымдарын жиі сақтайды, дәрілерді белгіленген тәртіппен қабылдайды және кейінгі консультацияларға келеді [119]. Бұл әсіресе созылмалы аурулар кезінде маңызды, өйткені терапияға бейілділік клиникалық нәтижелермен және денсаулық сақтау шығындарының азаюымен тікелей байланысты [118].

Алматы қаласында жүргізілген зерттеу барысында халықтың медициналық көмекке қанағаттануы дәрігердің кәсібилігіне қарағанда, ұйымдық аспектілерге — күту уақытына, мамандардың қолжетімділігіне, қарым-қатынастың сапасына және пациенттердің хабардар болу деңгейіне — көбірек байланысты екені анықталды [116]. Осыған ұқсас деректер Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығының жарияланымдарында ұсынылған, онда клиникалық тиімділікпен қатар, емдеу үдерісінің пациент үшін жайлы болуының маңыздылығы атап өтіледі.

Қазақстанда ұлттық деңгейде пациенттердің қанағаттануын мониторингтеу бастамалары іске асырылуда. Мәселен, 2022 жылы *Datumed* мобильді қосымшасы арқылы медициналық көмек алған пайдаланушылардың 94%-дан астамы қызметке оң баға берген [117]. Бұл медициналық мекемелердің көрсетілетін қызметтердің сапасына деген ашықтығы мен жауапкершілігінің артып келе жатқанын растайды.

Әдеби деректерде пациенттің қанағаттануы – бұл ұсынылатын медициналық қызметтердің субъективті бағалары мен объективті сипаттамаларын қамтитын көпқұрамды ұғым екені көрсетілген [120]. Бұл ұғым келесі аспектілерді қамтиды: көмектің қолжетімділігі мен дер кезінде көрсетілуі, медициналық персоналмен коммуникация сапасы, денсаулық сақтау ұйымындағы болу жағдайлары, дәрігерлер мен медбикелердің біліктілігі, пациенттің хабардар болу деңгейі, эмоционалдық қолдау және т.б.

Сондықтан пациенттердің қанағаттануын өлшеуге арналған бірыңғай әдістемелік тәсілдерді әзірлеу және оларды денсаулық сақтау практикасына енгізу – ұлттық сапа бағалау жүйесін қалыптастыру жолындағы қажетті қадам болып табылады. Бұл, әсіресе, медициналық көмектің сапасын басқару бағдарламаларын іске асыру, денсаулық сақтау мекемелерінің тиімділігін арттыру және олардың қызмет нәтижелерін бақылау жүйесін жетілдіру аясында өзекті болып отыр [121].

Осылайша, пациенттің қанағаттануы медициналық көмектің сапасының маңызды интегративті көрсеткіші болып табылады және емдеу-алдын алу қызметінің тиімділігін бағалау құралы ретінде қолданылуы мүмкін. Қанағаттану деңгейінің артуы денсаулық сақтау жүйесіне деген сенімнің нығаюына және пациенттердің терапияға тұрақты бейілділігінің қалыптасуына ықпал етеді, бұл оны қазіргі клиникалық-ұйымдастырушылық стратегияның негізгі элементтерінің біріне айналдырады.

1.5 Медициналық көмек сапасын басқарудағы шағымдарды қарау жүйесінің рөлі

Қазіргі жағдайда медициналық көмектің сапасын басқару жүйесінің маңызды құрамдас бөлігі – пациенттермен тиімді кері байланысты ұйымдастыру, оның ішінде шағымдар мен өтініштерді қарастыру болып табылады. Бұл қағидатты іске асыру құралдарының бірі – медициналық ұйымдарда шағымдарды қарау жөніндегі комиссиялардың қызметі.

Бірқатар клиникалардың тәжірибесі негізінде әрбір пациенттің өтінішін арнайы комиссия талдайтыны атап өтіледі, бұл комиссияның мақсаты – шағымның негізділігін анықтау. Мұндай тәсіл шағымдарды объективті қарауды қамтамасыз етеді және түзетуге бағытталған басқарушылық шешімдер қабылдауға ықпал етеді.

Негізді шағымдар медициналық персонал жұмысының сапасын бағалауға тікелей әсер ететіндігі қағидатты маңызды мәселе болып табылады. Кейбір мекемелерде бір негізді шағым дәрігердің қызметін ішкі бағалау жүйесі бойынша 4 баллға төмендетеді, бұл кері байланысты тек реттеуші ғана емес, сонымен қатар уәждеуші механизмге айналдырады. Бұл тәсіл медициналық қызметкерде пациентпен өзара әрекеттестіктің әр кезеңі үшін жауапкершілік сезімін қалыптастырады және көрсетілетін көмектің сервистік әрі клиникалық құрамдасын жақсартуға ынталандырады.

Мұндай практика пациент пен медициналық ұйым арасындағы өзара қарым-қатынасты жақсартуға ғана емес, сонымен қатар денсаулық сақтау жүйесінің ашықтығын арттырып, қоғам тарапынан сенімділіктің нығаюына ықпал етеді. Шағымдарды талдау жүйесінің тиімді жұмыс істеуі қайталанатын проблемаларды анықтауға, оларды жою шараларын қалыптастыруға және алынған деректерді ішкі сапа бақылау үдерістеріне енгізуге мүмкіндік береді [122–126].

2 ЗЕРТТЕУДІҢ МАТЕРИАЛДАРЫ МЕН ӘДІСТЕРІ

Осы зерттеудің мақсаты мен міндеттеріне сәйкес оны жүргізудің бағдарламасы мен әдістемесі әзірленді.

Зерттеу бағдарламасы (1-кесте) келесі негізгі бағыттар бойынша жұмыстар жүргізуді көздеді:

– денсаулық сақтау саласында стандарттауды қолдану тәжірибесі туралы қазіргі көзқарастар нормативтерді формалды сақтаудан медициналық көмектің сапасы мен қауіпсіздігін басқарудың стратегиялық құралына көшу үдерісін көрсетеді;

– медициналық көмектің сапасы мен қауіпсіздігінің ағымдағы жағдайын бағалау жаһандық және отандық жағдайларды қарастыруды талап етеді;

– Орталықта клиникалық және ұйымдастырушылық үдерістерді қамтитын стандарттау жүйесін әзірлеу және енгізу арқылы медициналық көмектің сапасы мен қауіпсіздігін арттыру;

– енгізілген стандарттау жүйесінің Орталықтағы медициналық көмектің сапасы мен қауіпсіздігіне әсерін негізгі көрсеткіштер, пациенттер мен персоналдан алынған кері байланыс, сондай-ақ ұйымдастырушылық үдерістердің тиімділігі негізінде бағалау;

– медициналық ұйымды аккредиттеуге дайындау және оны өту бойынша ұйымдастырушылық технологияларды әзірлеу.

Кесте 1 – Диссертациялық зерттеу бағдарламасы

Зерттеу кезеңі	Зерттеу нысаны	Зерттеу әдісі	Нәтижесі
1	2	3	4
1 кезең			
Денсаулық сақтауда стандарттауды қолдану тәжірибесі туралы қазіргі көзқарас	Шетелдік және отандық ғылыми ақпараттың 155 көзі	Ақпараттық-талдамалық Библиографиялық	Тақырыптың өзектілігін негіздеу. Зерттеуді ұйымдастыру мен жүргізудің ғылыми-әдістемелік тәсілдерін әзірлеу. Мақсат пен міндеттерді айқындау, зерттеу нысандары мен әдістерін анықтау.
2 кезең			
Медициналық көмектің сапасы мен қауіпсіздігінің қазіргі жағдайына баға беру.	Орталық қызметіне стандарттауды енгізу үшін ресурстық мүмкіндіктерге	ақпараттық-талдамалық	Мекеменің ресурстық мүмкіндіктеріне кешенді талдау

Іші-кестенің жалғасы

1	2	3	4
	кешенді талдау жүргізу, түрлі стандарттау жүйелерін салыстыру және медициналық ұйымның мақсаттары мен міндеттерін ескере отырып енгізуге арналған жүйені таңдау, ұлттық сапа стандарттарына сәйкестігін растау, аккредитациядан өту.		жүргізілді, ұйымның мақсаттары мен міндеттерін ескере отырып, түрлі стандарттау жүйелері салыстырылып, ең тиімдісі дәлелді түрде таңдалды.
3 Кезең			
Медициналық көмектің сапасы мен қауіпсіздігін арттыру құралы ретінде стандарттау жүйесін енгізу.	Медициналық қызмет сапасы мен қауіпсіздігінің негізгі көрсеткіштерін анықтау, пациент қауіпсіздігінің әртүрлі аспектілерін қамтамасыз ету стратегиясын әзірлеу; қауіпсіздік стратегияларын енгізгеннен кейін таңдалған сапа көрсеткіштерінің динамикасын бағалау.	ақпараттық-талдамалық	Медициналық көмектің сапасы мен қауіпсіздігін арттыруды қамтамасыз ететін, әзірленген және сынақтан өткізілген медициналық қызметті стандарттау стратегиясы негізгі көрсеткіштердің динамикасын талдау арқылы расталды.
4 Кезең			
Орталықта стандарттау жүйесін енгізудің нәтижелілігін бағалау.	Персоналға сауалнама жүргізу. Пациенттердің қауіпсіздігін арттыруға арналған кешенді жоспар енгізілгеннен кейін қауіпсіздік мәдениетінің негізгі көрсеткіштері динамикасына баға беру. Пациенттерге сауалнама жүргізу	Статистикалық, ақпараттық-талдамалық, социологиялық	Қауіпсіздік мәдениеті, пациенттер мен персоналдың қанағаттану көрсеткіштерінің іс-шараларды іске асыруға дейінгі және кейінгі салыстырмалы талдауы негізінде кешенді стандарттау жүйесін енгізудің тиімділігін бағалау.

Іші-кестенің жалғасы

1	2	3	4
---	---	---	---

	және оның нәтижелерін талдау: Орталық персоналымен пациенттерінің кешенді стандарттау жүйесі енгізілгенге дейінгі және кейінгі қанағаттану деңгейін бағалау.		
5 Кезең			
Медициналық ұйымды аккредиттеуге дайындау және оны ету бойынша ұйымдастырушылық технологияға қатысты ұсыныстар әзірлеу.	Зерттеу нәтижелері	талдамалық	Орталықтың белгіленген сапа және стандарттау критерийлеріне сәйкестігі моделін енгізу, сондай-ақ сапаны басқару үдерістері шеңберінде үздіксіз жетілдіру жүйесін қалыптастыру.

Зерттеу нысаны – Қалалық кардиология орталығы.

Зерттеу пәні – халықаралық сапа стандарттарын және әртүрлі қауіпсіздік стратегияларын енгізудің көпсалалы стационардың медициналық қызмет сапасына, пациенттер мен персоналдың қанағаттануына әсері.

Зерттеу базасы – Алматы қаласындағы «Қалалық кардиология орталығы» шаруашылық жүргізу құқығындағы КМК. Жұмыста тәжірибені зерделеу және жинақтау, статистикалық әдіс, ресурстық мүмкіндіктерге кешенді талдау әдісі, жүйелік талдау әдісі, құрылымдық-функционалдық талдау әдісі, социологиялық әдіс, сараптамалық бағалау әдісі, ұйымдастырушылық модельдеу және ұйымдастырушылық экспериментті қамтитын кешенді әдістеме қолданылды.

Зерттеу міндеттеріне байланысты бақылау бірліктері ретінде нормативтік-құқықтық құжаттар, тіркелген қателіктер мен инциденттер туралы хабарламалар, медициналық құжаттама, пациенттер мен дәрігерлер алынды.

Зерттеу тақырыбы бойынша қажетті деректерді жинау үшін ақпаратты жинау және өңдеуге арналған әдістемелік және техникалық тәсілдер жүйесінен тұратын зерттеу құралдары әзірленді. Бұл тәсілдер бастапқы деректерді жинау әдістемесінде, қажетті іріктемені анықтауда, сауалнама парақтарын (анкета) әзірлеуде және алынған материалдарды талдауда көрініс тапты.

Зерттеу 2017–2023 жылдар аралығында әзірленген бағдарлама бойынша бірнеше кезеңмен жүргізілді.

Бірінші кезеңде стандарттаудың әртүрлі жүйелерін енгізу тәжірибесіне арналған отандық және шетелдік ғылыми жарияланымдарға талдамалық шолу жүргізілді. Медициналық ұйым жұмысының стандарттау мәселелеріне қазіргі көзқарастар зерделеніп, пациенттердің қауіпсіздігі, медициналық көмектің сапасын

басқару және әртүрлі стандарттау жүйелерін енгізу мәселелеріне арналған отандық және шетелдік ғалымдардың пікірлері талданды. Бірінші кезеңде ақпарат жинау әдісі ретінде отандық және шетелдік ғылыми басылымдардағы деректерді библиографиялық зерттеу қолданылды.

Екінші кезеңде түрлі стандарттау әдістерінің артықшылықтары мен кемшіліктеріне баға беріліп, ең оңтайлы стандарттау жүйесі таңдалды.

Үшінші кезеңде медициналық қызмет сапасын сипаттайтын негізгі қызмет көрсеткіштері, сондай-ақ пациенттердің қауіпсіздігін және медициналық көмектің сапасын арттыруға бағытталған негізгі стратегиялар анықталды. Бұл көрсеткіштер мен стратегиялар сараптамалық бағалау нәтижелерінің талдауы негізінде белгіленді. Стационардың ресурстық мүмкіндіктеріне, пациенттердің нозологиялық және медико-демографиялық құрамына кешенді талдау нәтижелеріне сүйене отырып, 2017–2023 жылдар аралығында медициналық көмектің сапасы мен пациенттердің қауіпсіздігін арттыру стратегияларын енгізудің ғылыми негізделген әдіснамалық тәсілдері әзірленді және оларды іске асыруға арналған іс-шаралар кешені дайындалды.

Стационарда медициналық көмектің сапасы мен пациенттердің қауіпсіздігін арттыру стратегиясын халықаралық сапа стандарттарының талаптарын ескере отырып әзірлеу және оны практикалық түрде іске асыру медициналық қызметтің сапасын жақсартуға мүмкіндік беретін жағдайлар мен факторлар топтарын анықтауға, стратегияны енгізу кезіндегі негізгі қиындықтар мен кедергілерді бөліп көрсетуге, сондай-ақ медициналық ұйым үшін стандарттаудың оңтайлы моделін таңдауға әсер ететін факторларды айқындауға мүмкіндік берді.

Одан кейін таңдалған медициналық қызмет көрсеткіштеріне кешенді талдау жүргізіліп, стандарттау енгізілгеннен кейінгі динамикасы бағаланды. Алынған нәтижелер стационар жағдайындағы медициналық қызмет сапасы мен қауіпсіздігін сипаттайтын жинақталған көрсеткіштер ретінде қарастырылды.

Осы кезеңдегі ақпарат көзі ретінде медициналық құжаттама пайдаланылды, ал зерттеу әдістері ретінде библиографиялық әдіс, ақпараттық-талдамалық әдіс, статистикалық әдіс және социологиялық әдіс қолданылды. Статистикалық материал дәстүрлі өңдеу тәсілдері арқылы талданды: орташа шамаларды есептеу, орташа шамалардың өзара қатынас көрсеткіштерін анықтау, динамикалық қатар көрсеткіштерін шығару.

Зерттеу деректерін талдау MS Windows операциялық жүйесіне арналған «SPSS Statistics 21.0» статистикалық бағдарламалық пакеттерін қолдану арқылы жүргізілді. Шамалардың айырмашылықтарының статистикалық мәнділігін анықтау үшін Стьюденттің тәуелсіз екі таңдамаға арналған t-критерийі пайдаланылды. Осылайша, қателіксіз болжамның 95% және одан жоғары ықтималдығын қамтамасыз ету үшін, $t > 2$ болған жағдайда, әрбір жиынтық бойынша таңдаманың қажетті көлемі кемінде 100 бақылау бірлігін құрауы тиіс.

Статистикалық өңдеу деректерді топтауды, қарапайым және комбинациялық кестелерді құруды, негізгі көрсеткіштерді есептеуді қамтыды.

Төртінші кезеңде орталықта стандарттау жүйесін енгізудің тиімділігіне кешенді баға берілді. Бұл кезең іске асырылған іс-шаралардың мекеме қызметінің негізгі аспектілеріне — персонал мен пациенттердің қанағаттану

деңгейіне, сондай-ақ қауіпсіздік мәдениетінің деңгейіне әсерін анықтауды көздеді.

Кезең аясында сандық талдау әдістері (стандарттау жүйесін енгізуге дейінгі және кейінгі көрсеткіштерді статистикалық өңдеу) және сапалық әдістер (сауалнама жүргізу, сараптамалық бағалау, пікірлер мен ескертулерді талдау) қолданылды.

Келесі көрсеткіштерге салыстырмалы талдау жүргізілді:

– еңбек жағдайларына, үдерістерді ұйымдастыруға және стандарттардың сақталуына қатысты персоналдың қанағаттану деңгейі;

– медициналық көмектің сапасына, қауіпсіздік деңгейіне және коммуникация ашықтығына қатысты пациенттердің қанағаттану деңгейі;

– қауіпсіздік мәдениетінің көрсеткіштерінің динамикасы (ішкі инциденттердің, қателіктердің, шағымдардың, ерікті хабарламалардың жиілігі, оқытуға қатысу деңгейі және т.б.).

Бағалау екі уақыттық кесіндіде жүргізілді — іс-шаралар кешені енгізілгенге дейін және оны іске асырғаннан кейін 12 ай өткен соң.

Сауалнама Локалдық этикалық комиссияда бекітілген арнайы анкеталар негізінде өткізілді. Сонымен қатар, ішкі есептер мен клиникалық процестердің жай-күйін, клиникалық қауіп деңгейін және пәнаралық өзара әрекеттестіктің тиімділігін көрсететін статистикалық мәліметтер талданды.

Төртінші кезеңнің нәтижелері енгізілген стандарттау жүйесінің нәтижелілігін объективті түрде бағалауға, оның қауіпсіздік деңгейінің артуына, бұзушылықтар санының азаюына және медициналық үдерістің барлық қатысушыларының қанағаттануының өсуіне ықпалын растауға мүмкіндік берді.

Таңдалған зерттеу нысандары мен әдістері қойылған міндеттерді шешуге, статистикалық жағынан сенімді нәтижелер алуға мүмкіндік берді; зерттеудің ұзақтығы қарастырылған аспектілердің заңдылықтарын анықтауға және жаңа ұйымдастырушылық технологиялардың тиімділігін бағалауға мүмкіндік жасады.

3-ТАРАУ ӨЗІНДІК ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕЛЕРІ

3.1 Медициналық көмектің сапасы мен қауіпсіздігіне баға беру

Көрсетілетін медициналық көмектің сапасы мен қауіпсіздігіне баға беру мақсатында 2016 жылғы Ұлттық аккредиттеу орталығының қолданыстағы аккредитация стандарттарына сәйкес Қалалық кардиология орталығының (ҚҚО) қызметіне кешенді бағалау жүргізілді. Барлығы 99 негізгі және стационардың бейініне (жедел коронарлық синдром) сәйкес 11 мамандандырылған стандарт бағаланды, анықталған сәйкессіздіктер бойынша түзету шаралары көрсетілді [131–133].

Сапа және қауіпсіздік мәселелері бойынша келесі стандарттар таңдалды: қауіпсіздік мәдениеті, медициналық қызмет сапасын басқару, тәуекелдерді басқару.

Стандарт: Қауіпсіздік мәдениеті.

Аталған стандарт келесіні көздейді: ұйым басшылығы қауіпсіздік мәдениетін енгізіп, қолдайды, инциденттерді анықтауды ынталандырады және жұмысты жақсартуға бағытталған жүйелі шаралар қабылдайды. Бұл — ұжымда жазалауға негізделмейтін орта қалыптастыру, мұнда пациенттің қауіпсіздігі кәсіби ынтымақтастықтан жоғары қойылады.

Стандарт шеңберінде келесі индикаторлар зерделенді:

– ұйым басшылары мен медициналық персонал «қауіпсіздік мәдениеті», «инцидент», «потенциалды қате», «қате», «экстремалды оқиға» ұғымдарына және инциденттер туралы хабарлау мен тергеу ережелеріне оқытылған болуы тиіс;

– медициналық ұйымда жоғары тәуекелді (соттық талаптар қауіпі жоғары) процедуралар мен оталарды орындайтын медицина қызметкерлерінің кәсіби жауапкершілігін сақтандыру (кепілдендіру) процесі енгізілген болуы тиіс;

– инциденттерді анықтау, құжаттау және мониторинг жүргізу үшін жауапты тұлғалар белгіленуі тиіс;

– медициналық ұйымның бекітілген рәсімдеріне сәйкес инциденттерді тіркеу және хабарлау процесі енгізілген болуы тиіс;

– қызмет сапасын арттыру мақсатында ұйым басшылығы мәселелердің алдын алу және тәуекелдерді азайту үшін жүйелі шаралар қабылдауы тиіс.

Алайда келесі сәйкессіздіктер анықталды:

– құрылымдық бөлімшелердің қызметкерлері «қауіпсіздік мәдениеті», «инцидент», «потенциалды қате», «қате», «экстремалды оқиға» ұғымдарына оқытылмаған;

– инциденттер туралы есептер тіркелмейді;

– инциденттер туралы есептерді тіркеу журналы жүргізілмейді;

– алдыңғы жылдардағы инциденттерге талдау жүргізілмеген;

– қызметкерлер инцидент туралы есепті беру тәртібіне оқытылмаған;

– медицина қызметкерлерінің кәсіби жауапкершілігін сақтандыру ережелері әзірленбеген;

– жоғары тәуекелді процедуралар мен оталарды орындайтын медицина қызметкерлерін сақтандыру бойынша сақтандыру компаниясымен келісімшарт жасалмаған.

Стандартты енгізу және қолдау үшін келесі *түзету шараларын* іске асыру қажет:

1. ҚКО персоналына «қауіпсіздік мәдениеті», «инцидент», «потенциалды кате», «кате», «экстремалды оқиға» ұғымдарына, сондай-ақ инциденттер туралы хабарлау және тергеу ережелеріне қайта оқыту жүргізу;

2. Алдыңғы жылдардағы инциденттер бойынша деректерге талдау дайындау;

3. ҚКО-де қауіпсіздік мәдениеті мәселелері бойынша қызметкерлерді оқытуға арналған оқу-әдістемелік материалдарды әзірлеу. Оқытуды растайтын құжаттарды дайындау (оқыту хаттамасы және қатысушылар тізімі);

4. Қызметкерлердің жұмыс орындарында инцидент туралы есептің баспа түріндегі нысанының болуын қамтамасыз ету;

5. ПҚІБҚ инцидент туралы есептерді тіркеу журналының нысанын әзірлеуі қажет;

6. Инциденттер туралы есептерді есепке алу және мониторинг жүргізуге жауапты тұлғаны анықтау. Міндеттерін лауазымдық нұсқаулыққа енгізу немесе директордың бұйрығымен бекіту;

7. Медицина қызметкерлерінің кәсіби жауапкершілігін сақтандыру ережелерін әзірлеп, бекіту;

8. Жоғары тәуекелді процедуралар мен оталарды орындайтын медицина қызметкерлерін сақтандыру бойынша сақтандыру компаниясымен келісімшарт жасасу.

Стандарт: Сапаны басқару.

Аталған стандарт келесіні көздейді: медициналық ұйымда медициналық қызметтер сапасын басқару бойынша қызметті жүзеге асыратын жауапты тұлға айқындалады және медициналық қызметтер сапасын жақсарту жөніндегі жұмыстың негізгі бағыттарын анықтайтын бағдарлама немесе жоспар бекітіледі.

Стандарт шеңберінде келесі индикаторлар зерттелді:

– медициналық қызмет сапасын басқаруға жауапты тұлға сапаны жақсарту саласында қажетті білім мен дағдыларға ие;

– медициналық ұйымның басқару органы медициналық ұйымның барлық құрылымдық бөлімшелерінің қатысуымен медициналық қызмет сапасын үздіксіз жақсарту және пациент қауіпсіздігін арттыру жөніндегі бағдарлама немесе іс-шаралар жоспарын жыл сайын бекітеді;

– медициналық қызмет сапасын үздіксіз жақсарту бағдарламасында «экстремалды оқиға» ұғымына анықтама беріледі;

– экстремалды оқиға міндетті түрде тергелуге жатады және оның нәтижелері туралы медициналық ұйым басшылығы, мүдделі пациент(тер), сондай-ақ медициналық ұйымның басқару органы хабардар етіледі (тоқсандық есепте қабылданған шаралар көрсетіледі);

– медициналық ұйым персоналы қызметті мониторингтеу нәтижесінде алынған статистикалық деректерді дұрыс қолдану және сапаны жақсарту әдістеріне (құралдарына) оқытылады.

Анықталған сәйкессіздіктер:

- сапаны үздіксіз жақсарту бағдарламасы жоқ;
- экстремалды оқиғаларға қатысты ережелер әзірленбеген.

Стандартты енгізу және қолдау үшін келесі ***түзету шараларын*** жүзеге асыру қажет:

1. Сапаны үздіксіз жақсарту бағдарламасын әзірлеп, бақылау кеңесінде бекіту;
2. Бағдарламаға «экстремалды оқиға» ұғымдарын және оларға қатысты жағдайларды қосу;
3. Экстремалды оқиғалар бойынша ережелерді әзірлеп, бекіту;
4. Сапаны жақсарту бағдарламасы және экстремалды оқиғалар бойынша қызметкерлерге оқыту өткізу (оқыту хаттамасы мен қатысушылар тізімімен).

Стандарт: Сапаны үздіксіз арттыру.

Аталған стандарт келесіні көздейді: медициналық ұйымда медициналық қызметтер сапасы мен пациенттердің қауіпсіздігін үздіксіз арттыру бағдарламасы енгізіледі.

Стандарт аясында келесі индикаторлар зерделенді:

– басшылық жыл сайын бүкіл медициналық ұйым үшін де, жекелеген құрылымдық бөлімшелер үшін де медициналық қызмет сапасын және пациент қауіпсіздігін арттырудың басым индикаторларын (бұдан әрі – индикаторлар) айқындауға қатысады;

– негізгі индикаторларға қол жеткізу көрсеткіштері медициналық ұйымның тоқсан сайынғы негізгі қызмет туралы есептеріне енгізіледі;

– құрылымдық бөлімшелер индикаторлары өлшенетін болуы тиіс: есептеу формулалары (қажет болған жағдайда бөлім және бөлімше көрсетіледі), күтілетін шекті мәндер айқындалады;

– деректер жинау және индикаторларға талдау жүргізіледі;

– Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес, медициналық ұйымның ішкі рәсімдерімен бекітілген клиникалық аудит жүргізіледі;

– клиникалық аудит нәтижелері медициналық қызмет сапасын арттыру шараларын әзірлеу кезінде пайдаланылады;

– Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес пациенттердің қанағаттануына сауалнама жүргізіледі;

– сауалнама нәтижелері медициналық қызмет сапасын арттыру шараларын әзірлеу кезінде ескеріледі;

– тиісті комиссия отырыстарында клиникалық жағдайлар талданады, олардың нәтижелері клиникалық қызметті жақсарту үшін қолданылады.

Анықталған сәйкессіздіктер:

– индикаторларды әзірлеу және мониторинг жүргізу ережелері әзірленбеген;

– ҚКО-нің алдыңғы жылдарға арналған жалпы бекітілген мониторингтелетін индикаторлар тізімі жоқ, құрылымдық бөлімшелерге тән индикаторлар қамтылмаған.

Стандартты енгізу және қолдау үшін келесі *түзету шараларын* жүзеге асыру қажет:

1. Индикаторларды әзірлеу және мониторинг жүргізу ережелерін әзірлеп, бекіту. Медициналық ұйым және оның жекелеген құрылымдық бөлімшелері үшін пациент қауіпсіздігі мен медициналық қызмет сапасын арттырудың басым индикаторларының жинақталған тізімін жасап, бекіту (өткен жыл үшін);

2. ПҚІБҚ индикаторлардың орындалуына уақтылы талдау жүргізуі қажет. Мониторинг және талдау нәтижелері бойынша тоқсан сайын есеп дайындап, ҚКО қызметкерлерін таныстыру;

3. Әрбір индикатор бойынша есептеу формулаларын әзірлеу (қажет болса, бөлім мен бөлімше көрсетіледі), күтілетін шекті мәндерді белгілеу;

4. ПҚІБҚ Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы 3 желтоқсандағы № ҚР ДСМ-230/2020 бұйрығына сәйкес, «Медициналық қызметтердің (көмектің) сапасына ішкі және сыртқы сараптаманы ұйымдастыру және жүргізу қағидаларын бекіту туралы» міндетті сараптамаға жататын жағдайлар тізімін, медициналық карталарға сараптама жүргізу кестесін және сараптама нәтижелерін дайындауы қажет;

5. Пациенттер мен бөлімше қызметкерлері сауалнамаларының нәтижелерімен таныстыру;

6. ҚКО сайтында көрсетілетін қызметтердің сапасына пациенттердің қанағаттануы туралы ақпаратты (көрсеткішті) орналастыру.

Стандарт: Тәуекелдерді басқару.

Аталған стандарт келесіні көздейді: медициналық ұйымда тәуекелдерді басқару бағдарламасы енгізіледі.

Стандарт аясында келесі индикаторлар зерделенді:

– мақсаты, міндеттері, құжаттың қолдану аясы көрсетілген бекітілген тәуекелдерді басқару бағдарламасы;

– тәуекелдер тізілімі үлгісі және тәуекелдерді бағалау әдісі;

– тәуекелдерді басқару қызметін жүзеге асыратын бекітілген жауапты тұлға;

– персоналды оқыту талаптары;

– тәуекел түрлері (стратегиялық, клиникалық, қаржылық және басқа);

– тәуекелдерді жою жөніндегі іс-қимыл жоспарының үлгісі және әрбір елеулі тәуекелге қатысты әрекет жоспарын әзірлеу талабы;

– мүдделі тараптарды тәуекелдер туралы хабардар ету талабы.

Тәуекелдерді басқару жөніндегі бекітілген бағдарлама медициналық ұйым қызметкерлері тарапынан жүзеге асырылады. Олар келесі үдерістерге қатысады:

– тәуекелдерді анықтау,

– тәуекелдер туралы хабарлау,

– тәуекелдерді бағалау және басымдықтарын айқындау,

– инциденттерді (потенциалды қателер, нақты қателер, экстремалды оқиғалар) талдау,

– әрекет жоспарын әзірлеу және іске асыру.

Құрылымдық бөлімше басшылары мен медициналық ұйым қызметкерлері өз бөлімшелерінде клиникалық, техногендік және ұйымдастырушылық ерекшеліктерге байланысты туындауы мүмкін жағымсыз оқиғалар (тәуекелдер) туралы хабардар болуы тиіс. Тәуекелдерді үздіксіз бағалау жүргізілуі қажет.

Тәуекелдер туралы ақпарат көздері: инциденттер, медицина қызметкерлері, бақылаулар, құжаттамаларды шолу, пациенттер мен олардың заңды өкілдері.

Тәуекелдерді басқару бағдарламасын толық іске асыру, **тәуекелдерді азайту немесе жою бойынша шаралар қабылдануы тиіс (тәуекелдерді азайту бойынша іс-қимыл жоспары жыл сайын жасалып, жаңартылып, түзетіледі).**

Анықталған сәйкессіздік: – алдыңғы жылдарға арналған тәуекелдерге талдау жүргізілмеген.

Стандартты енгізу және қолдау үшін келесі **түзету шараларын** іске асыру қажет:

1. Алдыңғы жылдардың нәтижелері бойынша тәуекелдерге талдау дайындау және ағымдағы жылға арналған тәуекелдер тізілімін жасау;

2. Құрылымдық бөлімше басшылары мен қызметкерлердің бар тәуекелдер туралы хабардарлығы жөнінде отырыс хаттамаларын жасап, проблемаларды талдау мен жою бойынша ұсыныстар енгізу;

3. Тәуекелдерді басқару жоспарын мониторингтеу, тиімділігін бағалау және қайта қарау нәтижелері бойынша материалдар дайындау;

4. Ағымдағы жылға арналған тәуекелдер тізілімін жасау және қызыл аймақтағы тәуекелдер бойынша іс-шаралар жоспарын дайындау. Тәуекелдерді азайту жоспарын орындауды растайтын құжаттар дайындау (ПҚІБҚ отырысында тоқсан сайынғы есеп);

5. Тәуекелдер тізілімін бөлімшелерге тарату;

6. Тәуекелдерді тіркеу және мониторинг жүргізуге жауапты тұлғаны анықтау. Тәуекелдерге қатысты міндеттерді лауазымдық нұсқаулықта бекітіп, міндеттер жүктелгені туралы бұйрық шығару.

Стандарт: Клиникалық хаттамалар.

Аталған стандарт келесіні көздейді: медициналық ұйымның басшылығы медициналық қызметкерлер тарапынан клиникалық хаттамаларды қолдану және енгізу барысын бақылап отырады.

Стандарт аясында келесі индикаторлар зерделенді:

– медициналық ұйым басшылығы диагностикалау және емдеу бойынша клиникалық хаттамаларды (бұдан әрі – клиникалық хаттамалар) енгізу және қолдану барысын мониторингтейді;

– клиникалық хаттамаларды енгізу және қолдану барысын бақылауға жауапты тұлғалар анықталған;

– клиникалық хаттамаларды енгізу бойынша мониторинг шаралары

Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес ішкі сараптама жоспарлы іс-шаралары шеңберінде жүзеге асырылады;

– клиникалық аудит медициналық карталарды ретроспективті және (немесе) ағымдағы талдау арқылы жүргізіледі, олардың дәлелді медицинаға негізделген клиникалық хаттамалар талаптарына сәйкестігі тексеріледі;

– клиникалық аудит нәтижелері медицина қызметкерлерімен кері байланыс, оқыту және басқа да сапаны арттыру іс-шараларында пайдаланылады.

Анықталған сәйкессіздік:

– клиникалық хаттамаларды енгізу және қолдануды мониторингтеу бойынша бағдарлама / рәсімдер / СОП ұсынылмаған;

– клиникалық хаттамаларды енгізу және қолдануды бақылауға жауапты тұлға тағайындалмаған;

– жалпы файл алмасу жүйесінде ақпарат жаңартылмаған.

Стандартты енгізу және қолдау үшін келесі ***түзету шараларын*** іске асыру қажет:

1. Медициналық карталарға жүргізілген клиникалық аудит нәтижелері бойынша кері байланысты растайтын құжаттар дайындау (тиісті комиссия отырыстарының хаттамалары);

2. Клиникалық хаттамаларға қолжетімділікті көрсету үшін, клиниканың желілік кеңістігіндегі файл алмасу жүйесін пайдаланудан гөрі, пайдаланушылардың жеке компьютерлеріндегі браузерлерге клиникалық хаттамаларға апаратын тұрақты сілтемелер орнату – үздік тәжірибе болып саналады.

Стандарт: Ішкі құжаттар.

Аталған стандарт келесіні көздейді: медициналық ұйым басшылығы қызметкерлермен бірлесе отырып, ұйымның қызметін реттейтін ішкі рәсімдерді әзірлейді, бекітеді және енгізеді.

Стандарт аясында келесі индикаторлар зерделенді:

– медициналық ұйым басшылығы стандартты оталық рәсімдерді (бұдан әрі – СОП) әзірлеу, келісу, бекіту, рәсімдеу және қайта қарау тәртібін енгізу бойынша мониторинг жүргізеді;

– медициналық ұйымда қолданыстағы барлық СОП-тардың тізімі құрастырылып, жаңартылып отырады;

– медициналық ұйым басшылығы қызметкерлерге СОП-тар туралы ақпаратқа қолжетімділікті (жергілікті желі арқылы) қамтамасыз етеді;

– бекітілген оқу жоспарына сәйкес медициналық ұйым қызметкерлеріне ұйым рәсімдері бойынша оқыту жүргізіледі;

– медициналық ұйым қызметкерлері өз қызметін ұйым басшылығы бекіткен рәсімдерге сәйкес жүзеге асырады.

Анықталған сәйкессіздіктер:

– Орталықтағы қолданыстағы барлық СОП-тардың бекітілген тізімі ұсынылмаған;

– СОП-тарға онлайн түрде қолжетімділік қамтамасыз етілмеген (жергілікті қалта немесе бөлімшелердегі СОП-тардың өзекті нұсқаларының болуы);

– Қызметкерлердің оқудан өткені туралы құжаттар жоқ (оқыту бағдарламасы, оқу жоспары, оқыған қызметкерлер тізімі және т.б.).

Стандартты енгізу және қолдау үшін келесі *түзету шараларын* іске асыру қажет:

1. Орталықтағы қолданыстағы барлық СОП-тардың бекітілген тізімін дайындау.

2. СОП-тарға онлайн түрде қолжетімділікті қамтамасыз ету (жергілікті қалта немесе бөлімшелерде СОП-тардың өзекті нұсқаларының болуы).

3. Қызметкерлердің оқудан өткені туралы құжаттарды дайындау (оқыту бағдарламасы, оқу жоспары, оқыған қызметкерлер тізімі және т.б.).

Стандарт: Медициналық құжаттама.

Аталған стандарт келесіні көздейді: медициналық ұйым басшылығы медициналық құжаттаманы уақытылы ресімдеуді қамтамасыз етеді, бұл медициналық көмектің сабақтастығын қамтамасыз етуге ықпал етеді.

Стандарт аясында зерттелген индикаторлар:

– медициналық ұйым басшылығы Қазақстан Республикасының заңнамасына және озық халықаралық тәжірибеге сәйкес медициналық құжаттама нысандарын әзірлеген және бекіткен;

– стационарлық науқастың медициналық картасында осы бекітілген құжаттама нысандары қолданылады;

– медициналық картаның мазмұны медициналық ұйымның бекітілген рәсімдеріне сәйкес стандартталған;

– әрбір жазба авторымен, күні мен уақыты көрсетіліп, қол қойылып рәсімделеді;

– жүргізілген барлық емдік шаралар мен дәрілік терапия науқастың медициналық картасында уақытылы тіркеледі;

– медициналық құжаттамада медициналық ұйым басшылығы бекіткен тізімге сәйкес қысқартулар мен белгілер қолданылады;

– медициналық жазбалар анық және дұрыс ресімделген;

– медициналық ұйымда медициналық карталардың сапасы, уақтылығы және толықтығы бойынша клиникалық аудит (ретроспективті аудит) жүргізіледі.

Анықталған сәйкессіздіктер:

Кейбір бөлімшелерде күшін жойған құжаттама нысандары мен журналдары қолданылады (Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығы «Денсаулық сақтау ұйымдарының бастапқы медициналық құжаттама нысандарын бекіту туралы»).

Стандартты енгізу және қолдау үшін келесі *түзету шараларын* жүзеге асыру қажет:

1. Медициналық құжаттаманы келесі нормативтік актілерге сәйкес ретке келтіру:

– ҚР ДСМ 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығы;

– ҚР ДСМ 2020 жылғы 30 қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығы «Денсаулық сақтау саласындағы есептік құжаттама нысандарын бекіту туралы».

2. Медициналық құжаттаманы толтыру ережелері мен пациентті бастапқы және қайталап қарау тәртібі туралы ережелерді әзірлеп, бекіту. Орталық қызметкерлеріне оқыту жүргізу (оқу кестесі, қатысушылар тізімі).

3. Медициналық карталар бойынша сараптама/аудит жүргізу ережелерін әзірлеу және бекіту. Онда аудит деңгейлерін нақтылау (бас дәрігердің орынбасарлары, бас мейірбике, бөлім меңгерушісі, аға мейірбике және ПҚІБҚ) – ҚР ДСМ-нің 2020 жылғы 3 желтоқсандағы № ҚР ДСМ-230/2020 бұйрығына сәйкес.

4. Пациентті қолдау және ішкі аудит қызметі медициналық карталар аудитін жүргізу кестесін және оның нәтижелерін дайындауы тиіс.

5. Медициналық жазбаларды түзету үшін корректор қолдануға тыйым салу. Құжаттаманы толтыру ережелерінде қате жазбаларды түзету тәртібін нақты көрсету.

6. Өткен жылдарға арналған медициналық карталар аудитінің нәтижелерін дайындау. Ағымдағы жылға арналған аудит өткізу кестесін құрастыру. Медициналық карталарды талдау нәтижелерімен жауапты тұлғаларды таныстыру.

Стандарт: Инфекциялық бақылау мәселелері бойынша персоналды оқыту.

Стандарт мынаны білдіреді: медициналық ұйым инфекциялық бақылау мәселелері бойынша персоналды үздіксіз оқытуды қамтамасыз етеді, бұл білім деңгейін арттыруға, санитарлық-эпидемиологиялық талаптарды сақтауға және инфекциялардың таралу қаупін азайтуға бағытталған.

Стандарт аясында келесі индикаторлар зерттелді:

- медициналық ұйымның барлық қызметкерлері жыл сайын инфекциялық бақылау мәселелері бойынша оқытудан өтеді;

- қызметкерлердің инфекциялық бақылау бойынша білімдері жыл сайын тестілеу арқылы тексеріледі;

- медициналық ұйым базасында оқудан өтетін студенттер, интерндер, резиденттер және өзге тұлғалар үшін қосымша оқыту ұйымдастырылады;

- пациенттер мен/немесе олардың заңды өкілдері үшін инфекциялық бақылау бойынша ақпараттандыру және алдын алу шараларын сақтау мақсатында оқыту жүргізіледі;

- егер инфекциялық бақылау мониторингінің көрсеткіштері нашарласа, медициналық персонал үшін жоспардан тыс (қосымша) оқыту жүргізіледі.

Анықталған сәйкессіздіктер:

- медициналық ұйым қызметкерлеріне инфекциялық бақылау бойынша оқыту жүргізіледі, бірақ қамту бойынша талдау жасалмайды — оқытудан өткен қызметкерлер саны туралы мәліметтер жоқ;

- қызметкерлердің инфекциялық бақылау бойынша білімін тексеру үшін тестілеу жүргізілмейді, бұл олардың дайындық деңгейін объективті бағалауға кедергі келтіреді;

- медициналық ұйым базасында оқып жүрген резиденттер, интерндер және басқа да тұлғалар үшін оқыту ұйымдастырылмаған;

- пациенттер мен/немесе олардың заңды өкілдеріне инфекциялық бақылау мәселелері бойынша оқыту жүргізілмейді, бұл нозокомиалды инфекциялардың алдын алу шараларының тиімділігін төмендетеді;

- инфекциялық бақылау мониторингі көрсеткіштері нашарлаған жағдайда персоналға қосымша оқыту шаралары жүзеге асырылмайды.

Стандартты енгізу және қолдау үшін келесі *түзету шараларын* жүргізу қажет:

1. Персоналды инфекциялардың алдын алу және бақылау бойынша оқыту журналын әзірлеу және енгізу. Оқыту жоспарын әзірлеу, оқыту мен нұсқаудан өткені туралы құжаттарды қызметкерлердің қол қоюымен рәсімдеу.

2. Инфекциялық бақылау бойынша тест тапсырмаларын әзірлеп, бекіту. Персоналды (дәрігерлер, орта және кіші медицина қызметкерлері) категориялар бойынша тестілеуді ұйымдастыру.

3. Тестілеу нәтижелері бойынша аналитикалық есеп дайындау, қызметкерлердің білімдері мен дағдыларын бағалау өткізілгенін құжатпен растау.

4. Резиденттер, интерндер және өзге оқушылар үшін инфекциялардың алдын алу және бақылау мәселелері бойынша оқыту журналын дайындау және жүргізу. Аталған категорияны жалпы оқыту жоспарына енгізу.

5. Пациенттерге арналған инфекциялық қауіпсіздік бойынша жадынамаларды әзірлеп, бекіту. Аталған жадынамалардың бөлімшелерде бар болуын қамтамасыз ету.

6. Дәрігерлер пациентті оқыту туралы ақпаратты арнайы оқыту парағына енгізуі тиіс (тақырыптар: қол гигиенасы, инфекциялық аурулардың алдын алу және т.б.).

7. Пациенттерді оқытуға жауапты нақты қызметкерлерге міндеттерді жүктеу туралы жергілікті құжат (бұйрық, лауазымдық нұсқаулық) шығару.

8. Эпидемиологиялық жағдай нашарлаған кезде қайталап оқыту: инфекциялық бақылау көрсеткіштері нашарлаған жағдайда қосымша оқыту өткізіп, оны тиісті журналдар мен хаттамаларда тіркеу.

Стандарт: Дәрілік заттар мен медициналық мақсаттағы бұйымдарды сақтау.

Стандарт мынаны білдіреді: дәрілік заттар мен медициналық мақсаттағы бұйымдар қауіпсіз және тиісті түрде сақталуға жатады, бұл олардың сақталуын, тиімділігін қамтамасыз етуге, сондай-ақ ластанудың, бүлінудің немесе рұқсат етілмеген қолжетімділіктің алдын алуға бағытталған.

Стандарт аясында келесі индикаторлар зерттелді:

- барлық дәрілік заттар мен медициналық мақсаттағы бұйымдар ҚР заңнамасының талаптарына сәйкес атауы, құрамы (дозасы) және жарамдылық мерзімі көрсетілген күйде сақталады;

- сақтау нормативтік құжаттарда көзделген жағдайларда – температуралық режим, ылғалдылық деңгейі және басқа да параметрлер сақтала отырып жүзеге асырылады;

- есірткілік заттар және қатаң есепке алынатын басқа да препараттар ҚР

заңнамасына сәйкес сақталады, рұқсат етілмеген қолжетімділіктің алдын алу шаралары қамтамасыз етіледі;

- ішкі ережелер мен регламенттер дәрілік заттар мен медициналық мақсаттағы бұйымдардың жоғалуынан, бүлінуінен және ұрлануынан сақталуын қамтамасыз етеді;

- уәкілетті тұлғалар (соның ішінде дәріхана қызметкерлері) дәрілік заттар мен медициналық мақсаттағы бұйымдардың барлық сақтау орындарын ҚР заңнамасының талаптарына сәйкес сақталуын қамтамасыз ету мақсатында тұрақты түрде бақылайды.

Анықталған сәйкессіздіктер:

- дәрілік заттар мен медициналық мақсаттағы бұйымдар айналымын басқару жүйесінің жыл сайынғы талдауы жүргізілмейді;

- талдау жоспарлау мен сатып алудан бастап, сақтау, дәрігерлік тағайындау, дайындау немесе сұйылту, пациентке енгізу және терапиялық тиімділікті бақылау сияқты барлық негізгі кезеңдерді қамтуы тиіс;

- жоғары қауіпті дәрілік заттар тиісінше таңбаланбай, басқа дәрілермен бірге сақталады;

- атауы және/немесе сыртқы түрі ұқсас жоғары қауіпті препараттардың тізімі бекітілмеген, бұл медикаментоздық қателіктердің пайда болу қаупін арттырады;

- медициналық ұйымда дәрілік заттар мен медициналық мақсаттағы бұйымдарды басқарудың барлық кезеңін сипаттайтын ішкі ережелер немесе стандартты оталық процедуралар (СОП) әзірленбеген;

- формулярлық комиссия құрылғанымен, оның Ережесі ішкі үдерістерге бейімделмеген және медициналық ұйым басшысының бұйрығымен бекітілмеген;

- дәрілік заттар мен медициналық мақсаттағы бұйымдарды пайдалану тиімділігі тұрақты түрде бағаланбайды, бұл формулярлық саясатты уақтылы түзетуге және фармакотерапия сапасын арттыруға кедергі келтіреді.

Стандартты енгізу және қолдау үшін келесі ***түзету шараларын*** жүзеге асыру қажет:

1. Дәрілік заттар мен медициналық мақсаттағы бұйымдар айналымын басқару жүйесі бойынша жыл сайынғы есеп (талдау) дайындау, барлық кезеңдердегі ықтимал тәуекелдерді бағалауды қамти отырып (сатып алуынан бастап тиімділікті бақылауға дейін).

2. Формулярлық комиссия мен дәрілік формулярға қатысты құжаттаманы жаңарту және бекіту: комиссия құру туралы бұйрық, формулярлық комиссия ережесі, отырыс хаттамалары, стандарттар мен регламенттер әзірлеу.

3. Дәрілік заттар мен медициналық мақсаттағы бұйымдармен жұмыс істеу жөніндегі стандартты оталық процедураларды (СОП) немесе Нұсқаулық әзірлеп, бекіту, олар келесі кезеңдерді қамтуы тиіс: жоспарлау және сатып алу, сақтау, дәрігерлік тағайындау, дайындау немесе сұйылту, пациентке енгізу, әсерін бақылау.

4. Жоғары қауіпті дәрілік заттарды бөлек, нақты таңбаланған түрде

сақтау, қолданыстағы ережелер мен нормативтерге сәйкес.

5. Жоғары қауіпті препараттарды сақтау, тапсырыс беру, беру, пайдалану, есепке алу және жою тәртібі туралы Ережелерді әзірлеу және енгізу. Қызметкерлерді жоғары қауіпті препараттармен жұмыс істеу тәртібі бойынша тұрақты түрде нұсқаудан өткізу, оқытуды хаттамаларда тіркеу.

6. Наркотикалық заттар, психотроптық заттар және прекурсорлары бар дәрілік заттарды сақтау мен есепке алу бойынша ҚР заңнамасына сәйкес бөлек СОП әзірлеу.

7. Дәрілік заттарды басқарудың толық циклін қамтитын СОП-тарды әзірлеу: жоспарлау және сатып алу, сақтау, дайындау/сұйылту, енгізу, терапиялық әсерін бақылау.

8. Формулярлық комиссия туралы Ережені әзірлеп, бекіту.

9. Формулярлық комиссия мүшелерінің құрамын бекіту туралы бұйрық шығару.

10. Дәрілік заттар мен медициналық мақсаттағы бұйымдарды басқару жүйесіне қатысатын жауапты тұлғалар үшін лауазымдық нұсқаулықтарды (ДИ) дайындап, бекіту.

Стандарт: Дәрілік заттарды тағайындау.

Стандарт мынаны білдіреді: медициналық ұйымда дәрілік заттарды тағайындау және олардың тағайындауларын тексеру процесі жазылуы тиіс. Бұл процесс пациенттің қауіпсіздігін қамтамасыз ету, дәрілік заттарды ұтымды пайдалану және емдеуде пәнаралық тәсілді сақтау талаптарын қамтуы қажет.

Стандарт шеңберінде зерттелген индикаторлар:

Медициналық ұйымның басшылығы дәрілік заттарды тағайындауға қойылатын талаптарды бекітеді. Бұл талаптар тағайындау парағында немесе рецептте барлық қажетті деректердің міндетті түрде толтырылуын қамтиды.

Міндетті түрде көрсетілуі тиіс:

- пациентті сәйкестендіру (аты-жөні, туған күні, ауру тарихының нөмірі);
- дәрілік заттың халықаралық патенттелмеген атауы немесе сауда атауы;
- дозасы;
- енгізу жолы;
- қабылдау жиілігі;
- емдеу курсының ұзақтығы.

Медициналық ұйымда дәрілік заттарды тағайындау парақтарының немесе рецептердің дұрыс толтырылуын бақылау рәсімі әзірленіп, бекітіледі. Бұл рәсімде деректерді тексеруге және дәрілік заттарды тағайындаудағы қателіктердің алдын алуға жауапты тұлғалар анықталады.

Экстреттік жағдайларда дәрілік заттарды ауызша тағайындау рәсімдері медициналық ұйым басшылығы тарапынан бекітіледі. Аталған рәсімдерге міндетті түрде кейіннен дәрілік заттың ауызша тағайындалуын медициналық құжаттамаға жазу, уақыты мен медициналық қызметкердің қолын көрсету, сондай-ақ емдеуші дәрігердің тағайындауды растауы кіреді.

Дәрілік заттардың тағайындалуы ағымдағы медициналық карталарда тексеріледі — тағайындаудың негізділігі мен толықтығы, емдеу хаттамаларына

және пациенттің қауіпсіздігі стандарттарына сәйкестігі бағаланады.

Дәрігерлік тағайындау парақтарының (ағымдағы және жабық медициналық карталарда) іріктемелі клиникалық аудиті жүргізіледі. Тексеру келесі аспектілер бойынша жүзеге асырылады:

- дәрілік заттарды тағайындау бойынша бекітілген рәсімдердің сақталуы;
- жазбалардың толықтығы мен дұрыстығы;
- тағайындаудың пациенттің клиникалық жағдайына және медициналық көмектің стандарттарына сәйкестігі.

Медициналық ұйымда бұл стандарттың енгізілмегені **анықталды**.

Стандартты енгізу және қолдау үшін келесі **түзету шараларын** жүргізу қажет:

1. Дәрілік заттармен (ДЗ) жұмыс істеу тәртібін (ережелерін) әзірлеп, бекіту, оған төмендегілер кіруі мүмкін:

1) ДЗ тағайындауға және тағайындауларды тексеруге құқығы бар жауапты тұлғалар анықталған;

2) Жауапты тұлғалар ДЗ тағайындау кезінде мыналарды ескереді:

– ДЗ фармакодинамикасы және фармакокинетикасы (ДЗ таңдаудың негізділігі, дозасы, жиілігі/ұзақтығы, енгізу жолы);

– емдік қайталанудың қаупі;

– ДЗ-ға аллергиялық реакциялар;

– тағаммен және басқа ДЗ-мен өзара әрекеттесуі;

– дәрілік анамнез;

– диагностикалау және емдеу бойынша бекітілген клиникалық хаттамалар (көрсеткіштері мен қарсы көрсеткіштері);

– пациенттің салмағы;

– пациенттің патологиялық және физиологиялық ерекшеліктері және басқа да қарсы көрсеткіштер мен қауіп факторлары.

3) Тағайындаулар медициналық құжаттамаға келесі мәліметтермен жазылады:

– Пациенттің ТАӘ, туған күні;

– ДЗ-ға аллергиялық реакциялар болуы;

– веноздық тромбоз болуының дәрежесі;

– салмағы (кг), бойы (см);

– диета (диеталық үстел №), режим;

– ДЗ-ның МНН бойынша атауы (жақшаның ішінде сауда атауы);

– ДЗ дозасы;

– қабылдау немесе енгізу жолы;

– енгізу жылдамдығы (тамшы/мин немесе мл/сағ);

– қабылдау/енгізу жиілігі;

– қолдану ұзақтығы (күн саны);

– қолдану басталған күні және емдеу курсының ұзақтығы;

– дәрігердің қолы;

– тексерушінің қолы;

– қол қоюлардың толық жазбасы.

4) Жазбалар анық, оқылатын болуы тиіс, бекітілмеген қысқартуларды

қолдануға болмайды. Шұғыл жағдайларда ДЗ ауызша тағайындау рәсімін міндетті құжаттаумен енгізу қажет. Тек рұқсат етілген және бекітілген қысқартулар мен аббревиатуралар рұқсат етіледі.

5) Медициналық құжаттамадағы ДЗ тағайындау жазбалары анық және оқуға ыңғайлы болуы тиіс.

6) Шұғыл жағдайларда ДЗ ауызша тағайындау рәсімі жазбаша түрде сипатталуы керек.

2. Жауапты тұлғаларға арналған лауазымдық нұсқаулықтарда келесі өкілеттіліктер болуы тиіс: дәрілік заттарды тағайындау және тексеру; құжаттаманы жүргізу; рәсімдердің сақталуын бақылау.

3. Анықталған сәйкессіздіктер бойынша есептер мен хаттамалар. Анықталған сәйкессіздіктер бойынша деректерді талдау.

4. Дәрілік заттарды тағайындау және тағайындауларды тексеру ережелерін әзірлеу және бекіту (ауызша және телефон арқылы ақпарат берудің ережелері), оған мыналар кіруі мүмкін:

- 1) тағайындауды жазып алу;
- 2) дауыстап оқу;
- 3) дұрыстығын растау.

Төтенше жағдайларда дәрілік заттарды ауызша тағайындау туралы деректерді медициналық құжаттамаға енгізу, «Ауызша және телефон арқылы хабарламаларды тіркеу парағын» (ПҚХМ-02 нысаны) 24 сағат ішінде науқастың медициналық картасына көшіру: ақпаратты берген адамның ТАӘ, қабылдаған адамның ТАӘ мен қолтаңбасы, хабарлама уақыты мен күні, пациенттің ТАӘ мен туған күні, тағайындау көрсетілуі тиіс. Тағайындау жасаған дәрігер өз қолтаңбасымен растайды.

5. Пациенттерді қолдау қызметінің сарапшы-дәрігері қолданыстағы және жабық медициналық карталардағы дәрігерлік тағайындау парақтарының таңдамалы клиникалық аудитін жүргізуі тиіс – ұйымдық рәсімдер мен пациент қауіпсіздігі талаптарының сақталуын бағалау үшін. Нәтижелер есеп түрінде ресімделіп, жалпы жиналыстарда баяндалуы тиіс. Аудит жоспары құрылуы қажет.

6. Дәрілік заттарды ұтымды қолдану, антибиотикотерапия және т.б. бойынша талдау жүргізу үшін клиникалық фармакологты жұмысқа қабылдау немесе терапевт дәрігерді клиникалық фармаколог ретінде оқыту қажет.

Стандарт: Дәрілік заттармен жұмыс істеуді бақылау және оқыту.

Стандарт келесіні білдіреді: медициналық ұйымда дәрілік заттардың әсерін мониторингтеу және қажеттілікке байланысты пациенттер мен персоналды кезеңдік оқыту жүргізіледі.

Стандарт аясында келесі индикаторлар зерттелді – медициналық ұйым басшылығымен дәрілік заттардың тиімділігі мен жағымсыз реакцияларын мониторингтеу рәсімдері әзірленіп, бекітілген; бұл рәсімдер терапевтік жауапты жүйелі түрде бағалауды, жағымсыз әсерлерді тіркеу мен талдауды және қажет болған жағдайда емдеу сызбаларын түзетуді қамтиды; пациенттерге дәрілік заттарды қабылдау бойынша оқыту жүргізіледі, оған емдеу сызбаларын

түсіндіру, ықтимал жағымсыз әсерлер және ауруханадан шыққаннан кейінгі қабылдау бойынша нұсқаулықтар кіреді; медициналық ұйымда дәрілік заттармен байланысты ықтимал және нақты қателіктерді анықтау, тіркеу, хабарлау және талдау үдерісі енгізілген; дәрілік заттармен жұмыс істейтін дәрігерлер мен медицина қызметкерлеріне фармакологиялық анықтамалықтар, қолдану жөніндегі нұсқаулықтар және протоколдарды қоса алғанда, өзекті ақпараттық ресурстарға қолжетімділік қамтамасыз етілген; дәрігерлерге, медбикелерге және басқа да қызметкерлерге дәрілік заттармен жұмыс істеу бойынша оқыту ұйымдастырылған, ол дәрілік заттарды тағайындау, сақтау, сұйылту, енгізу және қолдануды бақылау, сондай-ақ жағымсыз реакциялар туындаған кездегі әрекеттерді қамтиды.

Анықталғаны: бұл стандарт медициналық ұйымда тек ішінара енгізілген.

Стандартты енгізу және қолдау үшін келесі **түзету шараларын** жүзеге асыру қажет:

1. Дәрілік заттардың әсері мен жағымсыз әсерлерін мониторингтеу тәртібін әзірлеп, бекіту. Ережелер келесі тармақтарды қамтуы мүмкін:

1) пациенттің жағдайын фармакотерапияның бастапқы кезеңінде, бұрын қолданылмаған дәрілік затты алғаш енгізгенде/қолданғанда жүйелі бақылау жүргізу;

2) алғаш қолданылатын дәрілік зат бойынша арнайы форманы толтыру;

3) жағымсыз әсерлер туындаған жағдайда хабарлау мерзімдерін және механизмін айқындау;

4) жағымсыз әсер пайда болған кезде медициналық құжаттаманы (жағымсыз әсер, ауыр жағымсыз әсер және дәрілік заттың тиімсіздігі туралы хабарлама картасы) толтыру;

5) персоналды оқыту.

2. Пациенттерді дәрілік заттарды қабылдау бойынша, соның ішінде ауруханадан шыққаннан кейінгі ұсынылған дәрілік заттар бойынша оқыту ережелерін әзірлеп, бекіту.

3. Медициналық қателіктер мен ықтимал медициналық қателіктерді хабарлау және талдау тәртібін әзірлеп, бекіту. Бұл тәртіп келесі тармақтарды қамтуы мүмкін:

1) персоналды «ықтимал медициналық қате», «медициналық қате» ұғымдары бойынша оқыту;

2) осы тақырыптар бойынша оқу жоспарының болуы;

3) емдеу процесіне қатысатын кез келген адам (дәрігер, медбике, пациент немесе туыстары және т.б.) медициналық қатеге немесе оған әкелуі мүмкін жағдайға қатысты хабарлай алады;

4) қате анықталған немесе күдіктелген жағдайда жауапты тұлғаларға (емдеуші дәрігерге) жедел хабарлау;

5) әрбір медициналық немесе ықтимал медициналық қате бойынша «Қателіктер туралы есеп» медициналық құжаттамасын толтыру;

6) әрбір жағдай талданады және болашақта мұндай қателіктердің алдын алу мақсатында қарастырылады.

4. «Біқтимал медициналық қате», «медициналық қате» ұғымдары бойынша оқыту жоспарын, оқу-әдістемелік материалдарды және оқудан өткен қызметкерлердің қолтаңбасы қойылған құжаттарды (журналды) дайындау.

5. Қателіктер туралы есептер бойынша аналитикалық деректерді дайындау.

6. Дәрілік заттармен жұмыс істейтін дәрігерлер мен басқа да персоналды қолжетімді анықтамалық ақпаратпен қамтамасыз ету (Vidal, dari.kz). Жұмыс орындарын интернетке еркін қолжетімділікпен қамтамасыз ету. Конференциялар, семинарлар және оқу бағдарламаларына қатысу бойынша есептер.

Стандарт: Антибиотиктерді бақылау.

Стандарт келесіні білдіреді: медициналық ұйымда антибиотиктерді бақылау бағдарламасы енгізіледі.

Стандарт аясында келесі индикаторлар зерттелді — антибиотиктерді бақылау бағдарламасы (нұсқаулық) шектеулі түрде тағайындалатын антибиотиктердің тізімін, сондай-ақ резервтік антибиотиктерді қолдану көрсеткіштерін қамтиды; антибиотиктерді бақылау бағдарламасы немесе нұсқаулығы медициналық ұйым басшылығы бекіткен рәсімдерге сәйкес ұжымдық түрде (дәрігерлер және/немесе клиникалық фармаколог, инфекциялық бақылау және микробиология мамандарының қатысуымен) әзірленеді; дәрігерлер мен басқа да пайдаланушылар антибиотиктерді бақылау бағдарламасының немесе нұсқаулығының талаптары бойынша оқудан өтеді; медициналық карталар антибиотиктерді бақылау бағдарламасының немесе нұсқаулығының орындалуы бойынша үнемі қаралады; бағдарламаның немесе нұсқаулықтың орындалуы медициналық көмектің сапасын арттыру үшін қолданылатын индикаторлар арқылы бақыланады.

Анықталғаны: медициналық ұйымда бұл стандарт енгізілмеген.

Стандартты енгізу және қолдау үшін келесі **түзету шараларын** жүзеге асыру қажет:

1. Антибиотиктерді ұтымды қолдану және бақылау бойынша Бағдарлама немесе нұсқаулықты әзірлеп, бекіту. Құрылымдық бөлімшелер дәрігерлерін оқыту жоспарын және растайтын құжаттарды (хаттамалар, оқу материалдары, оқыту парақтары) дайындау.

2. Резервтік антибиотиктердің тізімін және оларды қолдану көрсеткіштерін әзірлеу.

3. Антибиотиктерді ұтымды қолдану және бақылау бағдарламасын немесе нұсқаулығын әзірлеу жөніндегі жиналыстар хаттамаларын дайындау.

4. Антибиотиктерді қолдану және бақылау бойынша оқыту жоспарын, оқу-әдістемелік материалдарды және оқыту мен нұсқамадан өткен қызметкерлердің қолтаңбалары қойылған құжаттарды (журналды) дайындау.

5. Медициналық карталарға антибиотиктерді бақылау бағдарламасының немесе нұсқаулығының орындалуын тексеру үшін жауапты тұлғаны (клиникалық фармаколог немесе арнайы оқытылған тұлға) тағайындау. Бұл міндеттерді лауазымдық нұсқаулыққа енгізіп, тағайындау туралы бұйрық

шығару.

6. Антибиотиктерді бақылау бағдарламасының орындалуын медициналық көмектің сапасын арттыру үшін қолданылатын индикаторлар арқылы мониторингтеу.

Стандарт: Пациентті сәйкестендіру.

Стандарт келесіні білдіреді: пациенттің қауіпсіздігі сәйкестендіру процесі арқылы қамтамасыз етіледі.

Стандарт аясында келесі индикаторлар қарастырылды — медициналық ұйым басшылығы пациентті сәйкестендірудің стандартты оталық процедурасын (СОП) бекітеді, онда кемінде екі сәйкестендіргішті қолдана отырып пациентті сәйкестендіру процесі сипатталады; СОП-қа сәйкес пациент әрбір процедура, ота, инъекция, дәрілік затты қабылдау, биоматериал алу және басқа да жағдайлар алдында сәйкестендіріледі; сәйкестендіру процесін жеңілдету үшін екі сәйкестендіргіші бар сәйкестендіру білезігі немесе медициналық ұйым басшылығы бекіткен басқа да балама әдістер қолданылады; пациенттің сәйкестендіргіштері барлық медициналық карта үлгілерінде және биоматериал контейнерлерінде көрсетілуі тиіс; пациентті сәйкестендіру процесі қауіпсіздікті арттыру үшін қолданылатын индикаторлар арқылы бақыланады. Индикаторлар қолданылатын сәйкестендіру әдістеріне байланысты таңдалады.

Анықталғаны: бұл стандарт толық көлемде енгізілмеген. Пациентті сәйкестендіру бойынша СОП алдыңғы аккредитациядан бері жаңартылмаған; медициналық құжаттамада (соның ішінде: дәрігерлік тағайындау парағы, жалпы ақпараттандырылған келісім және т.б.) сәйкестендіру талаптары сақталмайды; таблеткаланған дәрілік заттардың жеке қаптамаларын ресімдеу кезінде (мысалы, кардиология бөлімінде) пациенттің аты-жөні мен туған күні қысқартылып жазылады; есептік нысандарда пациенттің сәйкестендіру деректері толық көрсетілмеген, бұл сәйкестендірудің дәлдігі мен бірмағыналылығына қайшы келеді; қызметкерлер пациентті сәйкестендіру индикаторының бар екенінен және оның ішкі сапаны бақылау аясында тұрақты түрде мониторингке алынатынын білмейді.

Стандартты енгізу және қолдау үшін келесі **түзету шараларын** жүзеге асыру қажет:

1. Центрде қолданылатын барлық медициналық құжаттарда (тағайындау парағы, ақпараттандырылған келісім, препараттардың жеке қаптамалары және т.б.) пациентті сәйкестендіру талаптарының сақталуын қамтамасыз ету. Сәйкестендіру деректері толық көрсетілуі тиіс: тегі, аты, әкесінің аты (қысқартусыз), туған күні (толық форматта), сондай-ақ қажетті реквизиттер.

2. Әрбір медициналық манипуляция, процедура, тексеру және басқа да клиникалық әрекет алдында міндетті түрде пациентті сәйкестендіру процедурасын жүргізуді қамтамасыз ету. Бұл міндет барлық деңгейдегі медициналық персоналдың жауапкершілігіне жүктелуі тиіс.

3. Пациентті сәйкестендіру бойынша ішкі ережелерді өзектендіріп, келесі тармақтарды толықтыру: биологиялық үлгілерді сәйкестендіру (соның

ішінде вакутейнерлерді), ерекшелік жағдайларда әрекет ету тәртібі (ес-түссіз науқастар, шұғыл жағдайлар және т.б.), бөлімшелер арасында пациентті тасымалдау кезіндегі ерекше сәйкестендіру рәсімдері.

4. Пациентті сәйкестендіру талаптарының орындалуына тұрақты мониторинг жүргізу: медициналық карталар мен ілеспе құжаттамаларға аудит жасау, ПҚХМ 1 индикаторының сақталуын талдау, бөлімше қызметкерлерін тексеріс нәтижелері және анықталған сәйкессіздіктермен таныстыру.

Стандарт: Ақпаратты тиімді жеткізу.

Стандарт мынаны білдіреді: пациенттердің қауіпсіздігі ауызша және (немесе) телефон арқылы ақпарат беру процесін стандарттау арқылы артады.

Стандарт аясында келесі индикаторлар қарастырылды:

– Ауызша және (немесе) телефон арқылы ақпаратты қабылдау және беру стандартты оталық процедурасы (СОП) әзірленіп, енгізіледі, онда ақпаратты қабылдаушы оны жазып, дауыстап оқиды, ал хабарлаушы ақпараттың дұрыстығын растайды;

– Зертханалық және диагностикалық зерттеулердің сыни нәтижелері, сондай-ақ пациентке тағайындалған дәрілік заттар туралы ауызша хабарламалар жоғарыда аталған СОП талаптарына сәйкес беріледі;

– Медициналық ұйым барлық зертханалық және диагностикалық зерттеулер бойынша (емдеу мекемесінде жүргізілетін немесе аутсорсингке берілген) сыни мәндердің тізімін бекітеді;

– Пациент күтімін тапсыру кезінде, пациенттермен және оларға күтім жасайтын тұлғалармен ақпарат алмасу процестері үшін СОП әзірленіп, енгізіледі;

– Сыни зерттеу нәтижелері туралы ақпаратты беру және пациентті ұйымдар мен қызметтер арасында ауыстыру процесі арнайы индикатор(лар) арқылы бақыланады, бұл пациент қауіпсіздігін арттыруға бағытталған.

Анықталғаны:

Центр бойынша барлық зертханалық және диагностикалық зерттеулерге (емдеу мекемесінің ішінде немесе аутсорсинг арқылы жүргізілетін) қатысты сыни мәндердің тізімі анықталмаған және бекітілмеген;

қызметкерлер Центрге қандай сыни мәндер бекітілгенін білмейді;

қызметкерлер сыни мәндерді ауызша және телефон арқылы беру және қабылдау тәртібіне (ақпарат беру схемасы, ақпаратты жеткізу уақытының шегі) үйретілмеген;

сәулелік диагностика бөлімшелерінде сыни мәндер тізімі жоқ;

зертхана немесе сәулелік диагностика бөлімшесі берген сыни нәтижелерді жазу үшін арнайы «Ауызша және телефон арқылы қабылдау парағы» енгізілмеген;

сыни мәндерді тіркеу журналы толық емес;

осы стандарт талаптарының орындалуын бағалауға арналған индикатор әзірленбеген.

Стандартты енгізу және сақтау үшін келесі **түзету шараларын** жүзеге асыру қажет:

1. Барлық зертханалық және диагностикалық зерттеулер (емдеу мекемесінде жүргізілетін және аутсорсингке берілген) бойынша сыни мәндердің

тізімін анықтап, бекіту.

2. Қызметкерлерді сыни мәндерді беру және қабылдау тәртібімен таныстыру бойынша оқыту жүргізу. Оқу өткізілгені туралы растайтын құжаттар (оқыту парақтары, хаттамалар) дайындау.

3. Ауызша және телефон арқылы ақпарат қабылдау парағын енгізу. Әр бөлімшенің жұмыс орындарында және посттарында сыни мәндердің тізімі мен ақпарат қабылдау парағы болуы тиіс.

4. Сыни мәндерді тіркеу журналының мазмұнын қайта қарау.

5. Ақпаратты ауызша және телефон арқылы беру стандартының орындалуын бағалауға арналған индикаторды әзірлеп, бекіту. Уақытылы талдау жүргізіп, бөлімше қызметкерлерін нәтижелерімен таныстыру.

Стандарт: Хирургиялық қауіпсіздік

Стандарт келесіні білдіреді: пациенттің денесінің дұрыс бөлігі, дұрыс процедура және дұрыс пациент анықталуы тиіс. Пациенттердің қауіпсіздігі жоспарланған инвазивті процедураға сәйкестігін растауға арналған стандартталған ота алдындағы верификация (алдын ала тексеру) және «тайм-аут» (медициналық персоналдың отаға немесе жоғары қауіп төндіретін инвазивті процедураға дайындығын тексеру) процесі арқылы қамтамасыз етіледі, бұл – пациентке дененің дұрыс бөлігінде дұрыс процедураны жүргізуге бағытталған.

Осы стандарт шеңберінде келесі индикаторлар қарастырылды:

Медициналық ұйымда дененің белгілі бір аймағын белгілеу (маркировка) және (немесе) жоғары қауіп төндіретін инвазивті процедура алдында жүргізілетін ота алдындағы верификация мен «тайм-аут» процедураларын сипаттайтын стандартты оталық процедуралар (СОП) әзірленіп, бекітілуі қажет.

ота және жоғары қауіп төндіретін процедура алдында ота орны ұйым бекіткен бірыңғай белгімен белгіленеді және оны осы отаны (процедураны) орындайтын дәрігер жүргізеді.

Медициналық ұйым басшылығы бекіткен процедуралар мен нысандарға сәйкес ота алдындағы верификация жүргізіледі, оған келесілер кіреді:

– пациенттің өзінің сәйкестендіру деректерін (толық аты-жөні, туған күні) растауы;

– пациенттің ақпараттандырылған келісімін растауы;

– оталық араласу немесе жоғары қауіп төндіретін процедураға келісімі;

– оталық араласу аймағын растауы (жағы және дене бөлігі немесе мүше);

– ота орнының белгіленуі;

– пациенттің аллергиясының болуы немесе болмауы;

– пациенттің тыныс алу жолдарына байланысты проблемалар.

Барлық хирургиялық команда «тайм-аут» процедурасына қатысады, оған келесілер кіреді:

– пациентті сәйкестендіру;

– оталық араласу немесе инвазивті процедураның атауын растау;

– процедураның жағы мен аймағын растау;

– отаға хирургиялық бригаданың дайындығы.

«Тайм-аут» медициналық картада құжатталады.

ота алдындағы верификация мен «тайм-аут» процедураларының орындалуы қауіпсіздікті арттыру мақсатында индикаторлар арқылы бақыланады.

Анықталғаны:

Медициналық ұйымда ота орны мен (немесе) жоғары қауіп төндіретін инвазивті процедураны белгілеу процесін, ота алдындағы верификация мен «тайм-аут» процедураларын сипаттайтын СОП әзірленбеген және жоқ.

ота алдындағы эпикризде отаның негіздемесі немесе себебі және жоспарланған отаның атауы көрсетілмеген.

Медициналық ұйымда пациенттің арнайы ақпараттандырылған келісімі енгізілмеген.

Осы стандартты енгізу және қолдау үшін келесі ***түзету шараларын*** жүргізу қажет:

1. Хирургиялық қауіпсіздікті қамтамасыз етудің негізгі процестерін ұйымдастыру:

- 1) Пациенттің оталық аймағын белгілеу;
- 2) ота алдындағы верификация процесі;
- 3) ота басталар алдындағы «тайм-аут» жүргізу.

Медициналық ұйымда ота алдында чек-лист немесе басқа құжаттау әдістерін пайдалану қажет. Ақпараттандырылған келісім процедураға сәйкес болуы керек: пациенттің, процедураның және дене аймағының дұрыстығы расталуы тиіс, сондай-ақ барлық қажетті құжаттар мен медициналық технологиялар (құралдар, жабдықтар) бар және жарамды болуы қажет.

2. ота алдындағы верификацияны жүргізу:

Мақсаты:

- 1) Пациентті, процедураны және дене аймағын растау;
- 2) Барлық қажетті құжаттар, бейнелер және зерттеулердің бар екенін және олардың дұрыс белгіленіп, орналасқанын қамтамасыз ету;
- 3) Барлық қажетті құралдар, жабдықтар және/немесе импланттардың бар болуын қамтамасыз ету.

3. «Тайм-аутты» барлық команда мүшелерінің қатысуымен процедура басталар алдында жүргізу. «Тайм-аут» процедура өтетін жерде, тікелей процедура алдында жүргізілуі керек. Дайындалған «тайм-аут» процедураларын енгізу қажет.

Стандарт: Жоғары қауіп төндіретін дәрілік заттар

Стандарт мынаны білдіреді: пациенттердің қауіпсіздігін арттыру жоғары қауіп төндіретін дәрілік заттарды (яғни жанама әсерлердің даму қаупі жоғары және пациенттің денсаулығына айтарлықтай зиян келтіруі мүмкін дәрілер, сондай-ақ атауы немесе қаптамасы ұқсас басқа дәрілік заттарға ұқсайтын дәрілер) стандартталған таңбалау және қауіпсіз өңдеу арқылы жүзеге асырылады [128].

Стандарт шеңберінде келесі индикаторлар зерттелді – жоғары қауіп төндіретін дәрілік заттарды қолдануға арналған рәсімдерді сипаттайтын СОП әзірленеді. Бұл рәсімдерге мыналар кіреді: жоғары қауіп төндіретін дәрілік

заттарды таңбалау; сақтау; тағайындау және қолдану – егер ерекшеліктері болса; жоғары қауіп төндіретін дәрілік заттардың тізімі; персоналды оқыту. Концентрленген электролиттермен жұмыс істеуді сипаттайтын СОП әзірленеді. Рәсімдерге мыналар кіреді: концентрленген электролиттерді таңбалау; сирек қолданылатын жерлерде сақтауға тыйым салу, клиникалық қажеттілігі бар жерлерде ғана сақтау; тағайындау және қолдану ерекшеліктері болған жағдайда; концентрленген электролиттердің тізімі; персоналды оқыту. Сондай-ақ атауы және қаптамасы ұқсас дәрілік заттармен жұмыс істеуді сипаттайтын СОП әзірленеді. Бұл рәсімдерге мыналар кіреді: атауы және қаптамасы ұқсас дәрілік заттарды таңбалау; атауы ұқсас немесе сыртқы көрінісі ұқсас дәрілерді бір сөреге немесе қатар орналастыруға тыйым салу; тағайындау және қолдану ерекшеліктері болған жағдайда; атауы және қаптамасы ұқсас дәрілік заттардың тізімі; персоналды оқыту. Аталған СОП-тар бүкіл ұйым бойынша орындалуы тиіс. Концентрленген электролиттермен, жоғары қауіп төндіретін дәрілік заттармен және атауы мен қаптамасы ұқсас дәрілік заттармен жұмыс жасау процесі пациенттердің қауіпсіздігін арттыру үшін қолданылатын индикаторлар арқылы бақыланады.

Анықталғаны: жоғары қауіп төндіретін дәрілік заттар таңбаланбай, басқа дәрілік заттармен бірге таңбалаусыз сақталады; атауы мен сыртқы көрінісі ұқсас жоғары қауіп төндіретін дәрілер тізімі өзекті емес; ЖМК, анафилаксиялық шок жағдайына арналған жедел көмек қобдишаларында белгіленбеген, жарамдылық мерзімі өткен жоғары қауіп төндіретін дәрілер (мысалы, концентрленген электролиттер, адреналин) бар; процедуралық кабинетте сыртқы көрінісі ұқсас дәрілік заттар бір сөреге қатар орналастырылған (Күндізгі стационар); қызметкерлер жоғары қауіп төндіретін дәрілік заттарды сақтау және таңбалау талаптары бойынша оқытылмаған; осы стандарттың орындалуын бағалауға арналған жоғары қауіп төндіретін дәрілік заттарға және атауы мен қаптамасы ұқсас дәрілік заттарға қатысты индикатор әзірленбеген.

Стандартты енгізу және қолдау үшін келесі **түзету шараларын** жүргізу қажет:

1. Жоғары қауіп төндіретін дәрілерді таңбалауға арналған үш өлшемдегі стикерлерді (сөре, қаптама, ампула үшін) сатып алу.
2. ISMP ұсынымдарына сәйкес жоғары қауіп төндіретін дәрілік заттар тізімін әзірлеу және бекіту.
3. Сыртқы көрінісі ұқсас дәрілер тізімін жасақтағанда ұқсас жұптарды препараттың қарсы жағына көрсету.
4. Барлық жоғары қауіп төндіретін дәрілерді таңбалау. Бөлімшелерге трейсер жүргізу арқылы стандарт талаптарына сәйкестікті бағалау.
5. Атауы мен сыртқы түрі ұқсас дәрілерді сақтау ережесін нақты белгілеу (мысалы, ұқсас жұптар бөлек сөрелерде сақталады).
6. Қызметкерлерге жоғары қауіп төндіретін дәрілерді сақтау ережелері бойынша оқыту жүргізу. Оқыту жүргізілгені туралы растаушы құжаттар дайындау (оқыту парақтары, хаттамалар).
7. Жоғары қауіп төндіретін дәрілік заттарды басқару стандартының

орындалуына арналған индикаторды әзірлеп, бекіту. Уақтылы талдау жүргізу. Бөлімше қызметкерлерін нәтижелермен таныстыру.

Стандарт: Медициналық көмек көрсету кезінде инфекциялар қаупін қолды өңдеу арқылы азайту.

Стандарт келесілерді көздейді: Медициналық көмек көрсету кезінде инфекциялардың алдын алу үшін кешенді қолды өңдеу бағдарламасы арқылы пациенттердің қауіпсіздігі артады.

Стандарт шеңберінде келесі индикаторлар зерттелді – дәлелді базаға (әдебиетке) негізделген қол жуу (қолды өңдеу) түрлері мен кезеңдерін, сондай-ақ қолды өңдеу көрсеткіштерін сипаттайтын рәсімдер әзірленеді; қолды өңдеу рәсімдері бүкіл медициналық ұйымда орындалады; қолды өңдеу рәсімдерін орындау үшін қажетті көлемде ресурстар қамтамасыз етіледі; медициналық персонал қолды өңдеу түрлері, кезеңдері және көрсеткіштері бойынша оқытылады; қолды өңдеу практикасы пациенттің қауіпсіздігін арттыруға арналған индикатор(лар) арқылы бақыланады.

Персоналдың қол гигиенасын кезеңдерін, техникасын бұза отырып орындайтыны; қызметкерлер қол гигиенасының бес сәтін білмейтіні; осы стандарт талаптарын сақтау деңгейін бағалау бойынша қол гигиенасы индикаторы әзірленбегені анықталды.

Стандартты енгізу және қолдау үшін келесі **түзету шараларын** өткізу қажет:

1. Қызметкерлерге қол гигиенасы бойынша оқыту өткізу және кейіннен аттестация жүргізу. Қызметкерлердің қол гигиенасы бойынша оқудан өткені туралы құжаттарды дайындау (оқу бағдарламасы, оқу жоспары, оқудан өткендердің тізімі және т.б.).

2. Қол гигиенасы бойынша білімді және талаптарды сақтау жүйелі түрде бағаланғанын растайтын құжаттар (тестілеу, сауалнама жүргізу, индикаторларды орындау рәсімі және нәтижелері).

Стандарт: Пациенттің құлауынан келетін зиян қаупін азайту.

Стандарт келесілерді көздейді: Қауіпсіздік пациенттердің құлау қаупі бар тобына бастапқы және қайталама бағалау жүргізу, сондай-ақ алдын алу шаралары мен қауіпсіз қоршаған орта арқылы қамтамасыз етіледі [141–143].

Стандарт аясында келесі индикаторлар зерттелді – құлаудың алдын алу бойынша СОП (стандартталған оталық процедура) әзірленеді, ол құлаулар мен жарақаттардың алдын алуға бағытталған; медициналық ұйым қызметкерлері осы СОП бойынша оқытылады; құлаудың алдын алу рәсімдерінде құлау қаупін бағалауға нақты талаптар қойылады; құлау қаупін бағалау және қайта бағалау қажет болған жағдайда жүзеге асырылады және дер кезінде медициналық картада құжатталады; құлаудың алдын алу шаралары орындалады, оған жоғары қауіп тобына жататын пациенттерді алып жүру және медициналық ұйымның ішкі тәртібімен белгіленген басқа әрекеттер жатады; құлаудың алдын алу мен құлау оқиғалары индикатор(лар) арқылы бақыланады, бұл пациент қауіпсіздігін арттыруға мүмкіндік береді.

Анықталғаны: бұл стандарт ішінара енгізілген. Пациенттердің құлау

қаупіне бастапқы және қайталама бағалау жүргізілмейді; персонал құлау қаупін бағалауға арналған нақты критерийлерді білмейді; осы стандарттың талаптарын сақтау деңгейін бағалау үшін «құлаудың алдын алу» және құлау саны бойынша индикатор әзірленбеген.

Стандартты енгізу және қолдау үшін келесі *түзету шараларын* өткізу қажет:

1. Пациенттердің құлау қаупін бағалау бойынша ережелерді әзірлеп, бекіту. Құлау қаупін бағалау және қайта бағалау үшін нақты критерийлерді жазу, сондай-ақ жоғары қауіп тобына кіретін пациенттерді сәйкестендіру жүйесін енгізу (мысалы, білезікке қызыл стикер жапсыру, палата есігіне құлау қаупі туралы белгі орнату, пациентті мейірбикелер постына жақын орналастыру және т.б.).

2. Пациенттердің құлау қаупін бағалау стандартының орындалуын көрсететін индикатор әзірлеп, бекіту. Уақытылы талдау жүргізу және бөлімше қызметкерлерін нәтижелерімен таныстыру.

Пациентке көрсетілген көмектің сапасы мен қауіпсіздігін бағалау аясында анықталған сәйкессіздіктер мен түзету шараларын ескере отырып, СОП-тар / ережелер / рәсімдер қайта қаралып, жаңадан әзірленді, әрбір құрылымдық бөлімшенің қызметін бағалау бойынша индикаторлар қайта қаралды (Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің 2015 жылғы 27 наурыздағы №173 бұйрығы «Медициналық қызметтердің сапасына ішкі және сыртқы сараптама жүргізуді ұйымдастыру және өткізу қағидаларын бекіту туралы»).

А қосымшасында әзірленген барлық СОП-тар / ережелер / рәсімдердің атауы көрсетілген.

Сапа мен пациент қауіпсіздігін бағалаудың негізгі құралдарының бірі – индикаторлар. Индикаторлар орталықтың клиникалық және клиникалық емес қызметін, сондай-ақ аутсорсингке берілген қызмет көрсетушілердің жұмысын үздіксіз сапаны жақсарту мақсатында көрсетеді.

Құрылымдық бөлімшелерге индикаторларды анықтауда әдіснамалық көмек көрсету үшін жауапкершілік – ПҚІБҚ-ға (Сапа, пациент қауіпсіздігі және ішкі аудит бөліміне) жүктеледі. Индикаторлар бойынша мәліметтерді жинау, талдау, валидация жасау және ПҚІБҚ отырысында ұсыну да осы бөлімнің міндеті.

Әр құрылымдық бөлімшеде индикаторларды бақылауға жауапты тұлға белгіленеді және ол индикаторлардың орындалуы бойынша есепті ПҚІБҚ-ға белгіленген мерзімде ұсынуға жауапты.

Жыл сайын Орталық басшылығы клиникалық және әкімшілік бағыттар бойынша құрылымдық бөлімшелер жұмысының тиімділік көрсеткіштерін бақылауға арналған ең маңызды сапа индикаторларын айқындайды.

Негізгі көрсеткіштерді мониторингтеу ұйымның стратегиялық мақсаттарын жүзеге асыруға, сапа мен пациент қауіпсіздігін жақсартуға және экономикалық тиімділікті арттыруға бағытталған.

Жыл сайын әр бөлім меңгерушісі өз бөлімінің жұмысын бақылау үшін кемінде екі индикатор белгілейді. Индикаторды таңдауда ол бөлімшені дамыту бағыттарын, сапа мен қауіпсіздік саласындағы қауіп-қатер аймақтарын және экономикалық тиімділікті басшылыққа алады.

Бөлім меңгерушісі әр қызметкер үшін жеке индикаторлар әзірлейді, олар жыл сайынғы бағалау кезінде оның жұмысын бағалауға мүмкіндік береді.

Орталықтың басшылығы өздері үшін басым бағыттарды айқындап, сол бағыттар бойынша индикаторлар арқылы мониторингті бастау керек.

Мәліметтер келесі бағыттар бойынша жиналуы тиіс: ПҚХМ

а) клиникалық саладағы индикаторлар, соның ішінде JCI стандарттарының талаптары бойынша,

б) әкімшілік индикаторлар,

с) халықаралық пациент қауіпсіздігінің алты мақсаты (ПҚХМ) бойынша индикаторлар.

Индикаторлар құрылымды, процесті және емдеу нәтижелерін көрсетуі мүмкін:

а) Құрылым индикаторлары бөлімшенің жоғары сапалы медициналық көмек көрсету мүмкіндіктерін айқындауға көмектеседі;

б) Процесс индикаторлары әдетте емдеу стандарттары болып табылады;

с) Нәтиже индикаторлары медициналық көмектің соңғы тиімділігін көрсетеді. Бұл топтағы индикаторларды өз кезегінде медициналық, экономикалық және әлеуметтік тиімділікті көрсететін көрсеткіштерге бөлуге болады.

Деректерді жинауға және талдауға жауапты қызметкерлер деректермен жұмыс істеу бойынша тәжірибеге, білімге және дағдыларға ие болуы керек, сондай-ақ статистикалық әдістер мен құралдарды (орташа мән, стандартты ауытқу есептеу және т.б.) қолдануы тиіс.

ПҚІБҚ (Сапа, Пациент қауіпсіздігі және Ішкі аудит бөлімі) функциялары:

а) Халықаралық және ұлттық аккредитация стандарттарына сәйкес бүкіл ұйым үшін басым индикаторларды әзірлеу.

б) Қатысты құрылымдық бөлімшелермен бірлесіп «Индикатор паспортының» толтырылуын қамтамасыз ету, барлық мониторинг жүргізілетін индикаторлардың жиынтық тізімін жасау.

с) Орталық басшылығына келісуге ұсыну, әрі қарай басшылықпен бекітуге шығару. *Орталық басшылығы басым индикаторларды бекіткеннен кейін ПҚІБҚ:*

а) Жауапты тұлғаларға индикаторларды жинау және талдау жүргізу үшін ақпарат береді. Жауапты тұлғалар белгіленген мерзімде деректерді аккредитация және сапа менеджменті бөліміне тапсырады.

б) Деректерді жинау, мониторинг (свод) және диаграммалармен презентация түрінде ресімдеуді жүзеге асырады.

с) Қажет болған жағдайда деректердің дұрыстығын тексеру (валидация) жүргізіледі (қ. Деректерді валидациялау ережелері).

d) Деректерді талдап, қажет болған жағдайда бенчмаркинг (саладағы үздік ұйымдармен салыстыру) жүргізеді және түзету шараларын ұсынады.

e) Егер индикаторлар бойынша шекті мәндерге қол жеткізілсе, жұмыс деңгейі қанағаттанарлық деп есептеледі.

f) Қажетті нәтиже алынбаған жағдайда, барлық мүдделі тараптардың қатысуымен себептерді талдау жүргізіледі.

g) Талдау нәтижелері бойынша кемшіліктерді жою және жақсарту бойынша іс-шаралар жоспары әзірленеді.

h) Жауапты тұлғаларға жеткен және жетпеген индикаторлар шектері мен іс-шаралар жоспары туралы ақпарат жеткізіледі.

i) Тоқсан сайын немесе жиі ПҚІБҚ отырысында индикаторлар бойынша есеп береді, әрі бұл есеп пациенттер қауіпсіздігі мен сапасы бағдарламасының бір бөлігі ретінде ұсынылады.

j) Тоқсан сайын немесе жиі бөлімшелерге индикаторлар бойынша диаграмма түріндегі жиынтық ақпарат таратылады.

5.3 Егер белгілі бір индикатор бір жыл бойы тұрақты түрде қалаған шекті мәнге жетіп отырса, басқа индикаторды бақылауға алу мүмкіндігін қарастыруға болады.

ПҚІБҚ-ның бұдан кейінгі функциялары:

a) Талқылау, ұсыныстар беру.

b) Жақсарту жоспарын бекіту.

c) Орталық директорына жақсарту бойынша ұсыныстар енгізу.

Индикаторлар тізімі Б қосымшасында ұсынылған. Төменде атаулары көрсетілген:

Медициналық статистика кабинеті келесі индикаторларды қамтиды:

1. Әкімшілік индикаторлар:

1.1 МӘМС/ТМККК бойынша көрсетілген қызметтер санының жоспар орындалуы

1.2 МӘМС/ТМККК бойынша қаржылық жоспардың орындалуы

1.3 Ақылы қызметтер саны бойынша жоспардың орындалуы

1.4 Ақылы қызметтер бойынша қаржылық жоспардың орындалуы

1.5 Медициналық туризм

Ұйымдастыру-әдістемелік бөлім келесі индикаторларды талдайды:

1. Әкімшілік индикаторлар:

1.2 Дәрігерді қабылдауға келген пациенттердің қанағаттанушылық үлесі

1.3 Медбикелер жұмысына «жақсы» және «өте жақсы» деп баға берген пациенттердің үлесі

1.4 Тіркеу бөлімінің қызметіне қанағаттанған пациенттердің үлесі

1.5 «ҚКО» ШЖҚ МКК-на қайта жүгінгісі келетін пациенттердің үлесі

1.10 Медициналық персоналдың еңбек режимін ұйымдастыруға қанағаттанушылық деңгейі

2. Клиникалық индикаторлар:

2.1 Медициналық қателер саны

2.2 Консультациялық орталықта көрсетілген медициналық қызметтердің сапа деңгейі

2.3 Диагностикалық орталықта көрсетілген медициналық қызметтердің сапа деңгейі

2.4 Стационардағы көрсетілген медициналық қызметтердің сапа деңгейі

3. ПҚХМ индикаторлары (ISPG):

3.1 ПҚХМ 1 – Пациентті дұрыс сәйкестендіру үлесі

3.2 ПҚХМ 2 – Зертханалық медицина орталығы бойынша ауызша/телефон хабарламаларын құжатпен рәсімдеу үлесі

3.3 ПҚХМ 4 – Хирургиялық/инвазивтік процедура алдында тайм-аут процедурасы жүргізілген пациенттердің үлесі

3.4 ПҚХМ 6 – Седация қызметінен кейін құлау қаупі қайта бағаланған пациенттердің үлесі

Кадр бөлімі келесі индикаторларды қамтиды:

1. Әкімшілік индикаторлар:

1.1 Кадрлардың ауысу көрсеткіші

1.2 Жүрек-өкпе реанимациясы шаралары бойынша оқытылған дәрігерлік, орта және кіші медицина қызметкерлерінің үлесі

Әкімшілік-шаруашылық қызмет келесі индикаторлармен бағаланады:

1. Әкімшілік индикаторлар:

1.1 Өрт кезінде эвакуация бойынша оқуға қатысқан қызметкерлердің үлесі

Клиникалық фармакология келесі индикаторларды қамтиды:

1. Клиникалық индикаторлар:

1.1 Дәрі-дәрмекті дұрыс пайдаланбау үлесі

1.2 Антибиотикотерапия үлесі, оның ішінде резервтік антибиотиктерді қолдану

1.3 Негізгі терапия үлесі

1.4 Полипрагмазия көрсеткіші

Инфекциялық бақылау келесі индикаторларды қамтиды:

1. Инфекциялық бақылау:

1.1 Қоршаған орта нысандарынан алынған оң нәтиже көрсеткен егу материалдарының пайызы

1.2 Клиникалық бөлімдерден инфекциялық аурулар бойынша шұғыл хабарламаларды уақтылы жолдау

1.3 Антисептик шығынын бақылау

2. ПҚХМ индикаторлары (ISPG):

2.1 ПҚХМ 5 – Қол гигиенасы бойынша зертханалық мониторинг

Дәрілік қамтамасыз ету бөлімі келесі индикаторларды қамтиды:

1. ПҚХМ индикаторлары (ISPG):

1.1 ПҚХМ 3 – Жоғары қауіп дәрежесіндегі дәрілік заттарды дұрыс сақтау үлесі

Бөлім меңгерушілері келесі индикаторлар бойынша жұмыс істейді:

1. Клиникалық индикаторлар:

- 1.1 Негізсіз госпитализациялар саны
- 1.2 Басқа стационарға ауыстырылғандар саны
- 1.3 Сыртқы консультациялар саны: онлайн және оффлайн
- 1.4 Шұғыл көмекті уақтылы көрсету
- 1.5 Стационарлық емдеуге пациенттің ақпараттандырылған келісімін алу
- 1.6 Жоспарлы КАГ саны
- 1.7 Шұғыл КАГ саны
- 1.8 Жоспарлы ТАКА саны
- 1.9 Шұғыл ТАКА саны
- 1.10 ТАVI, Шунтография, Аортография, Ангиопульмонография оталары саны
- 1.11 Жоспарлы ашық жүрекке жасалған оталар саны: АКШ, АКШ+туа біткен және жүре пайда болған ақауларды түзету, АКШ+РЧА, ЭКМО және т.б.
- 1.12 Шұғыл ашық жүрекке жасалған оталар саны: сол жоғарыдағылар
- 1.13 Контрпульсатор қолданылған пациенттер саны
- 1.14 Жоспарлы оталар: тұрақты ЭКС имплантациясы, уақытша ЭКС имплантациясы, ЭФИ РЧА, ИКД имплантациясы, CRT-D орнату
- 1.15 Шұғыл оталар: жоғарыдағы тізім бойынша
- 1.16 Интраоталық асқынулар көрсеткіші: қан кету, басқа органдарға зақым
- 1.17 отадан кейінгі асқынулар көрсеткіші: қан кету, инфекциялық асқынулар, медиастенит, рестернотомия, ішкі органдар қызметінің бұзылуымен жүретін деформациялар, ірінді-септикалық асқынулар
- 1.18 ТАКА-дан кейінгі асқынулар көрсеткіші
- 1.19 Жоспарлы госпитализация кезіндегі өлім-жітім көрсеткіші.

4 ПАЦИЕНТТЕР ҚАУІПСІЗДІГІН ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУДІҢ НЕГІЗГІ СТРАТЕГИЯЛАРЫН ЕНГІЗУ ЖӘНЕ МОНИТОРИНГІНІҢ ҰЙЫМДАСТЫРУ-ФУНКЦИОНАЛДЫҚ ТЕХНОЛОГИЯЛАРЫ

4.1 Пациенттер қауіпсіздігі бойынша негізгі халықаралық мақсаттарға мониторинг жүргізу

2016 жылғы ҚР Ұлттық аккредитация стандарттарын енгізу үшін орталық бойынша 88 СОП/ереже және 50 индикатор әзірленді. Орталықтың ПҚІБҚ бөлімі күнделікті жұмысында тікелей 15 СОП/ереже қолданады және орталықтың сапа көрсеткіштері бойынша барлық индикаторларға мониторинг жүргізеді.

Пациенттер қауіпсіздігі жөніндегі 6 халықаралық мақсатты (6 ПҚХМ) енгізу үшін арнайы Ережелер әзірленіп, орталық қызметкерлерінің күнделікті практикасына енгізілді.

Ережелерді енгізу бүкіл орталық персоналын оқытуды көздеді. Бұл процеске құрылымдық бөлімшелердің жауапты тұлғалары тартылып, олар құжатты әзірлеуге және персоналды оқытуға белсенді қатысты.

Ережелер енгізілгеннен кейін құжат мазмұнын жақсарту мақсатында сұхбаттар өткізіліп, кері байланыс жиналды.

Енгізудің нәтижелілігіне мониторинг ай сайын жүргізілді және бұл индикаторларда бекітілген есептеу формулаларына сәйкес жүзеге асырылды.

Деректердің валидациясы (дұрыстығын тексеру) жүргізілді, ол шешім қабылдау мен тиімділікті бағалау үшін қолданылатын деректердің нақты әрі сенімді болуын қамтамасыз етті. Бұл тексеру қағаз және электрондық түрде сақталған әкімшілік және клиникалық деректерге де қатысты болды [134–136].

Деректерді валидациялау келесі жағдайларда жүргізіледі:

а) Жаңа индикатор қолданылғанда (әсіресе, маңызды клиникалық үдерістер мен олардың нәтижелерін жақсарту мақсатында енгізілген клиникалық индикаторлар);

б) Деректер ұйымның веб-сайтында немесе басқа тәсілмен жарияланатын болса;

с) Бар индикаторларға өзгерістер енгізілген жағдайда, мысалы, деректер жинау құралдары немесе әдістемесі өзгерсе, деректерді талдау процесі өзгерсе немесе талдау жүргізетін қызметкер ауысса;

д) Бар индикаторлардан алынған деректер түсініксіз себептермен өзгерсе;

е) Дереккөзі өзгерсе, мысалы, науқастың медициналық картасының бір бөлігі электрондық форматқа көшіріліп, дереккөзі ретінде қағаз да, электрондық тасымалдаушы да қолданылса;

ф) Деректер жинау нысаны өзгерсе, мысалы, науқастардың орташа жасы, қосалқы аурулар өзгерсе, жаңа клиникалық хаттамалар енгізілсе немесе жаңа технологиялар мен емдеу әдістері қолданылса.

Деректерді валидациялау — бұл деректер сапасын анықтау мен шешім қабылдайтын тұлғалар үшін ақпараттың дәлдігіне сенімді болудың маңызды құралы.

Бұл — бағалауға арналған басым бағыттарды, үдерістерді, индикаторларды, деректерді жинау, растау және оларды жақсарту үшін қолдану кезеңдерін анықтайтын үдерістің бір бөлігі.

Орталықтың басшылығы клиникалық қызмет, пациент қауіпсіздігі немесе басқа салалар бойынша жарияланатын деректердің дәл әрі сенімді болуын қамтамасыз етуге жауапты және қоғамға ең сенімді ақпарат ұсыну бойынша этикалық жауапкершілік арқалайды [137–140].

Деректерді валидациялау процесі — пациенттердің сапасы мен қауіпсіздігі бойынша Бағдарламаның бір бөлігі болып табылады және бұл үдерістерді жақсартуға бағытталған құрал ретінде қолданылады.

Деректерді валидациялау келесі жағдайларда жүргізіледі:

а) Жаңа индикатор қолданылғанда (әсіресе, маңызды клиникалық үдерістер мен олардың нәтижелерін жақсарту мақсатында енгізілген клиникалық индикаторлар);

б) Деректер ұйымның веб-сайтында немесе басқа тәсілмен жарияланатын болса;

с) Қолданыстағы индикаторларда өзгерістер орын алғанда, мысалы, деректер жинау құралдары немесе әдістемесі өзгерсе, деректерді талдау тәсілі өзгерсе немесе деректерді талдаумен айналысатын қызметкер ауысса;

д) Қолданыстағы индикаторлардан алынған деректер түсініксіз себептермен өзгерген жағдайда;

е) Дереккөз өзгергенде, мысалы, пациенттің медициналық картасының бір бөлігі электрондық форматқа көшіріліп, ақпарат көзі ретінде қағаз және электрондық тасымалдағыш қатар қолданылған жағдайда;

ф) Деректерді жинау нысаны өзгергенде, мысалы, пациенттердің орташа жасы, қатар жүретін аурулары өзгерсе, жаңа клиникалық хаттамалар енгізілсе немесе жаңа технологиялар мен емдеу әдістері қолданылса.

Деректерді валидациялау — шешім қабылдаушы тұлғалар үшін деректер сапасы мен ақпараттың дәлдігіне сенімділікті қамтамасыз ететін маңызды құрал.

Бұл — бағалау мен жақсарту үдерісінде басым бағыттарды, процестерді, индикаторларды анықтау, деректерді жинау, растау және қолдану кезеңдерінің бірі болып табылады.

Орталықтың басшылығы клиникалық қызмет, пациент қауіпсіздігі және өзге де салалар бойынша жарияланатын деректердің дәлдігі мен сенімділігіне жауапты болып табылады және қоғамға шынайы әрі нақты ақпарат ұсыну бойынша этикалық міндеттемені өз мойнына алады [139–142].

Деректерді валидациялау процесі — пациенттердің сапасы мен қауіпсіздігі бағдарламасының құрамдас бөлігі және процестерді жетілдіруге бағытталған.

Деректерді валидациялау әдістемесі қарапайым:

Деректер көзі бойынша кездейсоқ таңдалған үлгі анықталады. Бұл үлгіні алғашқы деректерді жинаған тұлға (бірінші абстратор) пайдаланған сол дереккөзге сүйене отырып, екінші тұлға (екінші абстратор) қайта тексереді.

Қайта абстракция (екінші тұлға жүргізетін қайта дерек жинау) орындалады. Алынған қайта абстракцияланған деректер (екіншілік индикатор көрсеткіші) бастапқы деректермен (біріншілік индикатор көрсеткіші) салыстырылады.

Егер бірінші абстратор қарастырған бастапқы таңдау көлемі (N) 17–160 аралығында болса, кемінде 16 жағдай тексерілуі керек.

Егер N 160-тан көп болса, онда кемінде 10% жағдай валидацияға жатады.

Дәлдік деңгейі есептеледі:

екінші абстратордың нәтижесі бірінші абстратордың нәтижесіне бөлінеді.

90% және одан жоғары дәлдік деңгейі – бұл жақсы көрсеткіш болып саналады, және бұл жағдайда деректер валидтелген деп есептеледі.

Егер нәтижелер арасында айырмашылықтар болса, оның себебін анықтау қажет (мысалы, деректерді анықтау қателігі) және тиісті түзету шараларын қабылдау керек.

Түзету шараларына мыналар кіруі мүмкін (бірақ олармен шектелмейді):

- персоналды кәсіби оқыту,
- деректердің анықтамаларын нақтылау,

- міндетті деректер элементтерін белгілеу,
- қосымшаларда деректердің шынайылығын тексеру,
- деректерді енгізу кезіндегі қателіктер мен жетіспейтін ақпаратты болдырмау.

Сонымен қатар, пациенттердің қауіпсіздігін мониторингтеу барысында б МЦБ (Международные цели безопасности пациентов) шеңберінде әр индикатор бойынша тіркелген инциденттер саны да ескерілді.

Пациенттердің қауіпсіздігі бойынша 1-Халықаралық мақсат: Пациенттерді сәйкестендіру ережелері

Стационарлық пациенттерді сәйкестендіру жеке куәлік немесе паспорт деректері негізінде жүргізіледі және қабылдау бөлімінде пациенттің білегіне идентификациялық білезікті еркін тағу әдісімен жүзеге асырылады.

Артық салмақты пациенттер үшін идентификациялық білезік екі кәдімгі білезіктен біріктіріліп жасалады.

Қабылдау бөлімінде медбике стационарлық пациентті тіркеу кезінде ақ түсті білезікті білегіне еркін түрде бекітеді, оның ішінде келесі сәйкестендіргіштер жазылады:

- а) тегі, аты, әкесінің аты (толық),
- б) туған күні, айы және жылы.

Қабылдау бөлімінде медбике пациентті сәйкестендіру үшін және биоматериал салынған контейнерлерді таңбалау үшін тегі, аты, әкесінің аты мен туған күн, ай, жыл көрсетілген стикерлерді (жапсырмалар) басып шығарады.

Бұл стикерлер стационарлық науқастың медициналық картасының қалтасына салынады. Стикерлер медициналық құжаттамаға уақытылы желімделеді – мәтін принтерде басылғанға дейін немесе бірден басып шығарылған кезде. Сәйкестендіргішсіз медициналық құжаттамамен жұмыс істеуге жол берілмейді.

Қабылдау және стационарлық бөлімдерде медбике пациентке және/немесе оны ертіп жүрген тұлғаға идентификациялық білезік/бейдж тағудың мақсаты мен маңыздылығы, білезікті құрғақ сақтау қажеттілігі, тері тітіркенуі мен қызарудың алдын алу туралы түсіндіреді.

Стационарлық және диагностикалық бөлімдерде пациентті сәйкестендіру келесі тәсілдермен жүзеге асырылады (пациент өзі дауыстап барлық сәйкестендіру деректерін айтуы қажет):

- а) Ауызша сұрау (Т.А.Ә. және туған күні),
- б) Білезік/бейдж деректерімен салыстыру,
- с) Медициналық құжаттамадағы деректермен салыстыру.

Егер пациентпен ауызша байланыс мүмкін болмаса (кома, есеңгіреу, дезориентация, психоэмоционалдық жағдай, сөйлеу қабілетінің бұзылуы), сәйкестендіру:

- а) Білезік деректерімен және
- б) Медициналық құжаттамадағы деректермен салыстыру арқылы жүргізіледі.

Егер білезікке аллергиялық реакция байқалса, бөлім медбикесі оны Т.А.Ә. және туған күні көрсетілген бейджге ауыстырады. Пациентке бейджді үнемі тағып жүру немесе медициналық манипуляциялар кезінде өзімен бірге алып жүру қажеттілігі туралы нұсқаулық беріледі.

Кез келген жағдайда медициналық персонал пациенттен идентификациялық білезікті немесе бейджді талап етуі тиіс.

Білезік жоғалған немесе бүлінген жағдайда, бөлім медбикесі қысқа мерзім ішінде қабылдау бөлімінен дубликат тапсырысына жауапты болады. Білезік болмаған кезеңде пациенттің Т.А.Ә. және туған күні ауызша сұралып, медициналық құжаттармен салыстырылады.

Пациентті ауруханадан шығарған кезде, стационарлық бөлімнің медбикесі білезікті абайлап қайшымен кесу арқылы алып, пациентті жарақаттап алмау үшін медициналық қалдықтардың «Б» класына сәйкес утилизация жасайды.

Негізгі талаптар келесідей:

Пациенттер келесі екі сәйкестендіргіш бойынша сәйкестендіріледі:

а) тегі, аты, әкесінің аты – толық; б) туған күні, айы, жылы.

Ерекше жағдайларда (мысалы, коматозды немесе есеңгіреген/дезориентацияланған күйде, жеке басын куәландыратын құжатсыз болған кезде) пациентті сәйкестендіру келесі сәйкестендіргіштер негізінде жүргізіледі: а) белгісіз (ер/әйел); б) жыныстық белгісі (ер немесе әйел); с) стационарлық/амбулаторлық науқастың медициналық картасының нөмірі. Егер бір уақытта бірнеше белгісіз пациент түссе, олар реттік нөмірмен белгіленеді: мысалы, белгісіз №1, белгісіз №2 және т.б.

Клиникалық бөлімше атауларын, палатаның немесе амбулаториялық кабинет нөмірлерін, дәрігердің мамандығын және т.б. сәйкестендіргіш ретінде пайдалануға қатаң тыйым салынады. Пациенттің сәйкестендіргіштері пациентке күтім жасау мен емдеу жоспарына байланысты элементтерді (пробиркалар, мониторлар және т.б.) таңбалау үшін пайдаланылады.

Осы стандарт критерийінің орындалуын бақылау үшін кейбір авторлар белгілі бір кезең ішінде қолданылған білезіктердің санын пайдалануды ұсынған. Алайда, зерттеулер бұл әдістің тиімді еместігін көрсетті, өйткені қолданылған білезіктердің саны ауруханаға жатқызылған науқастар санынан бірнеше есе көп болды. Талдау барысында анықталғандай, пациенттер білезік тағуға құлықсыз, жиі оны әртүрлі тәсілмен шешуге тырысады, соның салдарынан медбикелер ауруханаға жатқызу кезеңінде білезікті бірнеше рет басып шығарып, қайта тағуға мәжбүр болады.

Осыған байланысты, біздің зерттеуімізде сапа көрсеткіші ретінде қабылданған формула: **медициналық қызмет көрсету кезінде сәйкестендіру жүргізілген жағдайлар саны * 100) / жалпы байқау саны.**

Чек-параққа сәйкес, персонал индикаторды келесі әрекеттер алдында қолдануы тиіс:

– емдеу-диагностикалық тағайындауларды (направление) орындау және рәсімдеу кезінде,

– қан мен басқа да үлгілерді алу кезінде,

- медициналық құжаттамада,
- журналдарда,
- сондай-ақ персоналдан стандартты білуі бойынша сұрау жүргізіледі.

Индикатордың шекті мәні 100%-ға жақын болуы тиіс. Чек-парақ қолданумен қатар, пациенттерді дұрыс сәйкестендірмеуден туындаған инциденттер де есепке алынды.

Әр бөлімше ай сайын индикатордың орындалуы бойынша есептер мен туындаған инциденттер туралы мәліметтерді ұсынды.

Бұл деректер жылдық есептер үшін жылдық орташа көрсеткіштерге біріктірілді. Сонымен қатар, индикатор бойынша деректердің валидациясы сарапшылар тарапынан ай сайын жүргізілді және жылдық есептердің орташа жылдық көрсеткіштеріне қосылды.

2017–2023 жылдар аралығындағы орталықта пациенттерді сәйкестендіру ережелерінің сақталу динамикасы 2-кестеде ұсынылған.

Кесте 2 – 2017–2023 жылдар аралығындағы орталық қызметкерлері тарапынан пациенттерді сәйкестендіру ережелерін қолдану индикаторының көрсеткіші.

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Орталық бойынша орындалуы	72	74	78	82	85	88	90
Қызметкерлерді сауалнамалау	85	87	88	90	90	91	92
Сәйкестендіру ережелерін қолдану бойынша	70	73	75	80	83	87	90

Төменде 2017–2023 жылдар аралығындағы орталықта пациенттерді сәйкестендіру ережелерін қолдану кезіндегі инциденттердің динамикасы ұсынылған (3-кесте).

Пациенттерді сәйкестендіру ережелерін сақтамау нәтижесінде туындаған инциденттер саны 1000 емделген жағдайға шақтап есептелді.

Кесте 3 – 2017–2023 жылдар аралығындағы орталық қызметкерлері тарапынан пациенттерді сәйкестендіру ережелерін дұрыс қолданбау нәтижесінде туындаған инциденттер көрсеткіші.

Инциденттер	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Саны	11	8	8	7	5	5	3
1000 емделген жағдайға шаққанда	1,04	0,80	0,76	0,72	0,86	0,62	0,33

Ұсынылған деректердің негізінде, пациентті дұрыс сәйкестендіруді қамтамасыз етуге бағытталған ұйымдастырушылық-функционалдық технологияларды енгізудің нәтижесінде сәйкестендіру қателерінің саны 1000 емделген пациентке шаққанда 1,04-тен 0,33-ке дейін сенімді түрде азайғаны анық байқалады. Атап өту қажет, қателіктердің көпшілігі пациентке зиян

келтірмеген, дегенмен 2018 жылы орталықтың қабылдау бөлімінде медициналық сестраның пациентті сәйкестендіру кезінде елеулі қате жібергені тіркелді. Атап айтқанда, пациенттің тегі, аты, әкесінің аты дұрыс енгізілген, алайда туған күні бойынша қате жіберілген. Соның салдарынан медициналық ақпараттық жүйеге (МАЗ) басқа пациенттің деректері енгізілген. Бұл қателік ем қабылдаған нақты пациенттің емдеу нәтижесінің өліммен аяқталуына байланысты күрделене түсті. МИС-тен барлық деректер автоматты түрде пациенттің электрондық денсаулық паспортына (ЭДП) түсетіндіктен, орталыққа ешқашан жүгінбеген басқа бір пациент «қайтыс болды» деген мәртебемен тіркелді. Аталған жағдайдың салдары ретінде, бұл адам әлеуметтік төлемдерді алу және мемлекеттік органдарда қызмет көрсету кезінде бірқатар күрделі қиындықтарға тап болды. Осы мәселені шешу үшін келесі ұйымдардың көмегі қажет болды:

- Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру қоры,
- Республикалық электрондық денсаулық сақтау орталығы,
- Алматы қаласының қоғамдық денсаулық сақтау басқармасы.

Пациенттердің қауіпсіздігі бойынша 2-Халықаралық мақсат: Ақпаратты ауызша және телефон арқылы беру ережелері

Медбике постында, стационарлық телефонға жақын жерде, қолжетімді орынға пациенттердің қауіпсіздігі бойынша 2-мақсатқа (ПҚХМ-2) арналған «Ауызша немесе телефон арқылы берілген хабарламаны қабылдау парағы» нысанының басып шығарылған бланкілері әрдайым жеткілікті мөлшерде болуы тиіс.

Ауызша немесе телефон арқылы ақпарат алған кезде медицина қызметкері келесі **«жазды – дауыстап оқыды – растауды естіді»** сызбасы бойынша әрекет етуі керек:

I. ПҚХМ-2 нысанының «Ауызша немесе телефон арқылы берілген хабарламаны қабылдау парағына» хабарламаны **жазып алу**.

II. Жазылған мәтінді дауыстап **оқып беру** және оның дұрыстығын растау үшін келесі сұрақты қою: «Мен сізді дұрыс түсіндім бе?»

III. Ауызша немесе телефон арқылы берілген хабарламаның **дұрыс жазылғанын растауды есту**. Жауап келесідей болуы тиіс: «Иә, бәрі дұрыс».

IV. ПҚХМ-2 нысанын (толтырылған бланкті) **30 минут ішінде емдеуші дәрігерге тапсыру**, кейіннен оны стационарлық/амбулаторлық науқастың медициналық картасына тіркеу.

Пациенттердің қауіпсіздігі бойынша 2-Халықаралық мақсат: Ақпаратты ауызша және телефон арқылы беру ережелері (жалғасы) Ауызша немесе телефон арқылы алынған клиникалық маңызды ақпаратты алған дәрігер критикалық мәндердің және/немесе дәрілік заттарды тағайындаудың қабылданғаны туралы қолтаңбасымен және нақты уақытын көрсете отырып куәландыруы тиіс.

Дәрілік затты ауызша немесе телефон арқылы тағайындаған дәрігер тиісті ПҚХМ-2 нысанын (Ауызша немесе телефон арқылы берілген хабарламаны тіркеу парағы) 24 сағат ішінде тегі мен инициалдарын көрсете отырып қол қоюға және тағайындауды дәрігерлік тағайындаулар парағына жазбаша түрде енгізуге міндетті. Шұғыл клиникалық жағдайларда (мысалы, "Көк код" сигналы кезінде,

ота бөлмесінде немесе реанимация бөлімшесінде), егер ақпаратты жазып алуға мүмкіндік болмаса, ақпаратты қабылдаушы медицина қызметкері берілген нұсқауды немесе хабарламаны толық көлемде дауыстап қайталауы қажет — бұл ақпараттың дұрыс қабылданғанын растау үшін қолданылады.

Шұғыл жағдайда тағайындалған дәрілік заттар бойынша:

– медициналық сестра шұғыл көмектен кейін 24 сағат ішінде тағайындауды ПҚХМ-2 нысанына енгізіп, оны пациенттің медициналық құжаттамасына тіркеуі тиіс;

– дәрігер дәл сол мерзім ішінде тағайындауды дәрігерлік тағайындаулар парағына ресми түрде жазуы тиіс.

Бұл тәртіп пациенттің қауіпсіздігін қамтамасыз ету, клиникалық процестердің ашықтығы мен қателіктердің алдын алу мақсатында қолданылады және ұйымның ішкі бақылау жүйесінің маңызды элементі болып табылады.

Сыни мәндер анықталған немесе шұғыл зертханалық және диагностикалық зерттеулер орындалған жағдайдағы хабарландыру

Диагностикалық бөлім дәрігерлері мен зертханалық диагностика мамандары зертханалық және/немесе диагностикалық зерттеулердің сыни нәтижелері анықталған жағдайда міндетті түрде:

а) зертханалық және/немесе диагностикалық зерттеу нәтижелерін телефон арқылы стационарлық және амбулаториялық бөлімдерге жеткізуі тиіс;

б) зертханалық және/немесе диагностикалық зерттеулердің сыни нәтижелерін стационарлық және амбулаториялық бөлімдерге беру фактісі міндетті түрде «Сыни зерттеу нәтижелерін беру журналына» тіркелуі тиіс.

Зертханалық және/немесе диагностикалық зерттеулердің сыни нәтижесін алған сәттен бастап оны беру уақытының аралығы 5 минуттан аспауы тиіс.

Ерекше жағдай – патологоанатомиялық бөлімде анықталған сыни мәндер, олар анықталған сәттен бастап 30 минут ішінде берілуі қажет.

Егер зерттеу нәтижесі нормадан айтарлықтай ауытқыған сыни мәнді немесе шұғыл зерттеуді көрсетсе және ақпаратты қабылдаған қызметкер дәрігер болмаса, ол бұл ақпаратты **30 минут ішінде** жауапты дәрігерге (емдеуші немесе кезекші дәрігерге) жеткізуі тиіс.

Дәрігер зерттеу нәтижесі бойынша қажетті түзету шараларын қабылдауы және сыни мәнді немесе шұғыл зерттеу нәтижесін алған уақытын көрсете отырып, қол қоюы тиіс. Бұл белгі ПҚХМ-2 нысанына («Ауызша немесе телефон арқылы берілген хабарламаны тіркеу парағы») енгізіледі.

Диагностикалық және зертханалық зерттеулердің сыни мәндері СОП/ережелер қосымшаларында нақты көрсетілген және әрекет ету алгоритмі блок-схемаларда сипатталған.

ПҚІБҚ белгіленген **индикаторларға** сәйкес сыни мәндерді уақтылы беру үдерісіне тұрақты талдау жүргізіп отырады.

Сапа көрсеткіші ретінде келесі формула қолданылды:

(дұрыс берілген сыни мәндер саны * 100) / сыни мәндердің жалпы саны.

Чек-параққа сәйкес, персонал тарапынан индикаторды қолдану келесі аспектілерді қамтыды:

- дәрілік заттарды ауызша тағайындау жазылып, қабылдаушы тарапынан дауыстап қайталануы;
- зерттеу нәтижелерін ауызша қабылдау кезінде олар жазылып, қабылдаушы тарапынан дауыстап оқылуы;
- телефонның жанында «Ауызша немесе телефон арқылы берілген хабарламаны қабылдау журналының» болуы;
- осы уақыт аралығында журналдың толтырылуы;
- сондай-ақ персонал арасында стандартты білуі бойынша сауалнама жүргізілді.

Индикатордың шекті мәні 100%-ға ұмтылуы тиіс.

Чек-парақпен қатар, ауызша ақпаратты дұрыс бермеу салдарынан туындаған инциденттер де есепке алынды.

Әр құрылымдық бөлімше ай сайын индикатордың орындалуы бойынша есеп және туындаған инциденттер туралы есеп ұсынды. Бұл деректер орталықтың жылдық есебінде орташа жылдық көрсеткіштер ретінде жинақталды. Сонымен қатар, индикатор бойынша деректерге сарапшылар тарапынан ай сайын валидация жүргізілді, және олар да орталықтың жылдық есебіндегі орташа жылдық көрсеткіштерге енгізілді.

2017-2023 жылдар аралығында орталықта ақпаратты ауызша және телефон арқылы беру ережелерін сақтау динамикасы 4-кестеде көрсетілген.

Кесте 4 – 2017-2023 жылдар аралығында орталық қызметкерлерінің ақпаратты ауызша және телефон арқылы беру ережелерін пайдалану көрсеткіші индикаторы

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Орталық бойынша орындалуы	80	84	85	86	85	89	90
Қызметкерлерге сауалнама жүргізу	92	93	94	95	95	96	96
Ережелерді қолдану бойынша деректерді валидациялау	78	80	82	83	83	86	90

Төменде 2017–2023 жылдар аралығында орталықта ақпаратты ауызша және телефон арқылы беру ережелерін дұрыс пайдаланбау салдарынан орын алған инциденттердің динамикасы көрсетілген (5-кесте).

Кесте 5 – 2017–2023 жылдар аралығында орталық қызметкерлері тарапынан ақпаратты ауызша және телефон арқылы беру ережелерін дұрыс пайдаланбау нәтижесінде орын алған инциденттер көрсеткіші.

Инциденттер	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Саны	16	10	8	7	5	5	4

Ұсынылған деректерге сәйкес, ақпаратты ауызша және телефон арқылы дұрыс жеткізуді қамтамасыз етуге бағытталған ұйымдастырушылық-функционалдық технологияларды енгізу нәтижесінде қателіктер саны жылына 16-дан 4-ке дейін сенімді түрде азайған. Барлық қателіктер пациенттің денсаулығына зиян келтірмеген деп бағаланған.

Пациенттердің қауіпсіздігі жөніндегі халықаралық мақсат 3: Жоғары қауіп төндіретін дәрілік заттармен жұмыс істеу ережелері

Жоғары қауіп төндіретін дәрілік заттардың, соның ішінде сыртқы түрі мен атауы ұқсас дәрілердің тізімі кемінде **жылына бір рет** қайта қаралады, қажет болған жағдайда тізім өзектендірілуі мүмкін. Бұл тізім формулярлық комиссия отырысында бекітіледі.


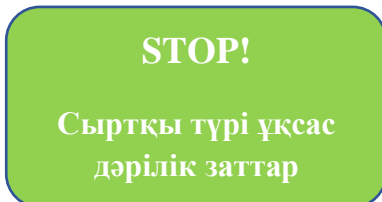
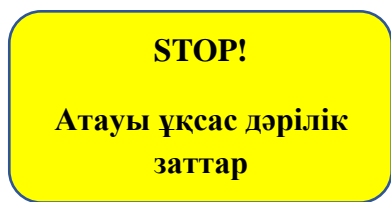
Жоғары қауіп төндіретін дәрілік заттар сақталатын және қолданылатын орындар міндетті түрде осы дәрілердің тізімімен қамтамасыз етілуі тиіс.

Атауы мен сыртқы түрі ұқсас дәрілік заттардың тізімі осы дәрілер сақталатын орындарда болуы тиіс.

Орталықта жоғары қауіп төндіретін дәрілік заттарды олар қолданылмайтын немесе сирек (аптасына 1 реттен аз) қолданылатын бөлімшелерде сақтауға қатаң тыйым салынған. Жоғары қауіп төндіретін дәрілік заттар сақталатын бөлімшелер нақты анықталған.

Орталықта жоғары қауіп төндіретін дәрілік заттар келесі талаптарға сәйкес сақталады: міндетті таңбалау – бұл дәрілер орналасқан сөре (шкаф, тоназытқыш) қызыл түсті стикермен белгіленіп, оның бетінде «STOP! Жоғары қауіп төндіретін дәрілер» деген жазу болуы тиіс; сондай-ақ, жоғары қауіп төндіретін дәрілердің қаптамалары да қызыл түсті «STOP! Жоғары қауіп төндіретін дәрілер» стикерімен таңбаланады; сыртқы түрі мен атауы ұқсас дәрілік заттар тиісті стикерлермен белгіленеді.

Кесте 6 - дәрілік заттарды қауіптілік дәрежесіне қарай таңбалау кестесі.

Жоғары қауіп төндіретін дәрілік заттар (қызыл)	Сыртқы түрі ұқсас дәрілік заттар (жасыл)	Атауы ұқсас дәрілік заттар (сары)
 <p>STOP! Жоғары қауіп төндіретін дәрілер</p>	 <p>STOP! Сыртқы түрі ұқсас дәрілік заттар</p>	 <p>STOP! Атауы ұқсас дәрілік заттар</p>

Егер жоғары қауіп төндіретін дәрілік заттардың жеке ампуласы қаптамасынан бөлек сақталса, ол да қызыл түсті тиісті стикермен таңбаланады. Егер қаптама ашылғанымен, ампулалар таңбаланған қаптаманың ішінде болса, онда жеке ампулаларды бөлек таңбалау талап етілмейді. Атауы мен сыртқы түрі ұқсас дәрілік заттардың жеке ампулалары да сәйкес түсті стикерлермен белгіленеді.

Жоғары қауіп төндіретін дәрілік заттарды басқа дәрілік заттардан бөлек, қызыл түсті жапсырмасы бар жеке сөрелерде немесе қораптарда сақтау қамтамасыз етілуі тиіс. Бұл жапсырмада «Тоқта! Жоғары қауіп төндіретін дәрілер» деген жазу болуы керек.

Атауы мен сыртқы түрі ұқсас дәрілік заттар бір-бірінен бөлек, әртүрлі сөрелерде, шкафтарда немесе сөре жүйелерінде сақталуы қажет. Орта буын медицина қызметкерлері мұндай препараттарды қолдану кезінде ерекше назар аударуы тиіс. Егер сыртқы түрі/атауы ұқсас, бірақ бекітілген тізімге кірмейтін дәрілер анықталса, бөлімше қызметкерлері оларды өз бетінше сәйкес стикермен таңбалай алады. Егер бөлімшеде сәйкес келетін ұқсас дәрі болмаса, бұл препарат жалпы сөреде сақталуы мүмкін, бірақ міндетті түрде тиісті таңбамен белгіленуі қажет.

Наркотикалық және психотроптық заттарды сақтау Қазақстан Республикасының заңнамалық және нормативтік құқықтық актілеріне сәйкес, арнайы жабдықталған, күзет және өрт қауіпсіздігі талаптарына сай келетін «наркотикалық және психотроптық заттарды сақтау бөлмелерінде» жүзеге асырылады.

Клиникалық бөлімшелерге жоғары қауіп төндіретін дәрілік заттар клиническо-фармакологиялық бөлімнен сұйылтылып, қолдануға дайын күйінде және тиісті таңбалауымен жеткізіледі.

Жоғары қауіп төндіретін дәрілерді тек дәрігер ғана тағайындай алады, бұл ретте препараттың атауы, дозасы, өлшем бірлігі, енгізу жолы мен жылдамдығы, тағайындау көрсеткіші, максималды бір реттік доза, курсы (қолданылған жағдайда), тағайындау күні мен уақыты нақты көрсетілуі тиіс.

Қажет болған жағдайда дәрігер пациенттің жағдайын бақылау мен дәріні енгізу ерекшеліктері бойынша мейірбике ісі маманына нұсқау береді.

Шұғыл жағдайларда («Көк код» өткізу, оталық блок жағдайында және т.б.) дәрілік заттарды ауызша тағайындауға жол беріледі.

Жоғары қауіп төндіретін дәрілік затты тағайындау орындалған кезде, мейірбике ісі маманы келесі жайттарға ерекше назар аударуы тиіс: пациентті аты-жөні мен туған күні бойынша сәйкестендіру; дәрілік затты тағайындау парағымен және қаптамасымен сәйкестендіру – «бес сәйкестік» қағидасы бойынша (сол дәрі ме...)

- a) – пациент
- b) – дәрілік зат
- c) – доза
- d) – енгізу уақыты мен жиілігі
- e) – енгізу жолы және жылдамдығы

Тағайындау орындалғаннан кейін пациенттің жағдайына мониторинг жүргізіледі.

Пациенттің жағдайындағы барлық өзгерістер, шағымдар, аллергия белгілерінің пайда болуы және т.б. туралы дәрігерге хабарланады және бұл туралы пациенттің медициналық картасына жазба енгізіледі. Қажет болған жағдайда түзету шаралары қолданылады.

Жоғары қауіп төндіретін дәрілік заттарды сақтау және таңбалау ережелері бойынша персоналға (бөлімшеде – аға мейірбике тарапынан) міндетті түрде нұсқаулық өткізіледі, оған атауы/сыртқы түрі ұқсас дәрілер де кіреді.

Орталықта жоғары қауіп төндіретін дәрілік заттардың қатарына кіретін концентрлі электролиттермен жұмыс істеу ережелері бойынша жеке стандартты процедура әзірленген («Концентрлі электролиттермен жұмыс істеу ережелері» қараңыз).

Жоғары қауіп төндіретін дәрілік заттармен дұрыс жұмыс істеуді бағалауды дәріхана қызметкерлері дәрілер сақталатын бөлімшелерде ай сайын трейсер өткізу арқылы жүзеге асырады. Трейсер нәтижелері «Жоғары қауіп төндіретін дәрілік заттарды дұрыс сақтау үлесі» индикаторы түрінде мониторингтен өтеді. Индикатор келесі формула бойынша есептеледі: дұрыс сақталған жоғары қауіп төндіретін дәрілер саны * 100 / барлық жоғары қауіп төндіретін дәрілердің жалпы саны.

Чек-листке сәйкес, келесі көрсеткіштер бағаланады: жоғары қауіп төндіретін дәрілер қызыл стикермен белгіленген бе, олар дұрыс сақтала ма (нұсқаулықта көрсетілген температураға сәйкес), олар жеке сөрелерде, қызыл түсті қорапта, «жоғары қауіп төндіретін дәрілер» жапсырмасымен белгіленген күйде сақтала ма, сондай-ақ қызметкерлер (кемінде 3 адам) стандартты білуі бойынша сұралған ба. Бұл ретте индикатордың шекті мәні 100%-ға жақын болуы тиіс. Чек-листпен қатар, пациентті сәйкестендіру қателіктерінен туындаған инциденттер де ескерілді.

Әрбір бөлімше ай сайын индикатордың орындалуы және инциденттер бойынша есептер ұсынған, олар орталықтың жылдық есептерінде орташа жылдық көрсеткіштер ретінде қорытындыланған. Бұған қоса, индикатор бойынша деректердің валидациясы сарапшылармен ай сайын жүргізіліп, олар да жылдық есептерде орташа жылдық көрсеткіштер түрінде жинақталған.

2017–2023 жылдар аралығында орталықта жоғары қауіп төндіретін дәрілік заттармен жұмыс істеу ережелерін сақтау динамикасы 7-кестеде көрсетілген.

Кесте 7 – 2017–2023 жылдар аралығында орталық қызметкерлері тарапынан жоғары қауіп төндіретін дәрілік заттармен жұмыс істеу ережелерін пайдалану көрсеткіші индикаторы.

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Орталық бойынша орындалуы	88	90	92	92	94	94	95
Қызметкерлерге сауалнама жүргізу	92	93	94	95	95	96	100
Ережелерді қолдану бойынша деректерді валидациялау	90	90	92	90	92	92	95

Төменде 2017–2023 жылдар аралығында орталықта жоғары қауіп төндіретін дәрілік заттармен дұрыс жұмыс істемеу салдарынан орын алған инциденттердің динамикасы көрсетілген (8-кесте).

Кесте 8 – 2017–2023 жылдар аралығында орталықта жоғары қауіп төндіретін дәрілік заттармен дұрыс жұмыс істемеу нәтижесінде орын алған инциденттер көрсеткіші.

Инциденттер	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Саны	11	8	8	7	6	4	2

Ұсынылған деректер жоғары қауіп төндіретін дәрілік заттармен дұрыс жұмыс істеуді қамтамасыз етуге бағытталған ұйымдастырушылық-функционалдық технологияларды енгізу нәтижесінде инциденттер саны жылына 11-ден 2-ге дейін азайғанын көрсетеді, бұл ПҚІБҚ (Сапа, Пациент қауіпсіздігі және Үздіксіз жақсарту қызметі) жұмысының жоғары деңгейде ұйымдастырылғанын білдіреді. Жоғары қауіп төндіретін дәрілік заттарды пайдалану ережелерін сақтамау салдарынан туындаған инциденттер пациентке зиян келтірген жоқ, себебі олар уақтылы анықталып, жедел түрде өңделді.

Пациенттердің қауіпсіздігі жөніндегі халықаралық мақсат 4: Ота алдындағы верификация және «тайм-аут» ережелері.

Ота алдындағы верификация отаға немесе инвазивті процедураға пациенттің дайын екенін тексеру мақсатында жүргізіледі және оны отаны немесе процедураны орындайтын дәрігер «Ота алдындағы верификация және тайм-аут» формасын толтыра отырып жүзеге асырады.

оталық блоктағы оталар үшін «Ота алдындағы верификация және тайм-аут» формасы дәрігермен отаға дейін алдын ала (мүмкін болса, бір күн бұрын) толтырылады. Бұл жерде дәрігер келесі тармақтар бойынша құжаттардың бар-жоғын, олардың дайындығы мен дұрыстығын бағалайды:

- a) ота алдындағы диагноз;
- b) отаға жазбаша түрдегі ақпараттандырылған келісім;
- c) анестезияға жазбаша түрдегі ақпараттандырылған келісім;
- d) зертханалық зерттеулер;
- e) электрокардиограмма;
- f) рентгенологиялық зерттеулер;
- g) анестезиологтың тексеруі;
- h) премедикация;
- i) венозды тамырларды катетерлеу;
- j) қан тобы мен резус-фактор анықталғаны;
- k) импланттардың дайындығы;
- l) қан компоненттерінің дайындығы;
- m) басқа да тармақтар – қажет болған жағдайда.

оталық блоктағы орта буын медицина қызметкерлері пациентті стационарлық бөлімшеден қабылдаған кезде оның отаға дайындығын «Орта буын медицина қызметкерлері арасындағы пациентті аудару» формасында

құжаттандырады (Пациентті бөлімшелер арасында ауыстыру және емді үйлестіру ережелері).

оталық блоктан тыс жүргізілетін араласулар үшін форма «Ота алдындағы верификация және тайм-аут (оталық блоктан тыс)» түрінде рәсімделеді және дәрігермен процедура күні, яғни процедураны жүргізбестен бұрын толтырылады.

Ота жасалатын жерді белгілеу (маркировка).

Пациенттің денесінде хирургиялық араласу орны белгіленбестен бұрын, пациентті сәйкестендіру екі сәйкестендіргіш бойынша жүргізіледі:

а) тегі, аты, әкесінің аты (толық);

б) туған күні (күні, айы, жылы) – бұл мәліметтер сәйкестендіру білезігі арқылы және ауызша белсенді сұрау әдісімен расталады.

Хирургиялық араласу орнын пациенттің денесінде тек отаны немесе жоғары қауіп төндіретін инвазивті процедураны орындайтын дәрігер ғана белгілеуі тиіс. Жоспарлы пациенттер үшін араласу орны пациент оталық залға жеткізілмей тұрып белгіленеді. Шұғыл араласу қажет болған жағдайда, ота алдындағы ең ерте кезеңде, қажет болса, оталық алаң тікелей оталық залда белгіленуі мүмкін.

Маркировка пациент ояу болған кезде пациенттің өзі немесе күтуші адамның қатысуымен жүргізіледі және бұл араласу орны екенін, әрі ол пациент қауіпсіздігін қамтамасыз ету мақсатында белгіленетінін түсіндіру арқылы жүзеге асырылады.

Пациенттің денесінде келесі жағдайларда ота және жоғары қауіп төндіретін процедуралар белгіленеді:

а) латералдылық (оң немесе сол жақ — мысалы, аналық бездер, қолдар, аяқтар, құлақтар, бастың төбе бөлігі және т.б.);

б) бірнеше құрылымдар немесе деңгейлер (саусақтар, фалангалар, омыртқалар).

Ерекшелік: жүрекке жасалатын оталар, жатыр денесіне жасалатын оталар (орталық орган, жалғыз орган, латералдылығы жоқ) кезінде белгі қою талап етілмейді.

Сондай-ақ, хирургиялық араласу орны тек оталық залда анықталатын диагностикалық (эксплоративтік) оталар кезінде де белгілеу жүргізілмейді.

Маркировка жүргізу үшін спирт негізіндегі маркер ұсынылады. Мысалы: теріге арналған фломастер, ал ол болмаған жағдайда — кеңсе қаламы немесе абайлап жағылған «жасыл бриллиант» ерітіндісі (бриллиантовая зелень).

Маркировка оңай танылатын, өңдеуден кейін және киім, жайма, салфеткалар қолданылғаннан соң да көрінетін болуы тиіс.

Пациенттің денесінде белгіленген аймақ бүкіл Ұлттық госпиталь бойынша бірыңғай және оңай танылатын белгімен – сызық түрінде белгіленуі тиіс.

«Х» белгісін салуға қатаң тыйым салынады, өйткені ол жою (жарамсыз ету) белгісі ретінде қабылдануы мүмкін.

Белгі таңылған орын хирургиялық өңдеуден және киім, жайма, салфеткалар қолданылғаннан кейін де көрініп тұруы қажет.

оталық залдан тыс жүргізілетін оталарда, соның ішінде медициналық және

стоматологиялық қызметтерде де, пациенттің дене бөлігін, араласу процедурасын және пациенттің өзі дұрыс таңдалғанын қамтамасыз ету үшін ұқсас процедуралар қолданылады.

Барлық пациенттерге ота немесе жоғары қауіп төндіретін процедура алдында тайм-аут жүргізіледі. Тиісті бөлім «Ота алдындағы верификация және тайм-аут» формасында толтырылады.

Тайм-аут процедурасы талқыланбаған сұрақтарды немесе түсініксіз жағдайларды нақтылау үшін өткізіледі. Тайм-аут ота немесе жоғары қауіп төндіретін процедура өтетін бөлмеде жүргізіледі.

Тайм-аут тікелей ота (инвазивті процедура) басталар алдында жүргізіледі, бұл кезде оперирлеуші хирург немесе процедураны орындайтын дәрігер **«ТОҚТА! ТАЙМ-АУТ!»** деп дауыстап айтып, барлық қатысушы топпен бірге келесі тармақтарды ауызша нақтылайды:

- a) оталық бригаданың барлық мүшелері қатысып, дайын екенін растауы;
- b) пациенттің дұрыстығы (аты-жөні және туған күні бойынша сәйкестендіру);
- c) хирургиялық араласу/процедура орнының дұрыстығы (белгіленген жағымен және аймағымен);
- d) ота/инвазивті процедураның дұрыстығы (атауы бойынша);
- e) қажетті диагностикалық және зертханалық зерттеулер нәтижелерінің болуы және дайындығы;
- f) барлық қажетті медициналық бұйымдар, дәрілік заттар, жабдықтар, импланттар, қан компоненттері мен препараттарының болуы және дайындығы;
- g) имплантацияланатын құрылғылардың қолдануға дайындығы: жарамдылық мерзімі, қаптаманың бүтіндігі, функционалдығы, барлық бөлшектерінің болуы, жұмысқа дайындығы тексерілуі тиіс;
- h) жоспарланған процедураға пациенттің ақпараттандырылған келісімінің болуы.

Барлық тармақтар бойынша тексеруден кейін, оталық бригада мүшелері әр тармақты ауызша нақты растап отаны / инвазивті процедураны бастауға келісім беруі тиіс.

отаны / инвазивті процедураны бастауға рұқсат етілмейді, егер:

- a) барлық қажетті диагностикалық зерттеулер дайын болмаса;
- b) барлық қажетті медициналық бұйымдар, дәрі-дәрмектер, жабдықтар және т.б. дайын болмаса;
- c) оталық бригаданың кез келген мүшесі дайын екенін растамаса.

Мейірбике келесі талаптардың болуын тексереді:

a) қажетті көлемдегі медициналық мақсаттағы бұйымдар (ИМН), дәрілік заттар (ДЗ), қан препараттары мен компоненттері, шығын материалдары (оның ішінде олардың стерильдігі);

b) жабдықтардың және олардың функционалды дайындығы, сондай-ақ ота басталғанға дейін құралдар мен шығын материалдарын қайта санауды жүргізеді.

оталық бөлімде тайм-аут процедурасын анестезиология мейірбикесі құжаттандырады.

Тайм-ауттың аяқталуы құжатқа тіркеледі және тайм-ауттың күні мен аяқталған уақыты көрсетіледі.

Тайм-ауттың бір тармағы орындалмаған жағдайда отаны бастауға тыйым салынады.

Екінші тайм-аут келесі жағдайларда жүргізіледі:

– хирург ауысқан кезде,

– қатарынан екі немесе одан да көп ота жүргізілген кезде.

Бұл туралы қысқа жазба жеткілікті, алайда келесі мәліметтер тіркелуі тиіс:

a) жаңа хирургтың қатысуы (тегі мен инициалдары көрсетіледі);

b) пациентті сәйкестендірудің расталуы;

c) процедураның дұрыстығы;

d) оталық қолжетімділік орнының дұрыстығы;

e) күні, уақыты;

f) құжатқа қол қойған адамның қолтаңбасы.

Анестезиологиялық көмек көрсетілмей, анестезиология мейірбикесінің қатысуымен жүргізілетін жоғары қауіп төндіретін процедуралар үшін тайм-аут процедурасын дәрігер жүргізеді, ал мейірбике оны процедура өткізілетін бөлімшенің зерттеу хаттамасына жазып құжаттайды.

ота барысында, жараны тігер алдында, кейінгі тексеру (сайн-аут) процедурасы өткізіледі: жұмсақ және қатты (ине) құрал-саймандардың, басқа да шығын материалдарының есебі жүргізіледі.

оталық мейірбике жараны тігер алдында жұмсақ және қатты инвентарды (инелерді) санауға жауапты.

Хирургиялық/инвазивті процедура жүргізілген бөлмені пациент тастамай тұрып, кейінгі тексеру (сайн-аут) жүргізіледі, оны мейірбике дәрігермен бірге орындайды және ауызша түрде келесі тармақтарды нақтылайды:

a) орындалған отаның/инвазивті процедураның атауы жазылған ба;

b) барлық құралдар мен шығын материалдары қайта саналған ба, «жұмсақ және қатты инвентарды есепке алу парағы» толтырылған ба (қосымша 5-ті қараңыз);

c) үлгілер таңбаланған ба (үлгілер бар болса, атауы мен пациенттің сәйкестендіру деректері дауыстап оқылады);

d) ота барысында немесе одан кейін туындаған жабдықтармен байланысты мәселелер (болған жағдайда).

Анестезиологиялық көмек көрсетілмей, анестезиология мейірбикесінің қатысуымен жүргізілетін жоғары қауіп төндіретін процедуралар үшін сайн-аут процедурасын дәрігер немесе бөлімшенің мейірбикесі зерттеу хаттамасына жазу арқылы құжаттайды.

«Жұмсақ және қатты инвентарды есепке алу парағы» пациенттің медициналық картасының «ота/Анестезия» бөліміне тіркеледі.

Бұл көрсеткіштің орындалу дұрыстығы «ота кезінде тайм-аут процедурасын дұрыс құжаттау» индикаторы арқылы бағаланады.

Индикатор формуласы: дұрыс толтырылған тайм-аут формаларының саны * 100 / өткізілген оталардың жалпы саны.

Чек-листке сәйкес бағаланатын көрсеткіштер:

– хирургиялық араласу алдында Верификация парағы толтырылған және тайм-аут жүргізілген (процедураның, араласу орны мен локализациясының, пациенттің дұрыстығын растау үшін);

– ота жасалатын дене бөлігі белгіленген (немесе «Ота алдындағы верификация» парағындағы суретте көрсетілген), пациенттің қатысуымен;

– «Ота алдындағы верификация» парағы дұрыс толтырылған;

– «Тайм-аут» басқа инвазивті жоғары қауіп төндіретін процедуралар алдында қолданылған;

– «Тайм-аут» ота алдында жүргізілген;

– «Тайм-аут» процедурасы дұрыс жазылған (барлық тармақтар көрсетілген, барлық қолтаңбалар бар);

– ота/жараны тігу аяқталғанға дейін құралдар, дәкелер, жүздер, инелер және т.б. есептелген және тиісті тармақтар толтырылған, мейірбикенің қолтаңбасы бар;

– қызметкерлер арасында (кемінде 3 адам) стандарт бойынша білімін анықтау үшін сауалнама жүргізілген.

Бұл ретте индикатордың шекті мәні 100%-ға ұмтылуы тиіс.

Чек-лист қолданумен қатар, бекітілген форманы дұрыс толтырмау салдарынан орын алған инциденттер де ескерілді.

Әрбір бөлімше ай сайын индикатордың орындалуы және инциденттер бойынша есептер ұсынған, олар орталықтың жылдық есептерінде орташа жылдық көрсеткіштер ретінде жинақталған.

Сонымен қатар, индикатор бойынша деректерді валидациялау сарапшылармен ай сайын жүргізіліп, ол деректер де жылдық есептерде жинақталған.

2017–2023 жылдар аралығында орталықта ота алдындағы верификация және тайм-аут ережелерін сақтау динамикасы 9-кестеде көрсетілген.

Кесте 9 – 2017–2023 жылдар аралығында орталық қызметкерлері тарапынан ота алдындағы верификация және тайм-аут ережелерін пайдалану көрсеткіші индикаторы.

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Орталық бойынша орындалуы	75	85	85	90	92	95	98
Қызметкерлерге сауалнама жүргізу	90	90	92	94	95	95	100
Ережелерді қолдану бойынша деректерді валидациялау	50	55	56	60	62	70	78

Ұсынылған деректерге сәйкес, ота алдындағы верификация және тайм-аутты дұрыс жүргізуді қамтамасыз етуге бағытталған ұйымдастырушылық-

функционалдық технологияларды енгізу нәтижесінде зерттеліп отырған кезеңде индикатордың орындалуы 75%-дан 98%-ға дейін артқан, ал деректерді валидациялау нәтижесі 50%-дан 78%-ға дейін жоғарылаған. 2017–2023 жылдар аралығында орталықта ота алдындағы верификация және тайм-аут ережелерін дұрыс қолданбау салдарынан орын алған инциденттер тіркелмеген.

Пациенттердің қауіпсіздігі жөніндегі халықаралық мақсат 5: Қол гигиенасы көрсеткіші.

Медициналық манипуляциялар жүргізетін медицина қызметкерлерінің қолды өңдеуі тиімді болуы үшін келесі талаптарды сақтау қажет: тырнақтар қысқа қиылған болуы тиіс, тырнақтарда лак болмауы керек, жасанды тырнақтар болмауы тиіс, қолда зергерлік әшекейлер, сағаттар мен білезіктер болмауы керек, қолда парез болмауы тиіс, білектер киіммен жабылмауы қажет.

Медициналық ұйым қызметкерлерінің қолдарын гигиеналық өңдеудің үш тәсілі бар: Қолды сабынмен және сумен антисептик қолданбай жуу; Антисептикпен өңдеу (гигиеналық); Қолды хирургиялық дезинфекциялау.

Сабынмен және сумен антисептиксіз қол жуу келесі жағдайларда жүргізіледі:

- 1) тамақ өнімдерімен жұмыс істеу, тағам дайындау және тарату алдында;
- 2) тамақ ішер алдында;
- 3) дәретханадан кейін;
- 4) пациентке күтім көрсету кезінде тікелей байланыс болмаған жағдайда — төсек жабдықтарын ауыстыру, бөлмені жинау алдында және кейін;
- 5) пациенттің зақымданбаған терісімен жанасқаннан кейін — пальпация, пульсті, артериялық қысымды өлшеу (инфекциялық және паразиттік ауру белгілері бар пациенттерден басқа);
- 6) жұмысқа келгенде және жұмыстан кеткенде;
- 7) қол айқын ластанған барлық жағдайларда.

Қолды жуу үшін жылы ағынды су, дозаторы бар сұйық сабын, бір реттік сүлгілер немесе бір реттік майлықтар қолданылады. Сұйық сабынды жартылай босап тұрған құтыға қайта құюға болмайды.

Қолды жуу әрекеттерінің реті:

- 1) су қранды ашу;
- 2) қолды жылы сумен суландыру;
- 3) ылғал қолдарға сабын жағу;
- 4) қолды еуропалық стандартқа сәйкес өңдеу (әр қозғалыс кемінде 5 рет қайталанады, жалпы өңдеу ұзақтығы – 30 секунд):
 - бір алақанмен екінші алақанды алды-артқа үйкеу;
 - оң алақанмен сол қолдың сыртын үйкеу, кейін қолдарды ауыстыру;
 - бір қолдың саусақтарын екінші қолдың саусақтарының арасына кіргізіп, жоғары-төмен қимылмен ішкі беттерін үйкеу;
 - саусақтарды “құлып” етіп қосып, бүгілген саусақтардың сыртымен қарсы алақанды үйкеу;

— бір қолдың бас бармағын екінші қолдың бас және сұқ саусақтарымен айналдыра үйкеу, сондай-ақ білектерді айналдыра үйкеу;

— бір қолдың саусақ ұштарымен екінші қолдың алақанын айналдыра үйкеу;

5) қолды бір реттік сүлгімен немесе майлықпен кептіру;

6) қолданылған сүлгіні қоқысқа арналған контейнерге тастау;

7) кранды қол кептірілгеннен кейін шынтақпен немесе майлықпен жабу.

Антисептик қолдану арқылы қолды өңдеу келесі жағдайларда жүргізіледі:

1) пациентпен байланыс алдында;

2) таза, асептикалық процедура алдында;

3) биологиялық сұйықтықтармен байланыс қаупі бар жағдайлардан кейін;

4) пациентпен байланыстан кейін;

5) пациенттің айналасындағы қоршаған орта заттарымен байланыстан кейін.

Антисептикпен өңдеу екі кезеңнен тұрады:

– қолды сабынмен және сумен жуу;

– тері антисептигімен дезинфекциялау.

Егер қолғап кию қажет болмаса және биологиялық сұйықтықтармен байланыс болмаған жағдайда, тек антисептик қолдану техникасы жеткілікті.

Антисептикпен өңдеу әрекеттерінің реті:

1) қолды сабынмен және сумен жуу;

2) алақанға кемінде 3 мл антисептик жағып, еуропалық стандартқа сәйкес қозғалыс тәртібімен толық сіңгенге дейін ысқылау. Антисептик жағылғаннан кейін қолды сүртуге болмайды;

3) антисептикпен өңдеудің 6 кезеңі аяқталғанша, қол антисептикпен ылғал күйде болуы тиіс — бұл экспозиция уақытын қамтамасыз етеді.

Қолды өңдеу үшін жылы ағынды су, дозаторы бар сұйық сабын және антисептиктер, бір реттік сүлгілер немесе майлықтар пайдаланылады. Қолды өңдеуге арналған құралдар Қазақстан Республикасы мен Еуразиялық экономикалық одақ аумағында тіркелген және қолдануға рұқсат етілген болуы тиіс.

Шұғыл жағдайларда немесе реанимациялық бөлімшелерде қолды сумен және сабынмен жумастан антисептик қолдануға рұқсат етіледі.

Хирургиялық қол дезинфекциясы келесі жағдайларда жүргізіледі:

1) кез келген оталық араласу алдында;

2) күре тамыр сияқты ірі тамырларға инвазивті процедуралар алдында;

3) босану алдында.

Хирургиялық дезинфекция үш кезеңнен тұрады: қолды механикалық тазарту; тері антисептигімен өңдеу; стерильді бір реттік қолғап кию.

Хирургиялық дезинфекция кезінде қолға және білектерге дейін өңдеу жүргізіледі.

Қол мен білектерді жылы сумен және сұйық сабынмен еуропалық стандартқа

сәйкес жуады, кейін бір реттік сүлгімен немесе майлықпен құрғатады. Жалпы уақыт — 2 минут.

Механикалық тазартудан кейін қолға 3 мл антисептик жағып, еуропалық стандартқа сәйкес теріге сіңіріп ысқылайды. Бұл процедура 2 рет қайталанады, антисептик шығыны — 10 мл, жалпы уақыт — 5 минут.

Антисептик толық сіңіп кеткен соң, стерильді бір реттік қолғаптар киіледі.

ота немесе процедура аяқталғаннан кейін қолғаптар шешіледі, қолдар сұйық сабынмен жуылып, құрғататын әсердің алдын алу үшін нәрлендіруші крем немесе лосьон жағылады.

Эпидемиологиялық қызмет бөлімшелерде ай сайын трейсер өткізеді.

Қол гигиенасын дұрыс орындауды бағалау үшін келесі индикатор қолданылады: «Қол гигиенасының зертханалық мониторингі».

Формуласы: антисептикпен өңделгеннен кейін және манипуляцияға дейін алынған оң нәтижелі жағындылар саны * 100 / алынған жағындылардың жалпы саны.

Чек-листке сәйкес, қолды жуу және өңдеу барлық кезеңдері, сондай-ақ қызметкерлердің стандартты білуі бойынша сауалнама бағаланды. Индикатордың шекті мәні — 100%-ға ұмтылады.

Чек-листпен қатар, қол гигиенасы ережелерін бұзу салдарынан орын алған инциденттер де есепке алынды.

Эпидемиологиялық қызмет ай сайын индикатордың орындалуы және инциденттер бойынша есептер тапсырып отырды, олар орталықтың жылдық есептеріндегі орташа жылдық көрсеткіштерге біріктірілді.

Сонымен қатар, индикатор деректері сарапшылармен ай сайын валидацияланып, жылдық есептерге орташа көрсеткіштер ретінде енгізілді.

2017–2023 жылдар аралығында орталықта қол гигиенасы ережелерін сақтау динамикасы 10-кестеде көрсетілген.

Кесте 10 – 2017–2023 жылдар аралығында орталық қызметкерлері тарапынан қол гигиенасы ережелерін пайдалану көрсеткіші индикаторы.

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Қол гигиенасының зертханалық мониторингі	0	0	0	0	0	0	0
Қызметкерлерді сауалнама жүргізу	90	93	94	95	94	96	98
Ережелерді қолдану бойынша деректерді валидациялау	78	80	88	85	90	92	92

Ұсынылған деректер қол гигиенасы ережелерін қамтамасыз етуге бағытталған ұйымдастырушылық-функционалдық технологияларды енгізу

ауруханаішілік инфекциялардың алдын алуға мүмкіндік бергенін көрсетеді. Қызметкерлердің қол гигиенасы ережелерін білуі бойынша жүргізілген сауалнама нәтижелері 90%-дан 98%-ға дейінгі аралықта болған. 2017–2023 жылдар аралығында орталық қызметкерлері тарапынан қол гигиенасы ережелерін дұрыс қолданбау салдарынан инциденттер тіркелмеген.

Пациенттердің қауіпсіздігі жөніндегі халықаралық мақсат 6: Құлау профилактикасы ережелері.

Стационарлық пациенттердің құлау қаупін бағалау стационарлық бөлімшеге қабылдану кезінде алғашқы мейірбикелік қарап-тексеру картасында Морзе шкаласы бойынша жүргізіледі.

Кесте 11 - Морзе шкаласы

№ п/п	сұрақ	баға	балл
1.	Сіз соңғы 3 айда құлаған жоқсыз ба?	Иә – 25 Жоқ – 0	
2.	Сізде қатар жүретін аурулар бар ма?	Иә – 25 Жоқ – 0	
3.	Сіз өз бетіңізбен жүре аласыз ба? – Пациент өз бетімен жүреді (тіпті біреудің көмегімен болса да) немесе қатаң төсектік режим тағайындалған, пациент қозғалмайды – Пациент қозғалу кезінде балдақ/балдақтар/жүріп-тұруға арналған құрал/таяқ қолданады немесе арбамен қозғалады не каталкамен жеткізілген – Пациент қозғалу кезінде жиһазға немесе қабырғаға сүйенеді, қолдаумен қозғалады	0 15 30	
4.	Пациентке көктамыршілік инфузия (система қосылған) жүргізілуде және/немесе ол гепарин, фраксипарин қабылдай ма?	Иә – 20 Жоқ – 0	
5.	Пациенттің жүрісі: – қалыпты (еркін қозғалады) – сәл шектеулі (тоқтап жүреді, қадамдары қысқа, кейде кідіріс болады) – жүріс бұзылған (тұра алмайды, сүйеніп жүреді, көзімен еденге қарайды)	0 10 20	
6.	Пациенттің психикалық жағдайы: – қозғалу мүмкіндігін біледі – қозғалу кезінде көмек қажет екенін білмейді немесе ұмытып қалады	0 15	
Жалпы балл			

Жиналған ұпай саны негізінде құлау қаупі келесідей бағаланады:

- а) **0–24** ұпай – құлау қаупі жоқ (тәуекел жоқ); б) **25–50** ұпай – құлау қаупі төмен; с) **51** ұпай және одан жоғары – құлау қаупі жоғары.

Пациенттің құлау қаупі анықталғаннан кейін, мейірбике әр пациентке (немесе оның туысына) құлаудың алдын алу бойынша түсіндіру жұмысын жүргізеді.

Асықпай тұру: төсектен/креслодан өздігінен тұрмау, күрт тұрмау (әсіресе анестезиядан, отадан, инвазивті процедуралардан кейін немесе жоғарыда аталған дәрілерді қабылдағаннан кейін).

Көмек сұрау: әжетханаға немесе басқа жерге бару қажет болған жағдайда шақыру түймесімен немесе басқа тәсілмен мейірбикені немесе туысты шақыру.

Арба: балалар үшін мүмкіндігінше арба/кювез қолдану.

Аяқ киім: табан таймайтын аяқ киім кию (шұлық, аласа өкшелі аяқ киім).

Таза, құрғақ еден: жолда кедергілерді (сымдар, кабельдер) алып тастау, еден дымқыл болса, науқас дереу ескертіп, сұртуді сұрауы тиіс, «Ылғалды еден» белгісіне назар аудару.

Құлау қаупі болмаған жағдайда медицина қызметкерлерінің әрекеті негізгі мейірбикелік күтімге бағытталуы тиіс:

а) пациентті және оның жақындарын құлау қаупін бағалау нәтижелері туралы хабардар ету;

б) пациентке палатаның ішіндегі ванна бөлмесі мен дәретхананың орналасуын көрсету;

с) пациентті және оның туыстарын құлау қаупінің алдын алу бойынша оқыту, «Пациентті оқыту парағын» толтыра отырып: шақыру түймесінің бар екенін және оны қалай пайдалану керектігін түсіндіру, бас айналу кезінде көмек сұрау қажеттігін хабарлау және т.б.

Құлау қаупі төмен болған жағдайда медицина қызметкерлері профилактикалық шараларға назар аударуы тиіс;

а) функционалдық төсекті ең төменгі деңгейге қою;

б) төсек дөңгелектерін, жүріп-тұруға арналған құралдарды, арбаларды орнықты күйге бекіту;

с) көмекші құралдарды пациент қолы жететін жерде орналастыру;

д) жеткілікті жарықтандыруды қамтамасыз ету;

е) ақаулар туралы дер кезінде хабарлау (мысалы: шақыру түймесі істемесе);

ф) пациентке табаны таймайтын аяқ киім кию қажеттігін хабарлау.

Құлау қаупі жоғары болған жағдайда медицина қызметкерлерінің әрекеттері мыналар болуы тиіс:

а) пациенттің сәйкестендіру білезігіне қызыл стикермен белгі қою (тегі, аты, әкесінің аты және туған күні көрсетілген мәлімет қызыл стикермен жабылмауы тиіс);

б) палата есігінің сыртына қызыл ромб түріндегі белгі қою;

с) палатаға әр 2 сағат сайын (әсіресе түнгі уақытта) барып тұру;

- d) пациентті дәретханаға қосылып апару;
- e) пациентті процедураларға қосылып апару;
- f) пациентті мейірбике постына мейлінше жақын палатаға орналастыру;
- g) құлаудың алдын алуға пациенттің жақындарын тарту;
- h) пациентті қабылдайтын дәрілердің (мысалы: бас айналу, әлсіздік) құлау қаупіне әсері туралы оқыту;
- i) төсектің бүйірлік қоршауларын (борттарын) орнату.

Құлаудың алдын алу шаралары «Морзе шкаласы бойынша құлау қауіпін бағалау» формасына енгізіледі; сонымен қатар, құлау қауіпі жоғары орындар мен жағдайларда қабылданған профилактикалық шаралар мейірбикенің күнделік жазбаларында құжатталады.

Қайта бағалау стационарлық пациенттерде келесі жағдайларда жүргізіледі:

- a) импульсивті әрекеттер;
- b) мазасыздық;
- c) бас айналу немесе әлсіздікке шағымдану;
- d) есінен тану немесе анестетиктердің әсері;
- e) басқа адамның көмегімен немесе қабырға/жиһазға сүйеніп жүру;
- f) сіздің ойыңызша, күтпеген құлау қаупі бар деп есептелсе.

Жоғарыда аталған белгілері бар пациенттерге міндетті түрде қосылып жүру (сүйемелдеу) қажет.

Құлаудың алдын алу мақсатында пациенттің шақыруына, оның ішінде шақыру түймесі арқылы, дереу әрекет ету қажет.

Құлау қаупі жоғары пациенттерге әр 2 сағат сайын барғанда, әсіресе душ немесе дәретханаға бару қажет болғанда, оған жолсеріктік көмек қажет пе екенін сұрау қажет.

Егер пациент құлап қалса: a) оған алғашқы медициналық көмек көрсету қажет; b) емдеуші дәрігерді дереу хабардар ету; c) Инцидент туралы есепті толтыру (қағаз тасымалдағышта да рұқсат етіледі) және оны пациент қауіпсіздігі, сапа және үздіксіз жақсарту қызметіне (ПҚІБҚ) құлаған сәттен бастап 24 сағат ішінде тапсыру қажет.

Құлағаннан кейін пациентті қайта құлау қаупіне бағалау кемінде 1 рет жүргізіледі.

Осыған байланысты, біздің зерттеуімізде сапа көрсеткіші ретінде «Құлау қаупін толық әрі дұрыс бағалаудан өткен пациенттердің үлесі» индикаторы қабылданды. Формула: **Құлау қаупіне толық әрі дұрыс қайта бағалау жүргізілген пациенттер саны * 100 / қабылданған пациенттердің жалпы саны.**

Чек-листке сәйкес келесі көрсеткіштер анықталды:

- барлық пациенттерге (кемінде 5 амбулаторлық картаны тексеру арқылы) құлау қаупі бойынша бағалау жүргізілген;
- құлаудың алдын алу немесе оның қаупін төмендету бойынша барлық шаралар қабылданған;
- қызметкерлер арасында стандартты білу бойынша сауалнама жүргізілген.

Бұл ретте индикатордың шекті мәні 100%-ға ұмтылады. Чек-листпен қатар, пациенттердің құлауын алдын алу ережелерін сақтамау салдарынан орын алған инциденттер де есепке алынған.

Әрбір бөлімше ай сайын индикатордың орындалуы және инциденттер туралы есептерді тапсырған, олар орталықтың жылдық есептерінде орташа жылдық көрсеткіштер ретінде жинақталған.

Сонымен қатар, индикатор бойынша деректердің валидациясы сарапшылармен ай сайын жүргізіліп, нәтижелер жылдық есептерге енгізілген.

2017–2023 жылдар аралығында орталықта пациенттердің құлауын алдын алу ережелерін сақтау динамикасы 12-кестеде көрсетілген.

Кесте 12 – 2017–2023 жылдар аралығында орталықта пациенттердің құлауын алдын алу ережелерін сақтау көрсеткіші

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Орталық бойынша орындалуы	82	85	85	88	90	95	95
Қызметкерлерге сауалнама жүргізу	80	82	85	85	88	85	90
Ережелерді қолдану бойынша деректерді валидациялау	56	63	68	71	75	79	85

Төменде 2017–2023 жылдар аралығында орталықта пациенттердің құлауын алдын алу ережелерін дұрыс пайдаланбау салдарынан орын алған инциденттердің динамикасы көрсетілген (13-кесте).

Кесте 13 – 2017–2023 жылдар аралығында орталық қызметкерлері тарапынан құлау профилактикасы ережелерін дұрыс қолданбау нәтижесінде орын алған инциденттер көрсеткіші.

Инциденттер	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
саны	1	0	0	0	1	0	0

Ұсынылған деректерге сәйкес, құлаудың алдын алуды дұрыс қамтамасыз етуге бағытталған ұйымдастырушылық-функционалдық технологияларды енгізу нәтижесінде зерттеліп отырған кезеңде тек 2017 және 2021 жылдары 1-ден инцидент анықталған. 2017 жылы орын алған инцидент пациенттің денсаулығына зиян келтірген, бірақ зияны шамалы деп бағаланған. Ал 2021 жылы орын алған инцидент айтарлықтай зиян келтірген, хирургиялық емдеуді және пациенттің ұзақ мерзімді оңалтуын қажет еткен.

4.2 Тәуекелдерді басқару жүйесін енгізу нәтижелері

4.2.1 Қауіпсіздік мәдениеті мен тәуекелдерді мониторингі

Пациенттер, қызметкерлер және келушілер қауіпсіздігін арттыруға бағытталған тәуекелдерді басқару бағдарламасының келесі міндеттері бар: а) тәуекелдерді анықтау; б) тәуекелдер туралы хабарлау; с) тәуекелдерді бағалау және басымдықтарын анықтау; d) тәуекелдерді басқару; e) инциденттерді талдау; f) тиісті шараларды қабылдау; g) тәуекелдер бойынша есептілік; h) іс-қимыл жоспарын әзірлеу және іске асыру.

Бағдарлама барлық құрамдас бөліктер мен қатысушылардың интеграциясын көздейді: а) пәнаралық тәсіл; б) ішкі және сыртқы нормативтік құжаттар арасындағы өзара байланыс; с) түрлі іс-шаралар арасындағы үйлестіру; d) уақытша, оқшау шешімдердің орнына жүйелі тәсілдің басымдығы.

Тәуекелдерді басқару бағдарламасы пациенттердің сапасы мен қауіпсіздігін арттыру бағдарламасымен, ғимарат және инженерлік жүйелер қауіпсіздігі бағдарламасымен, сондай-ақ инфекциялық бақылау бағдарламасымен үйлестіріліп құрылған. Қауіпсіздік жүйесіндегі әлсіз тұстар мен қоршаған ортадағы қауіптер түрлі тәуекелдерді анықтау құралдары арқылы анықталады. Пациент қауіпсіздігін арттыру мақсатында тәуекелдер барлық деңгейде анықталып, жүйеленеді, оларды азайту және қайталануын болдырмау үшін. Бағдарлама тәуекелдерді жинақтайды, талдайды және олардың алдын алу мен салдарын азайтуға бағытталған шаралар қабылдайды. Пациенттер мен қызметкерлердің қауіпсіздігіне байланысты инциденттер туралы есеп беру мүмкіндігі бір бөлімшеде орын алған оқиғаның тәжірибесін басқа бөлімшелерде ұқсас жағдайлардың алдын алу үшін пайдалануға мүмкіндік береді. Тәуекелдерді бағалау – бұл тәуекел деңгейін, басқару мүмкіндігін, пайда болу ықтималдығы мен салдарын түсінуге көмектесетін процесс. Бағалау барысында HVA (Hazard Vulnerability Analysis) және FMEA (Failure Mode and Effects Analysis) сияқты әдістер қолданылады. Бағдарламаны іске асыруға орталықтың басшылығы мен барлық қызметкерлері, сондай-ақ пациенттер, олардың туыстары, келушілер және аутсорсинг компанияларының қызметкерлері қатысады. Барлық тәуекелдерді анықтауға, бағалауға және азайтуға бағытталған іс-шаралар үйлестірілген түрде жүргізіледі. Орталықтың басшылығы қызметкерлер арасында әділетті мәдениет (жазалаусыз орта) пен жоғары этиканы қалыптастыруға ықпал етеді, яғни оқшау жазалау шараларының орнына жүйелі жетілдіру жүйесін енгізеді [144–146]. Орталық тәуекелдерді азайту үшін келесі процестерді ұстанады:

а) инциденттерді, қате болуға аз қалған оқиғаларды анықтау және тіркеу, тиісті шаралар қабылдау;

б) қателер мен дерлік-қателерден сабақ алып, олардың алдын алу;

с) жазалауға емес, үйренуге бағытталған жүйе: медициналық қателікке қатысы бар қызметкерлерді айыптауды барынша азайту;

d) ұжымдық жұмыс;

е) біліммен алмасу. Тәуекелдерді басқару бағдарламасы тәуекелдерді жинақтап, талдап, олардың алдын алу және салдарын азайту шараларын қабылдайды.

Тәуекелдерді басқару жүйесі:

Тәуекелдерді басқару – бұл тәуекелдерді анықтау, талдау және бақылау процесі. Ол тәуекелдерді анықтау мен алдын алуға бағытталған ережелерді, рәсімдерді және әртүрлі құралдарды жүйелі түрде қолдануды қамтиды. Бағдарлама келесі құрамдас бөліктерді қамтиды: а) Стратегиялық мақсаттар – Орталық миссиясын орындауға ықпал ететін мақсаттар; б) оталық мақсаттар – оталық қызметтің нәтижелілігі мен тиімділігіне, оның ішінде оталық және қаржылық міндеттерді орындау мен Орталық мүлкінің сақталуын қамтамасыз етуге байланысты мақсаттар; с) Есептілік мақсаттары – Ішкі және сыртқы қаржылық және қаржылық емес есептілікпен байланысты, есептіліктің дұрыстығын, уақтылығын, сондай-ақ уәкілетті органдар мен Орталықтың ішкі регламенттеріне сәйкес өзге де есептілік талаптарын қамтуы мүмкін; d) Сәйкестік (комплаенс) мақсаттары – Қазақстан Республикасының заңнамасы, нормативтік-құқықтық актілер мен Орталықтың ішкі ережелері мен рәсімдерінде көзделген талаптарды сақтауымен байланысты; е) Репутациялық тәуекелмен байланысты мақсаттар – Орталықтың кәсіби беделіне теріс әсер ету қаупін азайтуға бағытталған мақсаттар.

Тәуекелдерді анықтау инцидент туралы есепті толтыруды талап етеді.

Қызметкерлер инциденттер туралы есеп беру жүйесі туралы хабардар болуы және ықтимал қателіктер мен кез келген оқиғалар туралы Аккредитация және сапа менеджменті бөліміне уақтылы әрі толыққанды түрде ақпарат жеткізуі тиіс. «Инцидент туралы есеп» нысаны Аккредитация және сапа менеджменті бөліміне ұсынылады (қ. «Инциденттерді басқару ережелері»). Тәуекелдерді анықтауға сондай-ақ төмендегілер негіз бола алады:

- пациенттердің шағымдары,
- пациенттердің қанағаттану деңгейінің нәтижелері,
- орталықтың веб-сайтындағы пікірлер,
- қызметкерлерге жүргізілген сауалнамалар,
- клиникалық аудит,
- сыртқы тексерулер туралы есептер,
- инфекциялық бақылау шолуы,
- FMEA (Failure Mode and Effects Analysis) талдауы,
- басым индикаторларды мониторингілеу және талдау және т.б. [147].

Тәуекелдерді бағалау

Тәуекелдерді жүйелі түрде анықтау, бағалау, сабақ алу және басқару арқылы ықтимал және нақты тәуекелдерді азайтуға болады.

Орталықта қолданылатын тәуекелдерді бағалау кестесі келесі жағдайларды бағалауға қолданылады: а) болып өткен жағдайлар (нақты оқиғалар); б) алдын алынған жағдайлар (потенциалды).

Бағалау кестесі Тәуекелдерді басқару бағдарламасында сипатталған.

Тәуекелдерге басымдық беру

ПҚІБҚ инцидентті жіктейді және шолу жүргізеді (әртүрлі әдістермен: түбір себептерді талдау (RCA), Фишбоун диаграммасы, алдын ала талдау үшін – FMEA әдістемесі).

Проактивті тәуекелді бағалау – мәселелер туындағанға дейін олардың

алдын алуға мүмкіндік береді. Жыл сайын кемінде бір жоғары тәуекелді процесс анықталып, оған FMEA әдісі бойынша тәуекелдер мен олардың салдарын талдау жүргізіледі.

Реактивті шаралар нақты жағымсыз оқиғалардың салдарын жою, пациенттің денсаулығына келтірілген моральдық және физикалық зиянды, сондай-ақ Орталыққа келтірілген қаржылық шығынды азайту мақсатында жүзеге асырылады. Реактивті әрекеттерге мыналар жатады: түбір себептерді талдау; инциденттерді талдау; шағымдарды басқару; пациент пен оның отбасы мүшелеріне ақпаратты ашық жариялау.

Жоғарыда айтылғандай, тәуекелдерді тіркейтін негізгі құрал — инцидент туралы есеп. Инциденттерді басқару ережелері инциденттерді анықтау мен тіркеуге, олар бойынша жүйелі шаралар қабылдауға қойылатын талаптарды белгілейді. Бұл ережелер инциденттердің қайталану қаупін азайтуға ықпал ететін, сондай-ақ ашықтық пен сенімге негізделген қауіпсіздік мәдениетін құруға бағытталған, онда медициналық қателіктер пациенттермен өзара әрекеттесу арқылы ашық және адал түрде қарастырылады. Мақсат – көрсетілетін медициналық қызметтердің сапасын арттыру.

Инциденттермен жұмыс істеудегі негізгі міндеттер мыналар болып табылады:

Оқыту: Орталықтың қызметкерлері инциденттер туралы есеп беру жүйесін білуі тиіс.

Хабарлау: Қызметкерлер инциденттер, мәселелер, клиникалық және клиникалық емес ықтимал қателіктер мен күтпеген клиникалық нәтижелер туралы уақтылы және толыққанды ақпарат беруі тиіс.

Инцидентті талдау: Орталық инцидентті жіктеп, тиісті талдау жүргізуі қажет (мысалы, түбір себептерді талдау және басқа әдістер арқылы).

Тенденциялар мен түзету шараларын талдау: Инциденттердің пайда болу үрдістерін құрылымдық бөлімшелер деңгейінде анықтау.

Кері байланыс: Инцидентті талдау нәтижелері бойынша құрылымдық бөлімшелерге ұсыныстармен кері байланыс беру, сондай-ақ пациенттер мен олардың туыстарына қабылданған шаралар және нәтижелері туралы хабарлау.

Түзету шараларын орындау: Жауапты тұлғалар инциденттерді жою және алдын алу шараларын өз құзыреті шеңберінде орындауы тиіс.

Шараларды бақылау: Инцидентті жоюға немесе жазатайым оқиғаның, жарақаттың, зақымданудың немесе жеке заттардың жоғалуының қаупін азайтуға бағытталған алдын алу шараларының немесе процедуралық өзгерістердің тиімділігін бағалау.

Инциденттермен жұмыс істеудегі негізгі қағидаттар:

- Өкіну білдіру;
- Клиникалық инцидент туралы ақпаратты ашық айту;
- Қызметкерлерді қолдау және оқыту;
- Жасөспірімдер мен әрекетке қабілетсіздерді қолдау;
- Пациентті қолдау;
- Клиникалық тәжірибе стандарттарын қамтамасыз ету жүйесі;

- Құпиялық сақтау;
- Әділеттілік;
- Жазалаусыз көзқарас;
- Жүйелік тәсіл;
- Командалық шешім қабылдау.

Біз инцидент туындаған жағдайда әрекет етудің келесі тәртібін әзірледік:

Инцидентті/қатені немесе ықтимал қатені анықтаған кезде қызметкер міндетті:

Пациенттің жағдайын жақсартуға бағытталған шараларды орындау немесе ұйымдастыру (мысалы: алғашқы көмек көрсету, тексеру және т.б.);

Қоршаған ортаның денсаулығын қорғау шараларын орындау немесе қамтамасыз ету (мысалы: биологиялық қауіпті сұйықтықтарды немесе заттарды жою);

Инцидент туралы емдеуші дәрігерге (кезекші немесе лауазымы жоғары) және қажет болған жағдайда басқа жауапты тұлғаларға хабарлау;

Инцидентке қатысты деректер мен дәлелдерді сақтау (мысалы: пациенттің инцидент кезіндегі жағдайын есте сақтау, талдауға үлгі алу, оқиға орнын суретке түсіру, дәрілік препараттың қаптамасын, ампуласын, жапсырмасын сақтау және т.б.);

Инцидент орын алған сәттен бастап 24 сағат ішінде электрондық немесе қағаз түрінде «Инцидент туралы есеп» толтырып, оны ПҚІБҚ-ға (Сапа, Пациент қауіпсіздігі және Үздіксіз жетілдіру бөліміне) тапсыру.

Инцидент туралы хабарланғаннан кейінгі әрекет тәртібі:

Ұйымдастыру-әдістемелік бөлімінің дәрігері, ол ПҚІБҚ құрамына кіреді, түскен инциденттерді мынадай түрлерге сұрыптайды: денсаулыққа зиян келтіретін медициналық қателер, зиян келтірмейтін медициналық қателер, медициналық емес инциденттер.

Денсаулыққа айтарлықтай зиян келтіретін (экстремалды) қателер мен ықтимал қателер дереу бағаланып, 48 сағат ішінде толық талдануы тиіс.

ПҚІБҚ төрағасының шешімімен инцидент орын алған құрылымдық бөлімше басшысы немесе осы салаға жауапты маман талдауға қатысу үшін шақырылады.

Талдау әдістемесі ретінде Түбір себептерді талдау (Root Cause Analysis) немесе басқа сапаны жақсарту әдістері қолданылады. Талдау нәтижесінде осы инциденттің қайталануын болдырмау бойынша ұсыныстар әзірленеді.

Бөлімше басшысы жоспар жасайды, ал Аккредитация және сапа менеджменті бөлімі оның орындалуын бақылайды және деректерді Орталық басшылығына ұсынады.

ПҚІБҚ-ның жауапкершілігі:

- Инциденттер бойынша аналитикалық есеп Орталық басшылығы қатысатын келесі ПҚІБҚ отырысында ұсынылады;

- Ғимарат және инженерлік жүйелер қауіпсіздігіне байланысты медициналық емес жағдайлардың талдау нәтижелері тиісті комиссия отырысында ұсынылады;

- Ай сайын – түскен инциденттер бойынша деректерді құрылымдау жүргізіледі;

- Тоқсан сайын – инциденттердің үрдістері талданады;

- Инциденттерге, олардың үрдістеріне жүргізілген талдау мен қызметті жақсарту бойынша ұсыныстар Пациенттердің сапасы мен қауіпсіздігін арттыру бағдарламасын іске асыру жөніндегі ПҚІБҚ құрамына енгізіледі және Орталық басшылығының қарауына ұсынылады, одан кейін басқарушылық шешімдер қабылдау үшін Директорлар кеңесінің отырысына жолданады.

Түбір себептерді талдау (ТСТ) экстремальды оқиғалар жағдайында жүргізілетін ретроспективті жүйелі зерттеу болып табылады. ТСТ нақты қызметкерлердің әрекеттерін емес, инцидент орын алған жағдай мен қоршаған ортаның себептері мен факторларын түсінуге бағытталады. ТСТ қайталануы мүмкін оқиғалардың алдын алуға арналған сенімді шешімдерді, сондай-ақ енгізілген өзгерістердің тиімділігін бақылау тетіктерін ұсынады.

Экстремальды оқиғаны талдау және есеп дайындау мерзімі оқиға тіркелген күннен бастап немесе ол туралы ақпарат алынған сәттен бастап 45 күннен аспауы тиіс. Экстремальды оқиғаның түбір себептері анықталғаннан кейін, Орталықтың басшылығы оқиғаның қайталануына жол бермеу үшін қажетті шараларды қабылдайды. Инциденттен алынған сабақтар ұйым ішінде кеңінен таратылады және болашақта осындай жағдайлардың алдын алуға ықпал етеді.

Қабылданған шаралардың тиімділігіне кейінгі бағалауды ТСТ шеңберінде ПҚІБҚ жүргізеді, қажет болған жағдайда процестер қайта қаралады.

Тоқсан сайынғы Пациенттердің сапасы мен қауіпсіздігін арттыру бағдарламасының орындалуы жөніндегі есепте экстремальды оқиғаларға қатысты жағдай және олардың үрдістері бойынша талдау ұсынылып, бірінші басшының қатысуымен өтетін отырыста қаралады.

Зерттелген кезеңдегі инциденттер саны төмендегі кестеде келтірілген (14-кесте).

Кесте 14 – 2017–2023 жылдар аралығындағы инциденттер саны.

Инциденттер	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
саны	45	62	67	89	114	153	167

Зерттеу кезеңінде инциденттерді анықтау бойынша оң динамика байқалады. Егер 2017 жылы бұл көрсеткіш 45 жағдайды құраса, 2023 жылы 167 жағдайға жеткен. Зерттелген кезең ішінде жалпы 697 инцидент тіркелді, оның ішінде көпшілігі — 487 жағдай (69,8%) — пациенттің денсаулығына зиян келтірмеген, 175 жағдайы (25,1%) — аздаған зиян келтірген, ал 35 жағдай (5,0%) — елеулі зиян келтірген. Біздің деректер АҚШ-тың Ұлттық қауіпсіздік агенттігінің мәліметтеріне ұқсас (зиянсыз – 68%, аз зиян – 25%, елеулі зиян – 7%), сондай-ақ Ресей Федерациясы зерттеушілерінің бірқатар ғылыми

еңбектеріндегі нәтижелермен сәйкес келеді (зиянсыз – 55–72%, аз зиян – 20–43%, елеулі зиян – 3–10%).

Қателер түрлері бойынша келесі үрдіс байқалады:

- 24% – инфекциялық бақылау (мысалы: санитар қоқысты шығарғанда медициналық қалдықтар салынған пакет жыртылып, санитар қолғапсыз жинауға кіріскен);
- 23% – пациентті сәйкестендіру қателері (мысалы: екі пациенттің қан пробиркаларындағы белгілерді шатастырып алған);
- 17,1% – мейірбике қатарының қателері (мысалы: дәрі-дәрмектерді шатастырып енгізген);
- 17,9% – қауіпті орта (мысалы: пациент кулерді пайдаланған кезде күйіп қалған, нәтижесінде қауіпсіз кулерлермен ауыстырылған);
- 9% – дәрілік терапиядағы қателер (мысалы: инфузومات арқылы вазопрессорлардың тәуліктік дозасын асырып жіберу);
- 6% – инвазивті араласулар кезіндегі қателер (мысалы: өкпе артериясының тромбоземболиясының жеткіліксіз алдын алуы).

Әрбір жағдай ПҚІБҚ отырысында талқыланып, қайталанбауы үшін алдын алу шаралары бойынша ұсынымдар берілді. Елеулі зиян келтірген жағдайлар – өлім немесе пациенттердің құлауынан болған асқынулар; аз зиян келтіргендер – жарақаттар немесе медициналық араласуды қажет етпеген жағдайлар; зиянсыз – тағайындау парағын қате таңдау, шақыруға бармау, еңбекке жарамсыздық парағын жоғалту және т.б.

Біздің зерттеуде тіркелген қателердің 74,3%-ында адами фактор анықталды, 23,7%-ында жабдықтың жұмысындағы бұзылулар, ал барлық жағдайларда басқару ақаулары орын алған.

Қателерді белсенді анықтау және тіркеу медициналық ұйымға өзінің «медициналық қателер банкі» құруға және тәуекелдерді басқарудың проактивті тәсілін қолдануға мүмкіндік береді. Бұл тәсіл әрбір қатеге қатысты бүкіл ұйым деңгейінде түзету шараларын қабылдауды көздейді, бұл болашақта қателердің қайталануын болдырмауға және пациенттердің қауіпсіздігін арттыруға септігін тигізеді.

Әрбір тіркелген қатеге келесі шаралар жүргізіледі: 5М моделін қолдану арқылы ТСТ (түбір себептерді талдау), сондай-ақ қатенің тіркелген процесінде мониторинг жүргізе отырып, түзету іс-шаралары жоспарын әзірлеу.

4.2.2 Медицина қызметкерлері мен пациенттерді қауіпсіздік мәдениетіне оқытуды мониторингілеу

Зерттелген кезең ішінде барлығы 2446 сауалнама талданды, при этом жыл сайын орталықтың 319-дан 390-ға дейін қызметкері сауалнамаға қатысты. Медицина қызметкерлерінің қауіпсіздік мәдениетін білуіне қатысты сауалнамадан келесі деректер алынды. *«Коммуникациялар және ақпарат ағыны» блогы бойынша:*

Сұрақ «Бізге инциденттер туралы есептерге негізделе отырып, қандай шаралар қабылданғаны туралы ақпарат беріледі.» бойынша 2017 жылы – 75%, 2018 жылы – 79%, 2019 жылы – 83%, 2020 жылы – 86%, 2021 жылы – 90%, 2022

жылы – 93%, 2023 жылы – 96%, бұл қанағаттану деңгейінің 21%-ға өсуін көрсетеді.

Сұрақ «Қызметкерлер медициналық көмекті көрсетуге кері әсер ететін тәжірибе, оқиғалар немесе жағдайларды еркін көрсете алады.» бойынша 2017 жылы – 70%, 2018 жылы – 75%, 2019 жылы – 80%, 2020 жылы – 84%, 2021 жылы – 89%, 2022 жылы – 92%, 2023 жылы – 95%, бұл қанағаттану деңгейінің 25%-ға өсуін көрсетеді.

Сұрақ «Біз өз бөлімшемізде/бөлімде болған қателер туралы хабардармыз.» бойынша 2017 жылы – 73%, 2018 жылы – 76%, 2019 жылы – 79%, 2020 жылы – 83%, 2021 жылы – 87%, 2022 жылы – 90%, 2023 жылы – 95%, бұл қанағаттану деңгейінің 22%-ға өсуін көрсетеді.

Сұрақ «Қызметкерлер басшылық қабылдаған шешімдер мен әрекеттердің дұрыстығына қатысты еркін сұрақ қоя алады.» бойынша 2017 жылы – 70%, 2018 жылы – 74%, 2019 жылы – 79%, 2020 жылы – 82%, 2021 жылы – 88%, 2022 жылы – 92%, 2023 жылы – 96%, бұл қанағаттану деңгейінің 26%-ға өсуін көрсетеді.

Сұрақ «Біздің бөлімшемізде/бөлімде қателіктердің алдын алу тәсілдері үнемі талқыланады.» бойынша 2017 жылы – 72%, 2018 жылы – 76%, 2019 жылы – 80%, 2020 жылы – 83%, 2021 жылы – 86%, 2022 жылы – 90%, 2023 жылы – 96%, бұл қанағаттану деңгейінің 24%-ға өсуін көрсетеді.

Сұрақ «Қызметкерлер сұрақ қоюдан қорқады, тіпті бір нәрсе дұрыс емес болып көрінсе де» бойынша 2017 жылы – 86%, 2018 жылы – 80%, 2019 жылы – 70%, 2020 жылы – 51%, 2021 жылы – 33%, 2022 жылы – 21%, 2023 жылы – 9%, бұл қанағаттану деңгейінің 77%-ға өсуін көрсетеді.

Келесі блок инциденттер туралы ақпаратқа арналды және келесі деректер алынды:

Сұрақ «Егер қате орын алса, бірақ ол пациентке жетпей тұрып анықталса, сіз мұндай жағдайлар туралы қаншалықты жиі хабарлайсыз?» бойынша 2017 жылы – 70%, 2018 жылы – 74%, 2019 жылы – 79%, 2020 жылы – 83%, 2021 жылы – 88%, 2022 жылы – 92%, 2023 жылы – 96%, бұл қанағаттану деңгейінің 26%-ға өсуін көрсетеді.

Сұрақ «Егер қате орын алса, бірақ пациентке зиян келтirmесе, сіз мұндай жағдайлар туралы қаншалықты жиі хабарлайсыз?» бойынша 2017 жылы – 71%, 2018 жылы – 73%, 2019 жылы – 77%, 2020 жылы – 82%, 2021 жылы – 86%, 2022 жылы – 90%, 2023 жылы – 95%, бұл қанағаттану деңгейінің 24%-ға өсуін көрсетеді.

Сұрақ «Егер қате орын алып, пациентке зиян келсе, сіз мұндай жағдайлар туралы қаншалықты жиі хабарлайсыз?» бойынша 2017 жылы – 70%, 2018 жылы – 75%, 2019 жылы – 79%, 2020 жылы – 83%, 2021 жылы – 85%, 2022 жылы – 90%, 2023 жылы – 95%, бұл қанағаттану деңгейінің 25%-ға өсуін көрсетеді.

Пациент қауіпсіздігін бағалау блогына қатысты жүргізілген сауалнама нәтижесінде келесі деректер анықталды:

«Өте жақсы» — 2017 жылы 45%, 2018 жылы 55%, 2019 жылы 61%, 2020 жылы 62%, 2021 жылы 73%, 2022 жылы 79%, 2023 жылы 90% құрады.

«Жақсы» — 2017 жылы 20%, 2018 жылы 18%, 2019 жылы 14%, 2020 жылы 12%, 2021 жылы 11%, 2022 жылы 10%, 2023 жылы 5% құрады.

«Қанағаттанарлық» — 2017 жылы 16%, 2018 жылы 12%, 2019 жылы 12%, 2020 жылы 10%, 2021 жылы 8%, 2022 жылы 5%, 2023 жылы 3% құрады.

«Қанағаттанарлықсыз» — 2017 жылы 12%, 2018 жылы 9%, 2019 жылы 8%, 2020 жылы 6%, 2021 жылы 5%, 2022 жылы 4%, 2023 жылы 2% құрады.

«Мүмкін болған ең нашар» — 2017 жылы 7%, 2018 жылы 6%, 2019 жылы 5%, 2020 жылы 4%, 2021 жылы 3%, 2022 жылы 2%, 2023 жылы 0% құрады.

Қауіпсіздік мәдениетін ұйымдастыру процестері бойынша сұрақтар блогы:

«Ұйым басшылығы пациенттердің қауіпсіздігін арттыруға мүмкіндік беретін орта қалыптастырады» деген сұраққа жауап бергендердің үлесі 2017 жылы – 73%, 2018 жылы – 76%, 2019 жылы – 80%, 2020 жылы – 84%, 2021 жылы – 88%, 2022 жылы – 91%, 2023 жылы – 96%.

«Құрылымдық бөлімшелер арасында өзара іс-қимыл жеткіліксіз үйлестірілген» деген пікірмен келісушілердің үлесі 2017 жылы – 41%, 2018 жылы – 36%, 2019 жылы – 33%, 2020 жылы – 28%, 2021 жылы – 23%, 2022 жылы – 15%, 2023 жылы – 5%.

«Пациентті бір бөлімшеден екіншісіне ауыстыру кезінде ақпараттың бір бөлігі жоғалуы мүмкін» деп жауап бергендер: 2017 жылы – 24%, 2018 жылы – 18%, 2019 жылы – 14%, 2020 жылы – 11%, 2021 жылы – 9%, 2022 жылы – 5%, 2023 жылы – 0%.

«Құрылымдық бөлімшелер арасында тиімді өзара әрекеттестік бар» деп есептейтіндер: 2017 жылы – 77%, 2018 жылы – 80%, 2019 жылы – 83%, 2020 жылы – 86%, 2021 жылы – 89%, 2022 жылы – 90%, 2023 жылы – 96%.

«Кезекшілік арасында пациенттер туралы ақпаратты беру процесінде маңызды ақпараттың бір бөлігі берілмей қалуы мүмкін» деп көрсеткендер: 2017 жылы – 30%, 2018 жылы – 25%, 2019 жылы – 21%, 2020 жылы – 16%, 2021 жылы – 12%, 2022 жылы – 6%, 2023 жылы – 1%.

«Басқа құрылымдық бөлімшелер қызметкерлерімен жиі әрекеттесу немесе жұмыс істеу жағымсыз» деп жауап бергендер: 2017 жылы – 24%, 2018 жылы – 18%, 2019 жылы – 14%, 2020 жылы – 11%, 2021 жылы – 9%, 2022 жылы – 5%, 2023 жылы – 0%.

«Бір бөлімшеден екіншісіне ақпараттың кез келген түрін беру кезінде жиі мәселелер туындайды» деген пікірмен келіскендер: 2017 жылы – 28%, 2018 жылы – 22%, 2019 жылы – 18%, 2020 жылы – 16%, 2021 жылы – 11%, 2022 жылы – 4%, 2023 жылы – 0%.

«Клиника басшылығы қабылдайтын шешімдер мен әрекеттер пациенттердің қауіпсіздігі бірінші орында екенін көрсетеді» деп есептейтіндер: 2017 жылы – 77%, 2018 жылы – 80%, 2019 жылы – 83%, 2020 жылы – 86%, 2021 жылы – 89%, 2022 жылы – 90%, 2023 жылы – 96%.

«Басшылық пациенттердің қауіпсіздігіне тек ауыр оқиғалардан кейін ғана қызығушылық танытады деген әсер қалыптасады» деп көрсеткендер: 2017 жылы

– 74%, 2018 жылы – 78%, 2019 жылы – 82%, 2020 жылы – 86%, 2021 жылы – 88%, 2022 жылы – 92%, 2023 жылы – 95%.

«Бөлімшелер пациенттерге барынша сапалы көмек көрсету мақсатында тиімді бірлесе жұмыс істейді» деген пікірмен келісетіндер: 2017 жылы – 73%, 2018 жылы – 77%, 2019 жылы – 80%, 2020 жылы – 82%, 2021 жылы – 86%, 2022 жылы – 90%, 2023 жылы – 96%.

«Персонал арасындағы ауысым пациенттер үшін проблемаға айналуы мүмкін» деген жауап бергендер: 2017 жылы – 30%, 2018 жылы – 25%, 2019 жылы – 21%, 2020 жылы – 16%, 2021 жылы – 12%, 2022 жылы – 6%, 2023 жылы – 1%.

«Инциденттер туралы хабарламалар саны» блогы бойынша келесі жауаптар анықталды:

2017 жылы – 14%, 2018 жылы – 13%, 2019 жылы – 11%, 2020 жылы – 9%, 2021 жылы – 7%, 2022 жылы – 8%, 2023 жылы – 5% жағдайда ешқандай өтініш тіркелмеген.

1-ден 2-ге дейінгі хабарламалар саны бойынша: 2017 жылы – 80%, 2018 жылы – 85%, 2019 жылы – 86%, 2020 жылы – 85%, 2021 жылы – 87%, 2022 жылы – 88%, 2023 жылы – 94%.

6-дан 10-ға дейінгі хабарламалар саны бойынша: 2017 жылы – 6%, 2018 жылы – 2%, 2019 жылы – 3%, 2020 жылы – 6%, 2021 жылы – 5%, 2022 жылы – 4%, 2023 жылы – 1%.

10-нан 20-ға дейінгі хабарламалар тіркелмеген.

Зерттелген кезең ішінде барлығы 6335 сауалнама талданды, бұл ретте жыл сайын орталықтың 9050 пациенті анкетадан өтті.

Сұрақ «Саналы келісімге қол қою кезінде құқықтар мен міндеттемелерді түсіндіру» бойынша оң жауап берген пациенттер үлесі: 2018 жылы — 73%, 2019 жылы — 75%, 2020 жылы — 78%, 2021 жылы — 81%, 2022 жылы — 84%, 2023 жылы — 89%. Бұл көрсеткіш 2018 жылғы 73%-дан 2023 жылы 89%-ға дейін артып, 16%-ға өскен.

Идентификациялық білезікті қолдану бойынша оқыту: 2017 жылы — 60%, 2018 жылы — 64%, 2019 жылы — 67%, 2020 жылы — 71%, 2021 жылы — 75%, 2022 жылы — 78%, 2023 жылы — 81%. Көрсеткіш 21%-ға артқан.

Қарау/процедуралар кезінде құпиялылықты сақтау: 2017 жылы — 73%, 2018 жылы — 74%, 2019 жылы — 76%, 2020 жылы — 78%, 2021 жылы — 80%, 2022 жылы — 83%, 2023 жылы — 85%. Көрсеткіш 12%-ға өскен.

Ем немесе ота алдында келісім алу: 2017 жылы — 68%, 2018 жылы — 70%, 2019 жылы — 73%, 2020 жылы — 76%, 2021 жылы — 80%, 2022 жылы — 83%, 2023 жылы — 85%. Көрсеткіш 17%-ға өскен.

Процедуралар алдында аты-жөні мен туған күнін нақтылау: 2017 жылы — 63%, 2018 жылы — 66%, 2019 жылы — 70%, 2020 жылы — 74%, 2021 жылы — 78%, 2022 жылы — 84%, 2023 жылы — 88%. Көрсеткіш 25%-ға өскен.

Пациенттерге арналған ақпараттық материалдардың бағалануы: 2017 жылы — 50%, 2018 жылы — 55%, 2019 жылы — 61%, 2020 жылы — 66%, 2021 жылы — 71%, 2022 жылы — 76%, 2023 жылы — 79%. Көрсеткіш 29%-ға өскен.

Медициналық картаға қолжетімділік: 2017 жылы — 55%, 2018 жылы — 59%, 2019 жылы — 63%, 2020 жылы — 67%, 2021 жылы — 71%, 2022 жылы — 75%, 2023 жылы — 79%. Көрсеткіш 24%-ға өскен.

Жағдайы, диагнозы және емі туралы ақпараттың толықтығы: 2017 жылы — 65%, 2018 жылы — 68%, 2019 жылы — 71%, 2020 жылы — 74%, 2021 жылы — 78%, 2022 жылы — 83%, 2023 жылы — 87%. Көрсеткіш 22%-ға өскен.

Процедуралар кезінде санитарлық нормалардың сақталуы: 2017 жылы — 70%, 2018 жылы — 72%, 2019 жылы — 75%, 2020 жылы — 78%, 2021 жылы — 83%, 2022 жылы — 86%, 2023 жылы — 92%. Көрсеткіш 22%-ға өскен.

Тегін көмек пен МӘМС бойынша кепілдіктердің орындалуы: 2017 жылы — 61%, 2018 жылы — 65%, 2019 жылы — 69%, 2020 жылы — 73%, 2021 жылы — 78%, 2022 жылы — 82%, 2023 жылы — 87%. Көрсеткіш 26%-ға өскен.

Стационарда диагностикалық қызметтерге төлем жасау: 2017 жылы — 40%, 2018 жылы — 35%, 2019 жылы — 30%, 2020 жылы — 26%, 2021 жылы — 22%, 2022 жылы — 18%, 2023 жылы — 15%. Көрсеткіш 25%-ға төмендеген.

Емдік манипуляциялар (оталар) үшін төлем жасау: 2017 жылы — 38%, 2018 жылы — 33%, 2019 жылы — 28%, 2020 жылы — 24%, 2021 жылы — 20%, 2022 жылы — 16%, 2023 жылы — 13%. Көрсеткіш 25%-ға төмендеген.

Дәрі-дәрмектерді өз қаражатына сатып алу: 2017 жылдан 2023 жылға дейінгі кезеңде стационарда пациенттердің ешқайсысына дерлік дәрілік заттарды өз қаражатымен сатып алуға тура келген жоқ.

Қорытынды: Аталған көрсеткіштер 2017–2023 жылдар аралығында Қазақстан Республикасындағы стационарлық көмек сапасы мен қауіпсіздігінің тұрақты түрде жақсарғанын көрсетеді. Бұл пациенттердің ақпараттану деңгейінің артуынан, қауіпсіздік стандарттарының күшеюінен, ашықтықтың камтамасыз етілуінен және қаржылық жүктеменің төмендеуінен көрініс табады.

5 МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕК САПАСЫН БАҒАЛАУ ҮШІН ҰЙЫМДАСТЫРУШЫЛЫҚ-ӘДІСТЕМЕЛІК ТӘСІЛДЕР

5.1 Көрсетілген медициналық көмектің сапасын бағалау индикаторлары.

Кардиологиялық және кардиохирургиялық көмек Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2011 жылғы 22 қыркүйектегі № 647 бұйрығына сәйкес әзірленген, «Қазақстан Республикасы халқының кардиологиялық, интервенциялық кардиологиялық және кардиохирургиялық көмек көрсететін денсаулық сақтау ұйымдары туралы Ережені бекіту туралы».

Кардиологиялық, интервенциялық кардиологиялық және кардиохирургиялық көмек көрсететін денсаулық сақтау ұйымдарына жатады:

- 1) кардиологиялық орталық және/немесе диспансер;
- 2) кардиохирургиялық орталық;
- 3) өз құрылымында жүктелген функцияларына байланысты

кардиология және/немесе интервенциялық кардиология бөлімшелері, стационарлық медициналық ұйымдардың кардиохирургия бөлімшесі, қалпына келтіру емі және оңалту бөлімшесі, кардиологиялық кабинеті ұйымдастырылатын медициналық ұйымдар.

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігінің 2016 жылғы 9 ақпандағы № 104 бұйрығымен жедел миокард инфарктісі кезінде медициналық көмектің интеграцияланған үлгісі бойынша үйлестіру кеңесі құрылды.

Жедел миокард инфарктісі бар науқастарға көмек көрсететін медициналық ұйымдардың 3 деңгейі айқындалған, олар жабдықталу, кадрлармен қамтылу және көрсетілетін көмектің көлемі бойынша келесі түрде бөлінеді:

I деңгей – жедел медициналық жәрдем, емханалар, ТАКА зертханасы жоқ стационарлар;

II деңгей – облыстық және ірі қалалық стационарлар, құрамында ТАКА зертханасы бар;

III деңгей – ТАКА және кардиохирургиялық оталарды жүргізу мүмкіндігі бар ірі стационарлар мен орталықтар.

Қазіргі уақытта Қазақстан Республикасында 48 чрескожды коронарлық араласу (ТАКА) орталығы жұмыс істейді, олардың ішінде: 24 орталық ІІІ деңгейлі – облыстық маңызы бар қалалар мен ірі елді мекендерде; 20 орталық ІІ деңгейлі – басқа елді мекендерде; 4 орталық Астана және Алматы қалаларында орналасқан, деңгейлер бойынша бөліну мүмкіндігімен [148-149].

Алматы қаласы тұрғындарына кардиологиялық көмек келесідей түрде көрсетіледі:

– бастапқы медициналық-санитарлық көмек – Жедел медициналық жәрдем станциясы, 39 емхана;

– кардиологиялық мамандандырылған және жоғары мамандандырылған көмек – кардиологиялық бөлімшелері бар стационарларда: Алматы қалалық кардиологиялық орталығы, № 7 қалалық клиникалық аурухана, АҚ Орталық клиникалық аурухана, № 1 қалалық клиникалық аурухана, ҚР ДСМ Қазақ кардиология және ішкі аурулар ғылыми-зерттеу институты, «Қазақстан» және «Алматы» шипажайлары, «Almaty Sema Hospital» клиникасы.

Алматы қаласында жедел коронарлық синдром (ЖКС) кезінде шұғыл жоғары технологиялық кардиологиялық көмекті келесі медициналық ұйымдар көрсетеді:

1. «Алматы қалалық кардиологиялық орталығы» ШЖҚ МКК – Алматы қаласы Қоғамдық денсаулық басқармасының ІІІ деңгейлі медициналық ұйымы, ЖКС кезінде Бостандық, Медеу, Алмалы, Түрксіб, Ауэзов және Алатау аудандарының бір бөлігінің халқына шұғыл мамандандырылған және жоғары мамандандырылған көмек көрсетеді.

2. «Алматы қаласының № 7 қалалық клиникалық ауруханасы» ШЖҚ МКК – Қоғамдық денсаулық басқармасының ІІ деңгейлі медициналық ұйымы, ЖКС кезінде Наурызбай, Ауэзов және Алатау аудандарының бір бөлігінің халқына шұғыл мамандандырылған көмек көрсетеді.

3. «Орталық клиникалық аурухана» АҚ – ІІІ деңгейлі медициналық ұйым, ЖКС кезінде Жетісу ауданының халқына шұғыл мамандандырылған және жоғары мамандандырылған көмек көрсетеді.

ЖКС бар пациенттердің ең көп саны Алматы қаласының Қалалық кардиология орталығына түседі және бүгінгі күні бұл ұйым ҚР-да ЖКС кезінде ТАКА және КШ орындау бойынша көшбасшы болып табылады.

ШЖҚ «Қалалық кардиология орталығы» (ҚКО) 2007 жылғы 1 қаңтарда Алматы қаласы Денсаулық сақтау департаментінің №781 бұйрығымен құрылған. Шаруашылық жүргізу құқығына көшу 2011 жылғы 16 мамырда жүзеге асырылды. Орталық Алматы қаласы бойынша МСАК және стационарлар желісі арқылы қан айналымы жүйесі ауруларынан өлім-жітімді азайту бойынша үйлестіруші болып табылады. Қызметке ISO 9001-2008 сапа менеджменті жүйесі енгізілген (Сертификат № KZ.7500207/07/03/00209). 2013 жылдан бастап Алматы қаласы ҚКО директоры — медицина ғылымдарының кандидаты, жоғары санатты дәрігер Кодасбаев А.Т.

Орталықта 240 кардиологиялық және 25 кардиохирургиялық төсек жұмыс істейді. Жыл сайын қабылдау бөліміне жүрек-қан тамырлары аурулары бар, көбінесе ЖКС-ке байланысты, 12000-нан 15000-ға дейін пациент жүгінеді.

Кадрлық құрамы: 144 дәрігер (оның ішінде 8 — медицина ғылымдарының кандидаты, 9 — денсаулық сақтау үздігі), 289 мейірбике, 211 кіші медициналық персонал [150].

ЖКС кезінде шұғыл жоғары технологиялық көмек көрсететін кардиологиялық стационарлар келесі бөлімдер мен кабинеттер түрінде ұсынылған:

- қабылдау бөлімі;
- жансақтау және қарқынды терапия бөлімі;
- кардиологиялық бөлімдер;
- рентгенхирургия бөлімі;
- интервенциялық аритмология бөлімі;
- кардиохирургия бөлімі;
- анестезиология және реанимация бөлімі;
- параклиникалық бөлімдер мен кабинеттер.

Қабылдау бөлімі ҚКО-ның бірінші қабатында орналасқан, жедел жәрдем көліктеріне арналған арнайы кіреберіспен жабдықталған. Бөлім құрамына мыналар кіреді: қарау аймақтары, бақылау палаталары, шокқа қарсы палата, процедуралық кабинет, инфекциялық бокс, дәрігер кабинеті, қосалқы бөлмелер. Қабылдау бөлімінің штаты «терапия», «кардиология», «жедел және шұғыл медициналық көмек» мамандықтары бойынша даярлықтан өткен дәрігерлермен жасақталған. Дәрігерлер ЖКС бар пациенттерді жүргізу бойынша арнайы оқытудан өткен. Бөлімнің дәрігерлік, мейіргерлік және кіші персоналының жұмысы тәулік бойы ұйымдастырылған. Кезекші бригаданың саны персонал жүктемесіне байланысты реттеледі және госпитализацияның уақыттық ерекшеліктеріне сәйкес келеді: стационарға жолданған пациенттерді күндіз үш дәрігер, тәуліктің қалған уақытында екі кардиолог-дәрігер қабылдайды.

ҚКО-ның жансақтау және қарқынды терапия бөлімі 18 төсекке есептелген. Төсектер оттегіні орталықтандырылған түрде жеткізетін консольдермен, вакуумды аспираторлармен жабдықталған. Төсек санына сәйкес қазіргі заманғы көмекші вентиляция режимдерін қолдануға және аэродинамикалық параметрлерді бақылауға мүмкіндік беретін жасанды тыныс алдыру аппараттары орнатылған. Жансақтау бөлімі дәрілік заттарға арналған шприц-дозаторлармен, ішқолқалық баллонды қарсы импульсация аппаратымен, уақытша электрокардиостимуляцияға арналған жабдықтармен жабдықталған. Жансақтау және қарқынды терапия бөлімінің штаты кардиология бойынша маманданудан өткен реаниматолог дәрігерлерден және анестезиология-реаниматология бойынша маманданған кардиолог дәрігерлерден жасақталған.

Интервенциялық аритмология бөлімінде 1 оталық бөлме, 2 хирург-дәрігер және 1 анестезиолог-реаниматолог дәрігер бар. Бөлімнің негізгі міндеті — жүрек ырғағының әртүрлі түрдегі брадикардиясында (жүрек соғысының айқын баяулауы, кейде жүректің тоқтап қалуына дейін) және өмірге қауіп төндіретін

аритмияларда жасанды ырғақ жүргізгіштерін имплантациялау, ЭФИ (электрофизиологиялық зерттеу) және РЧА (радиожиіліктік абляция) жүргізу.

Рентгенхирургия бөлімінде 2 оталық бөлме, 7 хирург-дәрігер бар, олардың 5-еуі жылына 100-ден астам ТАКА орындау тәжірибесіне ие, сондай-ақ 2 анестезиолог-реаниматолог дәрігер жұмыс істейді. Кабинеттің кезекші бригадасы интервенциялық кардиологтан (рентгенхирург), анестезиолог-реаниматологтан, үш медбикеден (оталық медбике, анестезист және рентгенлаборант) тұрады. Мұндай құрылым ТАКА-ны барынша қысқа мерзімде орындауға мүмкіндік беретін үлкен артықшылықтарға ие.

Рентгенхирургиялық оталық бөлме дефибриллятормен, гемодинамикалық мониторлармен, жасанды тыныс алдыру, электрокардиостимуляция және белсендірілген қан ұю уақытын анықтау аппараттарымен жабдықталған. ТАКА орындау үшін қажетті көлемде бір реттік материалдардың қоры сақталады: интродьюсерлер, баллонды катетерлер, коронарлық өткізгіштер, коронарлық стенттер, тромбэкстракторлар, уақытша кардиостимуляцияға арналған электродтар, перикард қуысын тесу және катетерлеуге арналған жиынтықтар. ҚКО-ның рентгеноталық бөлімі ЖКС кезінде ТАКА-ны тәулігіне 24 сағат, аптасына 7 күн, жылына 365 күн бойы орындайды.

Көптеген еуропалық елдерде интервенциялық кардиолог жұмыс уақытынан тыс араласу үшін үйінен шақыртылады, ал анестезиолог — қарқынды терапия бөлімінен тартылады, бұл ТАКА басталуының кешігуіне және араласудың тиімділігінің төмендеуіне әкеледі.

Барлық диагностикалық және емдік қызметтер бір-біріне тікелей жақын орналасқан, кең дәліздермен біріктірілген және тәулік бойы жұмыс істейді. Қабылдау бөлімінің, жансақтау және қарқынды терапия бөлімінің, рентгеноталық, параклиникалық қызметтердің осындай құрылымдық өзара байланысы ЖКС диагностикасын, қарқынды терапияның толық көлемін, пациентті дайындауды және ТАКА немесе КШ жүргізуді барынша қысқа мерзімде қатар орындауға мүмкіндік береді.

ҚКО-да әрбір кардиологиялық бөлімде 45 кардиологиялық төсек бар. Бөлім құрылымында ұйымдастырылған:

- субинтенсивті палаталар (8 төсек);
- емдік дене шынықтыру залы;
- психолог пен әлеуметтік қызметкердің кеңесі;
- ЖКС бар науқастарға арналған бейнемектеп бөлмесі.

Жедел коронарлық патология кезінде қарқынды емдеу кезеңінде жансақтау бөліміне, кейіннен кардиология бөлімінің субинтенсивті палатасына жатқызуды қамтитын көпсатылы көмекті ұйымдастыру, ЖКС кезінде стационарлық өлім-жітімді талдау нәтижелері негізінде қалыптастырылды. Бұл ұйымдастыру жүйесі ұзақ мерзімді тәулік бойы мониторинг жүргізуге және қарқынды терапияны қамтамасыз етуге мүмкіндік береді. Субинтенсивті палаталарда гемодинамикалық параметрлер мен жүрек электрлік белсенділігін төсек жанында бақылауға қоса, оттегіні орталықтандырылған беру, вакуумды

аспирация және дәрілік заттарды мөлшерлеп енгізу мүмкіндігі қамтамасыз етілген.

Жансақтау және субинтенсивті палаталарда ЖКС бар пациенттердің стационарда болған алғашқы күндерінен бастап физикалық оңалту үшін жағдай жасалған. Қозғалыс режимі кеңейтілгенде топтық жаттығулар кардиология бөліміндегі арнайы жабдықталған бөлмеде жүргізіледі.

Бөлімде жедел коронарлық синдромы бар науқастарға арналған топтық оқыту сабақтарын бейнебағдарламалар арқылы өткізуге арналған арнайы жабдықталған бөлме бар – Жедел коронарлық синдром мектебі («ЖКС мектебі»). Оқыту бағдарламалары бар бейнероликтер күн сайын көрсетіледі. Жедел коронарлық патология бөлімдерінің штаты кардиолог дәрігерлермен толық жасақталған.

ЖКС кезінде көмек көрсетудің барлық кезеңдерінде диагностика мен емдеудің клиникалық хаттамалары қолданылады:

- ST сегментінің жоғарылауынсыз ЖКС (тұрақсыз стенокардия, ST сегменті жоғарыламайтын миокард инфаркті). – Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігі, 2016 ж.

- ST сегментінің жоғарылауымен ЖКС (ST сегменті жоғарылайтын миокард инфаркті, ST сегменті жоғарыламайтын миокард инфаркті). – Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі, 2013 ж.

ST сегментінің жоғарылауымен ЖКС бар пациенттер бірден жансақтау және қарқынды терапия бөліміне жатқызылады, ал ST сегментінің жоғарылауынсыз ЖКС бар пациенттер орталықтың қабылдау бөліміне жеткізіледі. Диагноз нақтыланғаннан кейін, жедел коронарлық жағдай расталған жағдайда қабылдау бөлімінің дәрігері пациентті кардиология бөліміне жатқызады.

Жансақтау бөліміне жатқызу көрсеткіштері:

- Симптомдар басталғаннан кейінгі 24 сағат ішінде ST сегменті жоғарылауымен ЖКС, оның ішінде тромболитикалық терапия мен бастапқы ТАКА жүргізуге арналған пациенттер;

- Симптомдар басталғаннан кейін 24 сағаттан астам уақыт өткен ST сегменті жоғарылауымен ЖКС, егер жедел жүрек жетіспеушілігі, механикалық немесе инотроптық стимуляция қажеттілігі, өмірге қауіп төндіретін ырғақ пен өткізгіштік бұзылыстары болса, уақытша ырғақ жүргізгіш имплантациясы қажет болса;

- Killip II және одан жоғары дәрежедегі жедел жүрек жетіспеушілігімен жүретін ЖКС.

Кардиология бөлімдерінің субинтенсивті палаталарына жатқызу көрсеткіштері:

- Реанимация жағдайында қарқынды кезеңі аяқталғаннан кейін жағымсыз жағдайлар қаупі жоғары ST сегменті жоғарылаумен және жоғарылаусыз ЖКС;

- Симптомдар басталғаннан кейін 24 сағаттан кейінгі ST сегменті жоғарылауымен ЖКС;

- ST сегменті жоғарыламайтын ЖКС орташа және төмен қауіп деңгейінде, стенокардиялық ауырсынудың соңғы ұстамасынан кейінгі 24 сағат ішінде.

Субинтенсивті палаталарды қамтамасыз ететін медицина қызметкерлеріне реанимация персоналына қойылатын талаптармен бірдей талаптар қойылады. ҚКО-ның жансақтау бөлімінің базасында кардиология бөлімдерінің дәрігерлері мен орта медицина қызметкерлеріне шұғыл жағдайлардағы реанимация және қарқынды терапия мәселелері бойынша оқыту жүргізіледі. Кардиология бөлімдерінің дәрігер-кардиологтары жансақтау және қарқынды терапия бөлімінің кезекші бригадасының құрамына енгізіледі.

Асқыну қаупі төмен және қарқынды бақылауды қажет етпейтін ЖКС бар пациенттер кардиология бөлімінің жалпы палаталарына жатқызылады. ҚКО-да ЖКС бар пациенттерді жатқызу стационардың қабылдау бөлімінде қысқамерзімді болу кезеңі арқылы жүзеге асырылады. Госпитальдық оңалту кардиология бөлімінің жалпы палаталарында жүргізіледі, ал әрі қарай ем жалғастыру Алматы қаласының №1 Қалалық ауруханасы және «Алматы» санаторийі базасында жүзеге асырылады.

ҚКО-да ЖКС кезінде коронароангиография келесі жағдайларда жүргізілмейді:

- ST сегменті жоғарыламайтын ЖКС кезінде қауіпі төмен пациенттерде стресс-тест теріс нәтиже көрсетсе;

- ТАКА мен коронарлық шунттауға қарсы көрсеткіштер болған жағдайда;

- пациенттің емшарадан бас тартуы.

ЖКС бар пациенттерді маршрутизациялау 2013 және 2016 жылдардағы ЖКС бар пациенттерді жүргізу алгоритмдеріне негізделген.

Алматы қаласындағы кардиологиялық науқастардың қозғалыс маршруттары, көлік магистральдарының дамыған желісі, қаланың аудандарының ықшам орналасуы реперфузия әдісін таңдауда бастапқы ТАКА-ға басымдық береді. Жедел жәрдем мен стационар жұмысының бірыңғай тактикалық алгоритмдері бұл араласуларды барынша қысқа мерзімде жүргізуге мүмкіндік береді.

ЖКС кезінде жоғары технологиялық көмекті жетілдіру жүйесі Алматы қаласының басқа аумақтарындағы медициналық ұйымдардың қатысуымен жаңа ұйымдастырушылық тәсілдерді енгізуді көздеді. Осы мақсатта 2014 жылы көпбейінді стационарлар базасында ЖКС мәселелерімен айналысатын рентгенхирургия және кардиохирургия бөлімдері ашылды.

ИБА (ишемиялық жүрек ауруының) өршуінің қайталама профилактикасы науқас стационарда емделіп жатқан кезде басталып, амбулаториялық жағдайда кардиолог немесе терапевт дәрігермен, жалпы практика дәрігерімен жалғастырылуы тиіс. ЖКС бар науқастарды оқыту процесі стационар жағдайында басталады және оған кардиолог-дәрігерлермен қатар, мейіргерлер де қатысады.

Стационардағы емнің аяқталу кезеңіндегі білім беру технологияларына мыналар кіреді:

- «Емдеуші дәрігер–пациент» форматындағы жеке сұхбаттар, аурудың себептері мен белгілерін түсіндіру, жүрек ұстамасы кезінде өзін ұстау тәртібі, медикаментозды және медикаментозды емес алдын алу шараларын үйрету;
- практикалық дағдыларға үйрету: артериялық қысымды өлшеу ережелері, дене салмағын өлшеу, дене салмағы индексін есептеу – бұл оқыту түріне бөлімшенің орта медицина қызметкерлері тартылады;
- аудиовизуалды технологиялар: салауатты өмір салтына арналған радиодәрістер мен бейнероликтер циклі – кәсіби әзірленген мұндай ресурстарды қолдану медициналық персоналды тартуды қажет етпейді, бұл басқа оқыту түрлерімен салыстырғанда артықшылық болып табылады.

Кардиология бөлімдерінде ЖКС бар науқастарды видеокұралдар арқылы оқыту ұйымдастырылған («ЖКС мектебі»). «ЖКС мектебі» – бұл профилактикалық топтық кеңес берудің ұйымдастырушылық технологиясы. «ЖКС мектебіне» арналған сабақтар үшін БСК (жүрек-қантaмыр жүйесі аурулары) эпидемиологиясы мен алдын алу мәселелерін қамтитын бейнероликтер циклі дайындалған, жадынамалар, көрнекі материалдар, сауалнамалар әзірленген. Бейнесабақтарды ҚКО мамандары, С.Д. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университетінің профессор-оқытушылар құрамы дайындаған. Сабақтарды көруге арналған науқас топтары ұқсас қауіп факторлары мен қатар жүретін аурулары бар пациенттерден құралады (шылым шегу, семіздік, қант диабеті, коронарлық шунттаудан кейінгі жағдайлар) [151].

Жедел коронарлық синдромнан кейінгі пациенттерге диспансерлік бақылауды Алматы қаласының амбулаториялық-емханалық қызметі жүзеге асырады. БСК-ның алдын алу технологиясы мынадай бағыттарды қамтамасыз етеді:

- дәрігерге дейінгі қабылдауда БСК даму қауіпі жоғары адамдарды анықтау;
- қазіргі клиникалық ұсынымдар мен стандарттарға сәйкес медициналық қызмет көрсету көлемі мен сапасын регламенттеу;
- медициналық оңалтудың барлық кезеңдерінде емдік-алдын алу шараларының сабақтастығы мен уақтылы орындалуын қамтамасыз ету.

Кардиоорталық С.Д. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университетінің кафедралары үшін клиникалық база болып табылады. Орталық қызметкерлері Қазақстандық және Еуропалық кардиологтар, интервенциялық кардиологтар, рентгенхирургтар және кардиохирургтар қауымдастықтарының мүшелері болып табылады. ҚКО базасында Австрия, Чехия, Польша, Сербия, Словения, Литва, Германия, Жапония елдерінен келген мамандардың қатысуымен тұрақты түрде шеберлік сыныптары өткізіледі. Оңтүстік Кореяның 3 клиникасымен және Түркия клиникасымен ынтымақтастық туралы Меморандумдар жасалған. Қызметкерлер өз еңбектерінің нәтижелерін ел ішінде және шетелдерде өтетін конференциялар мен конгресстерде баяндайды; клиникалық және білім беру үдерістеріне енгізу актілерін ресімдейді; патенттер алады және әдістемелік ұсынымдардың авторларымен бірлесіп жұмыс жасайды [152-153].

Қазақстанда жыл сайын коронароангиография (КАГ), ТАКА және ашық жүрекке жасалатын оталар саны артып келеді.

2016 жылы 1 млн ересек тұрғынға шаққанда 2486 КАГ орындалды, бұл ретте халықаралық норма – 1 млн ересек тұрғынға шаққанда 4000 КАГ.

ТАКА – 2016 жылы 1 млн ересек тұрғынға шаққанда 944 рет орындалған (халықаралық норма – 2000), ал ашық жүрекке жасалған оталар саны 2015 жылы – 631,5 (халықаралық көрсеткіш – 1000).

Орталықтың 2017–2023 жылдар аралығындағы қызмет көрсеткіштері 15-кестеде келтірілген.

Кесте 15 – 2017–2023 жылдар аралығындағы емделген пациенттер мен жасалған оталар саны

Аталуы	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
КАГ (саны)	5129	4907	4831	4869	3236	4637	5434
Жоспарлы	7	5	4	34	469	1402	2132
Шұғыл	5122	4902	4827	4835	2767	3235	3302
Стенттеу (саны)	1593	1594	1587	1591	1252	1751	1807
Жоспарлы	0	1	1	6	145	446	635
Шұғыл	1593	1593	1586	1585	1107	1305	1172
ЭКС (саны)	161	144	151	199	172	219	242
ИКД (саны)	41	44	46	88	68	76	101
СРТ (саны)	0	14	15	25	16	18	22
АКШ (саны)	542	564	620	516	307	400	439
Жүрек ақаулары (саны)	63	67	101	119	58	70	66
Жүрек-қантамыр ауруларымен емделгендер (саны)	10524	9951	10481	9648	5772	7942	9038
Қайтыс болғандар (саны)	240	205	223	191	153	147	130
Өлім-жітім көрсеткіші (%)	2,3	2,1	2,1	2,0	2,7	1,9	1,4
Кардиохирургиялық оталардан кейінгі асқынулар (%)	0,5	0,5	0,3	4,1	3,3	2,0	1,2

Оталық араласулардан кейінгі өлім-жітім мен асқыну көрсеткіштері медициналық көмектің сапасын бағалауға мүмкіндік беретін маңызды индикаторлардың бірі болып табылады.

Зерттеліп отырған кезеңде орталық бойынша жалпы өлім-жітім көрсеткіші 1,4–2,3% аралығында болды және 2021 жылдан басқа жылдарда тұрақты төмендеу динамикасы байқалды. Бұған мынадай себеп бар – 2020 жылдың соңында, пандемия кезеңінде орталыққа жатқызылатын пациенттердің клиникалық бейнесі күрт өзгерді. Сонымен қатар, 2021 жылы орталық ішінара жұқпалы стационар ретінде қайта бейінделді, бұл қайтыс болғандар арасында жүрек-қантамыр аурулары ғана емес, қатар жүретін COVID-19 инфекциясы бар пациенттер де болғанын көрсетеді.

2020 жылы отадан кейінгі асқынулар көрсеткішінің 4,1%-ға дейін жетуі де осы аталған себептермен байланысты. Тек 2023 жылдың соңына қарай бұл көрсеткіш 1%-ға дейін төмендеді. Пациент бейнесінің өзгеруінен бөлек, эпидемиологиялық тәртіптің бұзылуы және 6 ПҚХМ (медициналық көмектің қауіпсіздігін бұзу фактілері) тіркелген, бұл өз кезегінде асқынулардың артуына және төс шеміршегіне қайталама оталар жүргізу қажеттілігіне алып келді.

Аталған жағдайлар науқастардың аурухана төсегінде болу ұзақтығының артуына себеп болды.

5.2 Көрсетілген медициналық көмектің сапасының индикаторы ретінде өтініштер/шағымдарды талдау

Медициналық көмектің сапасын бағалауда негізделген өтініштер/шағымдар саны маңызды рөл атқарады. Өтініш – бұл субъектінің немесе лауазымды тұлғаның қарауына жолданған жеке немесе ұжымдық жазбаша, ауызша не электрондық цифрлық қолтаңбамен куәландырылған электрондық құжат түріндегі ұсыныс, өтініш, шағым, сұраныс немесе пікір.

Осы құжат медициналық ұйым қызметіне байланысты шағымдар түскен жағдайда олармен жұмыс істеудің қағидалары мен тәртібін анықтайды.

Орталыққа келіп түсетін шағымдар екі түрге бөлінеді: қызметкерлердің әрекеттеріне қатысты пациенттердің қанағаттанушылық деңгейіне байланысты; медициналық қызметтердің сапасына байланысты.

Шағымды қарау барысында өтініш беруші мен шағым мәніне қатысты дербестік, әділдік, бейтараптық, құпиялылық, сондай-ақ уақытылы және объективті қарау қамтамасыз етілуі тиіс. Шағымды қарауға сол шағымның мәніне тікелей қатысы бар тұлғалар қатыспауы керек [154–155].

Шағымдар орталыққа келесі ресурстар арқылы түседі:

- 1) персонал арқылы;
- 2) шағымдарға арналған жәшіктер;
- 3) Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру қорының, Алматы қаласы Қоғамдық денсаулық басқармасының, Алматы қаласы әкімдігінің, ҚР Денсаулық сақтау министрлігінің ресми порталдары мен ресми желілері;
- 4) орталықтың ресми сайты;
- 5) e-otinish порталы.

Шағымдарды құжаттау келесі түрде жүргізіледі:

- 1) Шағымдарды тіркеу журналы;
- 2) Өтінішті қарау хаттамасы (қажет болған жағдайда клиникалық талдаумен);
- 3) Өтініш иесіне жауап.

Процесс келесі кезеңдерден тұрады:

1) Шағымды қабылдау және тіркеу: Түскен шағым медициналық ұйымның кеңсесінде кіріс және шығыс хат-хабарлар журналына тіркеледі. Субъектіге тікелей жазбаша өтініш білдірген өтініш иесіне қабылдаған адамның тегі, аты-жөні, күні мен уақыты көрсетілген талон беріледі.

2) Өтініш өтініште қойылған мәселелерді шешу құзыретіне кіретін субъектіге немесе лауазымды тұлғаға бағытталуы тиіс. Жеке тұлғаның өтінішінде тегі, аты, қалауы бойынша әкесінің аты, пошта мекенжайы

көрсетіледі. Заңды тұлғаның өтінішінде атауы, мекенжайы, шығыс нөмірі мен күні көрсетіледі. Өтініш өтініш иесінің қолымен не электрондық цифрлық қолтаңбамен куәландырылып берілуі тиіс.

3) Шағымда лауазымды тұлғаның тегі, аты-жөні, лауазымы, шағымдану себептері мен талаптар көрсетілуі қажет.

Өтініштерді қарау мерзімі: Жеке және (немесе) заңды тұлғаның өтініші бес күнтізбелік күннен аспайтын мерзімде қаралады.

Өтінішті қарау: Өтініштерді қарау кезінде Пациенттерді қолдау және ішкі бақылау қызметі (ПҚІБҚ) қызметкерлері өтініштерді объективті, жан-жақты және уақтылы қарауды қамтамасыз етеді. Жеке және заңды тұлғалардың бұзылған құқықтары мен бостандықтарын қалпына келтіруге бағытталған шаралар қабылдайды. Өтінішті зерттеу барысында ПҚІБҚ қызметкерлері өтінішті тексеру үшін қажетті ақпаратты жинау мен шынайылығына жауап береді.

Шағымдармен жұмыс үшін жауапкершілік ПҚІБҚ, емдеу ісі жөніндегі орынбасар және медициналық ұйымның бөлім меңгерушілеріне жүктеледі. Шағым мәніне қатысы бар тұлғалар шағымды қарауға қатыспауы тиіс.

Өтінішті қарау аяқталған соң хаттама жасалады. Хаттама мен материалдар (бастапқы құжаттар, түсіндірме жазбалар және т.б.) ПҚІБҚ, емдеу ісі жөніндегі орынбасар және медициналық ұйым басшысына талқылау және шара қабылдау үшін ұсынылады.

Өтінішті қарау нәтижесінде келесі шешімдердің бірі қабылданады:

- 1) өтінішті толық немесе ішінара қанағаттандыру туралы;
- 2) өтінішті қанағаттандырудан бас тарту туралы, шешімнің негіздемесімен;
- 3) өтініштің мәні бойынша түсініктеме беру туралы;
- 4) өтінішті қарауды тоқтату туралы.

Өтініш иесіне жауап: Өтініштерге жауаптар мазмұны бойынша негізделген, дәлелді, Қазақстан Республикасының заңнамасына сілтеме жасай отырып, мемлекеттік немесе өтініш берілген тілде берілуі тиіс. Жауапта өтініш берушінің дәлелдерін растайтын немесе жоққа шығаратын нақты деректер көрсетіліп, қабылданған шешімге шағымдану құқығы түсіндірілуі қажет.

Шағым бойынша жұмысты аяқтау: Нақты шағым бойынша жұмыс аяқталғаннан кейін тиісті құрылымдық бөлімше ПҚІБҚ қызметімен бірлесе отырып, қайталама шағымдардың алдын алу бойынша түзету және алдын алу шараларын әзірлеу туралы шешім қабылдайды.

Шағымды қарау аяқталғаннан кейін ПҚІБҚ жауапты қызметкері шағым бойынша есеп жасайды. Ол жауапты қызметкер аталған түзету және алдын алу шараларының орындалуын тексереді. Тексеру нәтижесі бойынша есепте аталған шаралардың орындалғаны (немесе орындалмағаны) туралы белгі қояды.

ПҚІБҚ басшысы әр тоқсан сайын шағымдар бойынша есеп жасайды, онда мыналар көрсетіледі:

- шағымдардың түрлері бойынша жалпы саны;
- шағымдардың негізділігі;
- шағымдардың құрылымы.

Өтініш берушілердің шағымдары бойынша есеп сапа менеджменті жүйесін басқару тарапынан талдау жүргізу кезінде және медициналық көмектің сапасы мен пациенттердің қанағаттануын арттыруға бағытталған іс-шаралар жоспарын әзірлеу кезінде пайдаланылады.

Зерттелген кезеңде барлығы 149 өтініш тіркелген, олардың барлығы негізсіз деп танылған.

Кесте 16 – 2017–2023 жылдар аралығындағы шағымдардың саны мен себептері.

Аталуы	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
1	2	3	4	5	6	7	8
Жеке және заңды тұлғалардың жалпы өтініштер саны	7	17	18	28	30	32	17
Себептері							
Этика және деонтология	3	5	10	8	13	6	13

Ібшы-кестенің жалғасы

1	2	3	4	5	6	7	8
Медициналық көмектің сапасы	0	0	0	1	11	5	1
Медициналық көмекті ұйымдастыру	1	2	8	10	5	11	3
Тамақтану	3	0	0	7	1	4	0
Әкімшілік-шаруашылық мәселелер	0	10	0	3	0	6	0

5.3 Стационарлық науқастардың медициналық карталарына жүргізілген сараптама нәтижесінде анықталған кемшіліктерді талдау.

Медициналық көмек сапасын бағалаудағы келесі маңызды индикатор – медициналық көмектің сапасын арттыру мақсатында ашық және жабық медициналық карталарға аудит жүргізу, медициналық құжаттаманы жүргізу сапасы мен емдеу-диагностикалық үдеріс сапасына көпдеңгейлі бақылау.

Ашық медициналық карталарға аудит жүргізу рәсімі келесі деңгейлерді қамтиды:

Өзін-өзі бақылау деңгейі:

а) Орта медицина қызметкері:

– өз қолымен толтырған барлық (100%) мейірбикелік формалардың дұрыс жүргізілуін тексереді;

– барлық қажетті құжаттардың бар-жоғын тексереді.

б) Емдеуші дәрігер:

– шығарылған пациенттердің барлық (100%) медициналық карталарын медициналық құжаттама жүргізу талаптарына сәйкестігі бойынша тексереді (сапа);

– барлық қажетті құжаттардың бар-жоғын тексереді (қараңыз: QPS-06 Медициналық карталарды толтыру алгоритмі).

Бөлімше деңгейі:

Аға мейірбике:

- a) мейірбикелік формалардың толтырылу сапасын тексереді;
- b) құжаттарды бекітілген ережелерге сәйкес ретімен тігуін бақылайды;
- c) картаны тігеді және бөлім меңгерушісінің қолы қойылғаннан кейін мөрленген картаны статист-дәрігерге тапсырады.

Бөлім меңгерушісі:

- a) шығарылған пациенттердің барлық **100%** карталарын келесі критерийлер бойынша тексереді:
- b) медициналық құжаттаманы жүргізу сапасын бағалау;
- c) диагностикалық процедуралардың толықтығы мен сапасы;
- d) араласу/емдеу көлемінің толықтығы мен сапасы;
- e) нәтиженің бағалануы (госпитализация мақсатына/шығарылу критерийлеріне қол жеткізу);
- f) тексерілгені туралы қолы мен күнін қойып, картаны статист-дәрігерге дейін рәсімдейді;
- g) медициналық құжаттаманы бағалау мониторингін жүргізеді және статистика бөліміне тапсырады.

Медициналық ұйым деңгейі:

Емдеу ісі жөніндегі директордың орынбасары:

- a) шығарылған пациенттердің кемінде **15%** картасына іріктеп тексеру жүргізеді, **құжаттама жүргізу және емдеу-диагностикалық үдеріс сапасына баға береді;**
- b) 100% сараптаманы қажет ететін жағдайларды талдауды ұйымдастырады (*1-қосымшаны қараңыз*);
- c) аудит нәтижелерін ұжым мен Орталық директорына жеткізеді.

Мейірбике қызметінің жетекшісі:

- a) шығарылған пациенттердің кемінде **10%** картасына іріктеп тексеру жүргізеді, **мейірбикелік формалардың толтырылуы мен мейірбикелік күтім сапасына баға береді;**
- b) аудит нәтижелерін бөлімдердің аға мейірбикелеріне мейірбикелік кеңесте ұсынады.

Пациенттерді қолдау және ішкі бақылау қызметінің (ПҚІБК) сарапшы дәрігері:

- a) ай сайын ашық карталардың кемінде **15%-ын** ҚР нормативтік-құқықтық актілері мен JCI стандарттарына сәйкес **медициналық құжаттаманы жүргізу және емдеу-диагностикалық үдерістің сапасы тұрғысынан тексереді;**
- b) аудит нәтижелерін ай сайын Орталық директорына ұсынады;
- c) 100% сараптаманы қажет ететін жағдайлардың аудитін өткізу мониторингін жүргізеді.

Жабық медициналық карталарға (аяқталған жағдайлар) аудит жүргізу рәсімі

Статистика дәрігері:

- a) барлық аяқталған жағдайлар бойынша стационарлық науқастардың медициналық карталарын (СНМК) қабылдайды;
- b) статистикалық карталардан мәліметтерді ақпараттық базаға енгізеді;

с) есептік нысандар негізінде келесі ауытқулары бар жағдайларға іріктеу жасайды (емдеу ұзақтығының орташа мерзімінен артуы, диагноздың жіктемеге сәйкессіздігі, отаға дейінгі кезеңнің ұзақтығы, асқынулардың болуы және т.б.);

д) анықталған ауытқулары бар жағдайларды талдау үшін ПҚІБҚ және ішкі сарапшыларға жолдайды.

ПҚІБҚ сарапшы дәрігері:

а) ай сайын жабық карталардың кемінде 10%-ын ҚР НҚА және JCI стандарттарына сәйкес медициналық құжаттаманың сапасын бағалау мақсатында тексереді, медициналық карта аудитінің чек-парағын толтыра отырып; статистика бөлімінен түскен барлық СНМК бойынша құжат жүргізудегі және емдеу-диагностикалық үдерістегі кемшіліктер мен ауытқуларды талдайды. Талдау нәтижелерін емдеу ісі жөніндегі директордың орынбасарына тиісті комиссияда талқылау үшін ұсынады;

б) ай сайын емделген жағдайлардың кемінде 15%-ын емдеу-диагностикалық іс-шаралардың стандарттарға сәйкестігі бойынша, сондай-ақ кемінде 10%-ын орта медицина қызметкерлері толтырған құжаттаманың сапасы бойынша сараптаудан өткізеді;

с) ай сайын аудит нәтижелерін емдеу ісі жөніндегі директордың орынбасарына тапсырады;

д) 100% сараптамаға жататын жағдайларға аудит жүргізілуін бақылайды.

Емдеу ісі/хирургия жөніндегі директордың орынбасары:

а) кемшілігі бар жағдайларды ДКК, ӨЖЗК, ИБК және т.б. тиісті комиссияларда талдау ұйымдастырады;

б) комиссиялардың қорытындысы негізінде ақпаратты басқарушылық шешім қабылдау үшін Орталық директорына жолдайды.

100% сараптамаға жататын жағдайлар:

1. өліммен аяқталған жағдайлар;
2. асқынулар, оның ішінде отадан кейінгілері;
3. ауруханаішілік инфекциялар;
4. бір ай ішінде бір ауру бойынша қайта жатқызу (алдыңғы емнің сапасыздығынан);

5. емдеу мерзімінің негізсіз ұзартылуы немесе қысқартылуы;

6. диагноздардың сәйкессіздігі;

7. негізсіз госпитализация;

8. ауруханаішілік инфекциялар (қайта жазылған, себебі 3 тармақпен қайталанған).

9. Стационарлық науқастардың медициналық карталарына аудит жүргізу қызметінің қорытынды нәтижесі – ӘМСКҚ (Әлеуметтік медициналық сақтандыру қоры) сарапшыларының сараптамасы мен айыппұл сомалары.

16-кестеде жылдар және ақау кодтары бойынша айыппұл сомалары көрсетілген, мұнда:

Код	Мағынасы
1.0	Негізсіз госпитализация

Код	Мағынасы
2.0	Медициналық құжаттаманы толтырудағы ақаулар
3.0	Көрсетілген медициналық көмектің/қызметтердің көлемін негізсіз арттыру
4.0	Негізсіз қайталама госпитализация
5.0	Емдеу-диагностикалық іс-шаралардың стандарттардан, ережелерден, клиникалық хаттамалардан негізсіз ауытқуы
9.0	Стационарда/БМСК/жедел жәрдемде төлеуге жатпайтын өлім жағдайы
10.0	Клиникалық және морфологиялық диагноздардың сәйкессіздігі
11.0	Медициналық қызметтер тізбесіне кірмейтін ВТМҚ қызметтері

Зерттеу жылдарындағы динамикада негізгі айыппұл сомалары 1.0, 3.0, 4.0, 6.0 кодтары бойынша тіркелгенің көрсететін 17-кестеде берілген.

Кесте 17 – 2017–2023 жылдар аралығындағы ақау кодтары бойынша айыппұл сомалары

Жылдар	Кодтар бойынша жалпы ұстап қалынған сома, теңге	Ақау кодтары							
		1.0	2.0	3.0	4.0	6.0	9.0	10.0	11.0
2017	3 553 200	728 346,1	0,00	767 298,3	893 14 6,2	1 164 409,4	0,00	0,00	0,00
2018	8 219 400	1 125 341,1	0,00	189 423,8	129 346,8	4 982 349,2	1 792 939,1	0,00	0,00
2019	9 546 895,2	786 893,23	678 369,3	1 863 449,2	0,00	5 088 445,1	1 129 738,4	0,00	0,00
2020	5 729 044,14	596 560,17	3 552 183,69	0,00	0,00	1 580 300,28	0,00	0,00	0,00
2021	11 786 937,8	171 667,64	8 416 009,66	788 369,79	1 372 792,21	880 875,11	0,00	102 268,24	54 955,11
2022	86 910 776,4	6 770 188,46	7 199 190,45	329 722,46	58 166 832,95	13 140 624,03	1 304 218,06	0,00	0,00
2023	37 001 240,4	705 668,4	0	192 028,48	166 154,21	35 937 389,3	0,00	0,00	32 251 273,08

2017 жылы айыппұл сомасы жалпы қаржыландыру көлемінің 0,1%-ын құрады, ал динамикада бұл үлес артып, 2022 жылы 1,45%-ға жетті. Сарапшылар мұны 2021 жылы орталықтың ішінара инфекциялық стационарға қайта бейінделуімен байланыстырады. Бұл стационар коронавирус инфекциясы (КВИ) және жүрек-қантамыр аурулары (ЖҚА), соның ішінде жедел коронарлық синдром (ЖКС) бар пациенттерге көмек көрсету үшін қайта ұйымдастырылған болатын.

Актуалды нормативтік құқықтық актілерге сәйкес, сол кезеңде КВИ және ЖКС бар пациенттер интервенциялық кардиологиялық, аритмологиялық және кардиохирургиялық емді қажет еткен жағдайда алдымен бейінді төсектерде

емделіп, ЖҚА бойынша жағдайы тұрақтанғаннан кейін КВИ бойынша ем жалғастыру үшін инфекциялық төсектерге ауыстырылатын. Осылайша, бір пациентке екі стационарлық науқас медициналық картасы (СНМК) ашылған.

2021 жылғы тамызда КВИ және ЖКС бар пациент тек бір бейін бойынша төсекте жатуы тиіс деген бұйрық шықты, нәтижесінде барлық «қосарланған» СНМК ақаулы деп танылып, ретроспективті мониторинг нәтижесінде төлемнен алынып тасталды. 2022 жылғы айыппұл сомасы осы себеппен түсіндіріледі.

2022 жылды есепке алмағанда, жалпы зерттелген кезеңде айыппұл сомасы жалпы қаржыландыру көлемінің 0,1–0,5%-ын құрады, бұл медициналық көмектің сапасын мониторингілеу бойынша жұмыстың жаман емес нәтижесі ретінде бағаланады.

Төменде жылдар бойынша жалпы қаржыландыру көлемінен айыппұл үлесін көрсететін 18-кестеде берілген.

Кесте 18 – Жылдар бойынша жалпы қаржыландыру сомасынан айыппұл үлесі.

Жылдар	Жалпы қаржыландыру сомасы, теңге	Жалпы қаржыландыру сомасынан айыппұлдардың үлесі, %	Айыппұл сомасы, теңге
2017	3 885 481 700	0,10	3 553 200
2018	4 469 684 800	0,20	8 219 400
2019	4 431 086 800	0,20	9 546 895,2
2020	5 724 540 300	0,10	5 729 044,137
2021	6 387 528 500	0,18	11 786 937,758
2022	5 994 023 600	1,45	86 910 776,42
2023	7 400 548 140	0,50	37 001 240,385

5.4 Пациенттер мен медицина қызметкерлерінің қанағаттанушылығы

Пациенттердің көрсетілетін медициналық көмектің сапасына қанағаттанушылық дәрежесін анықтау және орталықта медициналық көмектің сапасын жақсарту бойынша ұсыныстарды жинау жетекші бағыттардың бірі болып табылады.

Пациенттерді сауалнамалау үшін жауапкершілік Пациенттерді қолдау және ішкі бақылау қызметіне (ПҚІБҚ) жүктеледі. Сауалнамалау процесі туралы пациенттерді ақпараттандыру үшін жауапкершілік – аға мейірбике мамандар мен ПҚІБҚ мамандарына тиесілі.

Сауалнамалау рәсімі Орталықтың ПҚІБҚ мамандары тарапынан жүргізіледі.

Сауалнамалау 18 жастан асқан пациенттер мен науқастарға күтім көрсетуші тұлғалар арасында жүргізіледі, сауалнама жүргізу мақсаты мен анкетаны толтыру ережелері түсіндіріледі. Сауалнама қазақ, орыс тілдерінде, қажет болған жағдайда ағылшын тілінде ұсынылады. Сауалнамалау ерікті түрде, анонимді негізде «Пациенттің қанағаттанушылық сауалнамасы» нысаны

бойынша айына кемінде бір рет жүргізіледі. Сауалнама жүргізілуіге жататын барлық (100%) пациенттерге таратылады.

Пациенттер толтырған сауалнамалар «Кері байланыс» жәшіктеріне – Азаматтардың өтініштеріне арналған жәшікке (бұдан әрі – жәшік) салынады. Жәшіктер әр бөлімшеде, әр қабаттағы холлдарда, жалпы қолжетімді аймақтарда орнатылуы тиіс. Барлық жәшіктерден сауалнамаларды алу айына бір рет ПҚІБҚ мамандары және жиналмалы жәшікті ашу жөніндегі комиссия мүшелерінің қатысуымен жүргізіледі. Пациент түскен кезде (бастапқы қарап-тексеру кезінде немесе пациентке орталықтағы тәртіп ережелерін үйрету кезінде) орта медицина қызметкері сауалнаманың мақсаты мен өткізу мүмкіндігі туралы түсіндіреді.

Сауалнамаларды талдау рәсімі ПҚІБҚ мамандары тарапынан жүргізіледі және осы сауалнамалар негізінде пациенттердің қанағаттанушылық дәрежесіне талдау жасалады.

- Анкеталарды талдау кестесі Microsoft Excel бағдарламасында жүргізіледі.
- Әрбір сауалнама оң жақ жоғарғы бұрышына қаламмен нөмірленеді; бұл нөмір кестенің бірінші жолына енгізіледі.

- ПҚІБҚ мамандары сауалнамалар нәтижелерін кестеге енгізіп, есептер мен диаграммалар түрінде рәсімдейді.

Сауалнамалар ПҚІБҚ бөлімінде 2 жылға дейін сақталады, содан кейін жойылады. Сауалнама нәтижелері тоқсан сайын барлық бөлімшелерге жеткізіледі; қағаз нұсқасы 1-қабаттағы стендке ілінеді.

Пациенттердің жиынтық (жалпы) қанағаттанушылық деңгейі және талдауы тоқсан сайын орталық басшылығына және барлық бөлім меңгерушілеріне қағаз түрінде немесе электрондық пошта арқылы жолданады, сондай-ақ ПҚІБҚ отырыстарында баяндалады.

Орталықтың кез келген бөлімшесінің, лауазымды тұлғаның немесе комиссиясының бастамасы бойынша белгілі бір тақырыпқа фокустық ерікті сауалнама жүргізілуі мүмкін. Фокустық сауалнаманың деректерін жинау, талдау, құпиялылықты сақтау және нәтижелерді тарату үшін жауапкершілік бастама иесіне жүктеледі.

Пациенттерді сауалнамалау нәтижелерінің негізінде ПҚІБҚ келесі құрылымдарға ұсыныстар береді (жүйелі кемшіліктерді жою және үдерістерді жақсарту үшін):

- Басшылыққа, егер тәуекел айтарлықтай жоғары, орташа немесе төтенше болса; бірнеше құрылымдық бөлімшелердің қызметіне әсер етсе; немесе қаржылық шығындарды қажет етсе.

- Тікелей қатысы бар бөлімшелерге, соның ішінде аутсорсингтік компанияларға.

- Сауалнамалау нәтижелері түзету шаралары жобасымен бірге Қатысты құрылымдық бөлімшелердің, оның ішінде аутсорсингтік компаниялардың қатысуымен өтетін Сапа кеңесінің кезекті отырысында қаралады.

ПҚІБҚ түзету шараларының орындалуына мониторинг жүргізеді.

Түзету шараларының орындалу нәтижелері ПҚІБҚ басшысының бастамасы бойынша орталық басшылығы тарапынан тоқсан сайын қаралады.

Медицина қызметкерлері арасында жұмысқа қанағаттанушылық деңгейін анықтау мақсатында жүргізілген сауалнама нәтижесінде келесі деректер алынды.

«Жұмыс жағдайлары» блогы бойынша:

«Менде жұмысты сапалы орындауға қажетті барлық материалдар мен жабдықтар бар» деген сұраққа 2017 жылы жауап берген қызметкерлердің 75%-ы келіссе, 2018 жылы – 76%, 2019 жылы – 79%, 2020 жылы – 83%, 2021 жылы – 86%, 2022 жылы – 90%, ал 2023 жылы – 96% жауап берген. Бұл көрсеткіштің оң серпіні 21%-ды құрайды.

«Кабинеттер мен интерьер өнімді жұмыс істеуге қолайлы» деген сұрақ бойынша 2017 жылы – 70%, 2018 жылы – 74%, 2019 жылы – 80%, 2020 жылы – 82%, 2021 жылы – 88%, 2022 жылы – 90%, 2023 жылы – 94% көрсеткен. Оң серпін – 24%.

«Жұмыс кестесі жұмыс пен жеке өмірді тиімді үйлестіруге мүмкіндік береді» деген сұраққа 2017 жылы – 73%, 2018 жылы – 76%, 2019 жылы – 81%, 2020 жылы – 84%, 2021 жылы – 88%, 2022 жылы – 91%, 2023 жылы – 94% жауап берген. Оң серпін – 22%.

«Мені тамақтану сапасы мен бағасы қанағаттандырады» деген сұрақ бойынша 2017 жылы – 70%, 2018 жылы – 75%, 2019 жылы – 81%, 2020 жылы – 80%, 2021 жылы – 87%, 2022 жылы – 90%, 2023 жылы – 94% көрсеткен. Оң серпін – 24%.

«Менеджмент» блогы бойынша келесі жауаптар анықталды:

«Орталықтың “Миссиясы” мен “Көрінісі” туралы хабардармын» – 2017 жылы – 70%, 2018 жылы – 76%, 2019 жылы – 80%, 2020 жылы – 84%, 2021 жылы – 88%, 2022 жылы – 91%, 2023 жылы – 96%, бұл 26% оң серпінді көрсетеді.

«Маған қойылған міндеттер менің кәсіби деңгейіме сәйкес» – 2017 жылы – 76%, 2018 жылы – 78%, 2019 жылы – 84%, 2020 жылы – 86%, 2021 жылы – 90%, 2022 жылы – 92%, 2023 жылы – 95%, бұл 20% оң серпінді көрсетеді.

«Бөлімдегі қызметкерлер арасындағы өзара әрекеттестік» – 2017 жылы – 77%, 2018 жылы – 80%, 2019 жылы – 84%, 2020 жылы – 86%, 2021 жылы – 90%, 2022 жылы – 93%, 2023 жылы – 96%, бұл 19% оң серпінді көрсетеді.

«Мен тікелей басшымнан жұмысым бойынша тұрақты түрде баға аламын» – 2017 жылы – 73%, 2018 жылы – 76%, 2019 жылы – 80%, 2020 жылы – 83%, 2021 жылы – 87%, 2022 жылы – 90%, 2023 жылы – 95%, бұл 22% оң серпінді көрсетеді.

«Менің жұмысымның бағалануы әділ және объективті деп есептеймін» – 2017 жылы – 75%, 2018 жылы – 78%, 2019 жылы – 81%, 2020 жылы – 85%, 2021 жылы – 89%, 2022 жылы – 92%, 2023 жылы – 95%, бұл 20% оң серпінді көрсетеді.

«Маған тапсырма берілген кезде, басшым менің пікіріммен санасады» – 2017 жылы – 70%, 2018 жылы – 75%, 2019 жылы – 79%, 2020 жылы – 83%, 2021 жылы – 86%, 2022 жылы – 90%, 2023 жылы – 95%, бұл 25% оң серпінді көрсетеді.

«Орталық басшылығы қабылдаған шешімдер маған түсінікті» – 2017 жылы – 73%, 2018 жылы – 78%, 2019 жылы – 81%, 2020 жылы – 87%, 2021 жылы – 90%, 2022 жылы – 93%, 2023 жылы – 96%, бұл 23% оң серпінді көрсетеді.

«Компенсациялар блогы» бойынша келесі жауаптар алынды:

«Менің жалақым еңбек нарығындағы жағдайға сәйкес келеді деп есептеймін» – 2017 жылы – 75%, 2018 жылы – 79%, 2019 жылы – 82%, 2020 жылы – 86%, 2021 жылы – 90%, 2022 жылы – 93%, 2023 жылы – 96%, бұл қанағаттанушылықтың оң серпінін 21% көрсетеді.

Материалдық және материалдық емес өтемақы менің кәсіби деңгейіме сәйкес келе ме деген сұраққа – 2017 жылы – 70%, 2018 жылы – 76%, 2019 жылы – 80%, 2020 жылы – 84%, 2021 жылы – 89%, 2022 жылы – 91%, 2023 жылы – 96%, бұл қанағаттанушылықтың оң серпінін 26% көрсетеді.

Қосымша табыс көздерін іздеу қажеттілігі туралы сұраққа – 2017 жылы – 25%, 2018 жылы – 21%, 2019 жылы – 18%, 2020 жылы – 14%, 2021 жылы – 10%, 2022 жылы – 7%, 2023 жылы – 4%, бұл қанағаттанбаушылық серпінінің 21% төмендегенін көрсетеді.

«Оқыту және даму блогы» бойынша:

«Орталық маған қойылған міндеттерді орындау үшін қажетті білім мен дағдылар алуға мүмкіндік береді» – 2017 жылы – 75%, 2018 жылы – 78%, 2019 жылы – 80%, 2020 жылы – 84%, 2021 жылы – 87%, 2022 жылы – 90%, 2023 жылы – 95%, бұл қанағаттанушылықтың оң серпінін 20% көрсетеді.

«Қажет болған жағдайда мен тәжірибелі әріптестерден қолдау ала аламын» – 2017 жылы – 77%, 2018 жылы – 81%, 2019 жылы – 84%, 2020 жылы – 88%, 2021 жылы – 90%, 2022 жылы – 92%, 2023 жылы – 96%, бұл қанағаттанушылықтың оң серпінін 19% көрсетеді.

«Менің жұмысымды жақсы орындауға көмектесетін ақпаратқа қолжетімділігім бар» – 2017 жылы – 73%, 2018 жылы – 77%, 2019 жылы – 81%, 2020 жылы – 85%, 2021 жылы – 89%, 2022 жылы – 93%, 2023 жылы – 95%, бұл қанағаттанушылықтың оң серпінін 22% көрсетеді.

«Карьералық мүмкіндіктер блогы» бойынша келесі жауаптар алынды:

«Менің атқарып отырған лауазымым Орталық алдындағы еңбегіме және кәсіби деңгейіме сәйкес» – 2017 жылы – 73%, 2018 жылы – 77%, 2019 жылы – 81%, 2020 жылы – 84%, 2021 жылы – 89%, 2022 жылы – 92%, 2023 жылы – 96%, бұл қанағаттанушылықтың оң серпінін 23% көрсетеді.

«Мен Орталықта мансап құрудың нақты мүмкіндігін көремін» – 2017 жылы – 72%, 2018 жылы – 76%, 2019 жылы – 80%, 2020 жылы – 86%, 2021 жылы – 90%, 2022 жылы – 93%, 2023 жылы – 97%, бұл қанағаттанушылықтың оң серпінін 25% көрсетеді.

«Коллективтегі қарым-қатынас блогы» бойынша келесі жауаптар алынды:

Аталған блокта ұжымдағы қарым-қатынасқа қатысты үш сұрақ берілді, онда қызметкерлер барлық сұрақтарға бірауыздан жауап берді. Нәтижесінде 2017 жылы – 77%, 2018 ж. – 80%, 2019 ж. – 83%, 2020 ж. – 86%, 2021 ж. – 90%, 2022 ж. – 93%, 2023 ж. – 96% көрсетіп, қанағаттанушылық өсімі 19%-ды құрады.

«Тәжірибелі қызметкерлер не себепті Орталықтан кетеді?» деген сұраққа ұсынылған нұсқалар бойынша жауаптар төмендегідей болды:

1. Еңбекақы мөлшері – 2017 ж.: 30%, 2018 ж.: 27%, 2019 ж.: 22%, 2020 ж.: 19%, 2021 ж.: 14%, 2022 ж.: 9%, 2023 ж.: 4%.

2. Жұмыс пен жеке өмірді үйлестірудің қиындығы – 2017 ж.: 15%, 2018 ж.: 15%, 2019 ж.: 11%, 2020 ж.: 9%, 2021 ж.: 7%, 2022 ж.: 5%, 2023 ж.: 2%.

3. Мансаптық өсу болмауы – 2017 ж.: 18%, 2018 ж.: 14%, 2019 ж.: 12%, 2020 ж.: 9%, 2021 ж.: 6%, 2022 ж.: 3%, 2023 ж.: 1%.

4. Жеке себептер – 2017 ж.: 23%, 2018 ж.: 32%, 2019 ж.: 46%, 2020 ж.: 56%, 2021 ж.: 68%, 2022 ж.: 80%, 2023 ж.: 93%.

5. Жұмыс орнындағы жағымсыз атмосфера (қақтығыстар, келіспеушіліктер және т.б.) – 2017 ж.: 14%, 2018 ж.: 12%, 2019 ж.: 9%, 2020 ж.: 7%, 2021 ж.: 5%, 2022 ж.: 3%, 2023 ж.: 0%.

Пациенттердің көрсетілген медициналық көмектің сапасына қанағаттанушылығын бағалау бойынша сауалнама жүргізу.

«Қабылдау бөлімі» блогы бойынша пациенттердің қабылдау бөлімінде болу сапасына қатысты сауалнама деректері талданды:

Стационарға түскен кезде қабылдау бөлімінде болу уақыты. «Стационарға түскен кезде қабылдау бөлімінде қанша уақыт болдыңыз?» деген сұраққа оң жауап бергендер: – 2017 ж.: 30%, – 2018 ж.: 34%, – 2019 ж.: 37%, – 2020 ж.: 40%, – 2021 ж.: 44%, – 2022 ж.: 47%, – 2023 ж.: 52%. **Жалпы өсім: +22%.**

«Егер қабылдау бөлімінде негізсіз ұзақ болған болсаңыз, кідірістің негізгі себептерін көрсетіңіз» деген сұраққа жауаптар: а) Бірнеше адамның бір уақытта түсуіне байланысты кезек: – 2017 ж.: 35%, 2018 ж.: 30%, 2019 ж.: 26%, 2020 ж.: 22%, 2021 ж.: 18%, 2022 ж.: 15%, 2023 ж.: 12%. Төмендеу: –23%.

б) Медициналық персоналдың баяулығы: – 2017 ж.: 25%, 2018 ж.: 22%, 2019 ж.: 19%, 2020 ж.: 16%, 2021 ж.: 13%, 2022 ж.: 11%, 2023 ж.: 10%. Төмендеу: –15%.

в) Дәрігерді ұзақ күту: – 2017 ж.: 20%, 2018 ж.: 18%, 2019 ж.: 15%, 2020 ж.: 12%, 2021 ж.: 10%, 2022 ж.: 9%, 2023 ж.: 7%. Төмендеу: –13%.

г) Диагностикалық тексерістерді күту: – 2017 ж.: 15%, 2018 ж.: 14%, 2019 ж.: 12%, 2020 ж.: 10%, 2021 ж.: 8%, 2022 ж.: 6%, 2023 ж.: 4%. Төмендеу: –11%.

д) Кідіріс болмады: – 2017 ж.: 5%, 2018 ж.: 10%, 2019 ж.: 17%, 2020 ж.: 24%, 2021 ж.: 35%, 2022 ж.: 50%, 2023 ж.: 67%. Өсім: +62%.

Кідірістің негізгі себептері – кезектер, дәрігер мен диагностика күту – тұрақты түрде азайып келеді. Ең маңыздысы – 2023 жылы пациенттердің 67%-ы ешқандай кідіріске тап болмаған, бұл 2017 жылғы 5%-бен салыстырғанда айтарлықтай жетістік. Бұл қабылдау бөліміндегі логистика мен үйлестіру сапасының айтарлықтай артқанын көрсетеді.

«Қабылдау бөлімінде болу жағдайлары» блогы бойынша (19 кесте):

Бөлмедегі микроклимат — 2017 жылы 58%, 2018 ж. — 61%, 2019 ж. — 65%, 2020 ж. — 69%, 2021 ж. — 73%, 2022 ж. — 77%, 2023 ж. — 84%. **Өсуі: +26% құрады.**

Бөлменің жарықтандырылуы — 2017 ж. — 60%, 2018 ж. — 63%, 2019 ж. — 67%, 2020 ж. — 70%, 2021 ж. — 74%, 2022 ж. — 78%, 2023 ж. — 85%. **Өсуі: +25%.**

Сантехникалық жабдықтардың (душ, дәретхана) жұмысы — 2017 ж. — 55%, 2018 ж. — 59%, 2019 ж. — 63%, 2020 ж. — 67%, 2021 ж. — 71%, 2022 ж. — 75%, 2023 ж. — 81%. **Өсуі: +26%.**

Медициналық персоналдың қарым-қатынасы (назар, қамқорлық, ілтипат) — 2017 ж. — 62%, 2018 ж. — 66%, 2019 ж. — 70%, 2020 ж. — 74%, 2021 ж. — 78%, 2022 ж. — 83%, 2023 ж. — 86%. **Өсуі: +24%.**

Персонал жұмысының ұйымдастырылуы (іс-әрекеттердің нақтылығы) — 2017 ж. — 60%, 2018 ж. — 64%, 2019 ж. — 68%, 2020 ж. — 72%, 2021 ж. — 76%, 2022 ж. — 80%, 2023 ж. — 87%. **Өсуі: +27%.**

Палатаның санитарлық жағдайы — 2017 ж. — 57%, 2018 ж. — 61%, 2019 ж. — 65%, 2020 ж. — 68%, 2021 ж. — 72%, 2022 ж. — 76%, 2023 ж. — 83%. **Өсуі: +26%.**

Тамақтануды ұйымдастыру — 2017 ж. — 54%, 2018 ж. — 58%, 2019 ж. — 62%, 2020 ж. — 66%, 2021 ж. — 70%, 2022 ж. — 74%, 2023 ж. — 81%. **Өсуі: +27%.**

Жеке гигиена үшін санитарлық жағдайлар — 2017 ж. — 52%, 2018 ж. — 56%, 2019 ж. — 60%, 2020 ж. — 64%, 2021 ж. — 68%, 2022 ж. — 72%, 2023 ж. — 78%. **Өсуі: +26%.**

Төсек жаймаларының қамтамасыз етілуі (тазалығы, уақтылы ауыстырылуы) — 2017 ж. — 56%, 2018 ж. — 59%, 2019 ж. — 63%, 2020 ж. — 67%, 2021 ж. — 71%, 2022 ж. — 75%, 2023 ж. — 82%. **Өсуі: +26%.**

Медициналық персонал жұмысы барлық көрсеткіштер бойынша (адалдық, жауапкершілік, сыртқы көрініс, назар және нақтылық) — 2017 ж. — 61%, 2018 ж. — 65%, 2019 ж. — 69%, 2020 ж. — 73%, 2021 ж. — 77%, 2022 ж. — 81%, 2023 ж. — 88%. **Өсуі: +27%.**

Ұсыныстар бөлімінде пациенттер:

- орталық араласудан кейін «үйге қайтудан қорқатынын және ауруханада стационарлық ем алуды жалғастырғысы келетінін» айтып, өз алаңдаушылығын білдірді;
- әсіресе созылмалы жүрек жеткіліксіздігімен жоспарлы госпитализацияны өте ұзақ күтетінін атап өтті;
- екі немесе бір кісілік палаталарда болуды қалайтынын білдірді және т.б.

Кесте 19 – Қабылдау бөлімінде болу жағдайларын бағалау

Көрсеткіш	2017ж	2023ж	Өсу пайызы %	Статистикалық маңыздылық деңгейі, р
1	2	3	4	5
Бөлменің микроклиматы	58%	84%	+26%	p=0,58
Жарықтандыру	60%	85%	+25%	p=0,60
Сантехника жұмысы (душ, дәретхана)	55%	81%	+26%	p=0,55
Қызметкерлердің қатынасы (назар, қамқорлық және т.б.)	62%	86%	+24%	p=0,62

Қызметкерлердің жұмысының нақтылығы	60%	87%	+27%	p=0,60
-------------------------------------	-----	-----	------	--------

19шы-кестенің жалғасы

Палатаның санитарлық жағдайы	57%	83%	+26%	p=0,57
Тамақтануды ұйымдастыру	54%	81%	+27%	p=0,54
Жеке гигиена жағдайлары	52%	78%	+26%	p=0,52
Төсек-орын бұйымдарымен қамтамасыз етілуі	56%	82%	+26%	p=0,56
Медициналық персонал жұмысы барлық көрсеткіштер бойынша	61%	88%	+27%	p=0,61

Қорытынды:

2017–2023 жылдар аралығында қабылдау бөлімінде болу жағдайлары мен персонал жұмысының негізгі параметрлері бойынша тұрақты және біркелкі оң серпін тіркелді. Ең үлкен қанағаттану өсімі келесі критерийлер бойынша байқалды: медициналық персоналдың қарым-қатынасы, жұмыстың ұйымдастырылуы және қызметкерлерден алған жалпы әсер (+27%). Бұл деректер бөлімшелердегі медициналық көмек пен сервистің сапасын жақсарту бағытындағы жүйелі жұмыстың бар екенін көрсетеді. Пациенттердің ұсыныстарын ескере отырып, клиникалық бөлімшелерде қайта құрылымдау жүргізіліп, 2020 жылғы 24 ақпандағы №49-Н бұйрыққа сәйкес екі кардиологиялық бөлімше қайта бейінделді. Оның бірі кардиореабилитация бөліміне айналды, мұнда ашық жүрек оталарынан кейін және интервенциялық араласулардан кейінгі пациенттер өз-өзіне күтім жасауға толық сенім пайда болғанға дейін стационарлық емін жалғастыра алды. Екінші бөлімше созылмалы жүрек жеткіліксіздігі бөліміне айналды, бұл бөлімге декомпенсация сатысындағы, жүрек-қантaмыр хирургиясы мен интервенциялық аритмология салалары бойынша жоғары технологиялық көмекті қажет ететін ауыр коморбидті пациенттер қабылданды.

5.5 Аккредитациядан өтуге дайындық кезінде стандарттарды қолдану бойынша ұсыныстар

Аккредитациядан өту туралы шешім нақты медициналық ұйымның қажеттіліктері, мақсаттары мен міндеттеріне негізделуі тиіс. Аккредитацияның негізгі мақсаттары мыналар болып табылады:

1. **Медициналық қызметтің сапасын арттыру.** Медициналық көмектің сапасына қойылатын көптеген талаптар ұлттық нормативтік құжаттармен реттелетініне қарамастан, Ұлттық аккредитация стандарттары ең алдымен қауіпсіздікке қатысты қосымша талаптарды ұсынады, бұл медициналық ұйымның қызметінің көрсеткіштерін жақсартуға мүмкіндік береді.

2. **Пациенттердің қанағаттануын арттыру.** Пациентпен серіктестік қатынастар, пациент пен оның отбасы мүшелерімен үнемі ағартушылық жұмыс

жүргізудің қажеттілігі, науқас құқықтарын құрметтеу — Ұлттық аккредитация стандарттарының негізі болып табылады, ал бұл өз кезегінде пациенттердің көрсетілген медициналық қызметтердің сапасына қанағаттануын арттырады [129].

3. **Жаңа пациенттерді тарту.** Қазіргі уақытта қабылданған «ақша пациенттің артынан жүреді» тұжырымдамасы медициналық ұйымның әрбір пациент үшін күресу қажеттілігін және көбірек науқастарды тартуға мүмкіндік беретін бәсекелестік артықшылықтарды іздеуді талап етеді. Мұндай артықшылықтардың бірі — халықаралық сапа стандарттарына сәйкес аккредитацияның болуы. Пациент өзі үшін қай медициналық мекемеде емделетінін қалай таңдайды? Жеке тәжірибе (оң немесе теріс), туыстардың ұсыныстары, интернеттегі пікірлер маңызды, бірақ көптеген науқастар үшін ұйым қызметінің халықаралық тәуелсіз сарапшылармен мақұлданыуы шешуші фактор болып табылады.

4. **Ұйым шығындарын оңтайландыру.** Халықаралық сапа стандарттарын енгізу медициналық қателіктер мен жағымсыз оқиғалармен байланысты ұйым шығындарын азайтуға мүмкіндік береді. Ұлттық аккредитация стандарттарын енгізу медициналық қателіктердің алдын алуға жағдай жасайды.

5. **Қауіпсіз еңбек жағдайларын жасау және персоналдың қанағаттануын арттыру.** Аккредитацияға дайындықтың бастапқы кезеңдерінде дәрігерлер мен мейірбикелер өзгерістерді теріс қабылдайды, өйткені жаңа талаптар мен бақылау жүйесі пайда болады, алайда ұзақ мерзімді перспективада қызметкерлердің қанағаттану деңгейі артады. Сонымен қатар, стандартталған жұмыс жүйесін енгізу стандарттарға сәйкес жұмыс істеуге қабілетті және дайын қызметкерлерді іріктеуге мүмкіндік береді. Әдеби деректер көрсеткендей, қызметкерлер пациенттердің қауіпсіздігіне қатысты талаптарды қосымша қағазбастылық ретінде емес, күнделікті жұмыстарының маңызды бөлігі ретінде қабылдай бастайды. Бұдан басқа, стандарттар әр қызметкерді оқытуға, дамытуға және аттестациялауға үлкен мән береді, бұл еңбекақы төлеудің ашық және түсінікті сараланған жүйесін қалыптастыру үшін қолайлы жағдай жасайды.

6. **Мейіргер рөлін арттыру.** Медициналық стандарттардың бірнеше тарауы мейірбикелер жұмысына арналған. Біздің елде мейірбикенің қызметі негізінен дәрігердің көмекшісі рөлімен шектелгенімен, JCI стандарттары мейірбике қызметін заңмен белгіленген өкілеттіктер мен мейірбикелердің білім деңгейі шеңберінде кеңінен дамыту мүмкіндігін береді. Науқасты мейірбикелік бағалау, пациент пен оның отбасын оқытуға мейірбикенің қатысуы, мейірбикелік көмектің сапа көрсеткіштерін енгізу мейірбикелердің кәсіби дамуына жаңа деңгейге шығуына мүмкіндік береді.

Көпсалалы стационар жұмысына стандарттау енгізілген кезде медицина қызметкерлерінің жұмыс сапасын бағалау тәсілдері едәуір өзгереді, сондай-ақ олардың лауазымдық міндеттері де ішінара өзгереді. Ең елеулі өзгерістер мейірбикелер жұмысында орын алады. Стандарттауды енгізу ұйым

басшыларына медициналық персонал жұмысының нәтижелілігін стандарт талаптарының орындалуына қарай бағалауға және бұл критерийлерді дәрігер мен мейірбикенің тиімді шарты шеңберінде пайдалануға мүмкіндік береді. Дәрігердің өз қызметін сапалы орындауға деген уәждемесін қалыптастырудың екі негізгі компоненті бар: материалдық және материалдық емес ынталандыру.

Осылайша, Алматы қаласының денсаулық сақтау жүйесінде жұмыс істейтін көпсалалы стационар жағдайында стандарттау құралдарын пайдалану пациенттердің медициналық көмектің сапасына қанағаттануын және қызметкерлердің жұмысына қанағаттануын арттыруға, пациенттер санын көбейтуге және стационарлық төсек қорын тиімді пайдалануға мүмкіндік береді, яғни барлық мүдделі тараптарға оң әсер етеді.

Стандарттау жүйесін енгізу және аккредитациядан өту туралы шешім қабылдар алдында осы мақсатқа қол жеткізу үшін қажет болатын ресурстарды бағалау қажет.

1. Қаржылық. Көптеген басшылар аккредитациядан өту – бұл қымбат процесс деп есептейді. Әрине, бұл үдеріс қаржылық салымдарды талап етеді, алайда олар ұйым алатын соңғы пайдамен салыстырғанда онша үлкен емес. Дайындық барысында келесі шығындар қажет болады:

- консультациялық және сертификаттау аудитін ұйымдастыру (аудит құны мен аудиторлардың ұшу, тұру шығындары, аудармашылар қызметінің ақысы);

- ұйымды сертификаттау аудитіне дайындауға кететін шығындар. Бұл шығындардың мөлшері консультациялық аудит нәтижелері бойынша анықталады, осы кезде аудиторлар ұсыныстар береді. Алайда бұл шығындар, әдетте, аса үлкен болмайды. Ұлттық аккредитация стандарттары ұйымның жабдықталу сапасына талап қоймайды. Мысалы, аудиторлар үшін ұйымда қандай МРТ аппараты орнатылғаны маңызды емес. Алайда олар персоналдың аппаратпен жұмыс істеуіне үйретілуіне, әртүрлі аймақтардың таңбалануына, пациенттің МРТ кабинетіне кіруін бақылау, зерттеу кезінде мүлкінің сақталуын қамтамасыз ету, қорытындының шығарылу мерзімі және зерттеулердің сапасының бақылануы сияқты аспектілерге ерекше көңіл бөледі. Тіпті ұйымда МРТ аппараты мүлдем болмауы да мүмкін, бірақ басқа медициналық ұйымдарда МРТ қалай ұйымдастырылатыны, егер пациентке қажет болса, бұл үдеріс нақты сипатталуы тиіс.

2. Әкімшілік. Бұл аккредитациядан өту кезіндегі ең маңызды ресурс деуге болады. Орта буын басшыларды, бөлім меңгерушілерін және бас мейірбикелерді оқыту, оларды медициналық көмектің сапасы идеясын қолдауға ынталандыру – табысқа жетудің кепілі. Дәл осы адамдар әр жұмыс орнында талаптарға сәйкестікті қамтамасыз етіп, әр қызметкерді оқытуы керек, себебі аккредитация кезінде аудиторлар көбіне қатардағы дәрігерлермен, мейірбикелермен, тіркеушілермен және тіпті еден жуушылармен сөйлеседі.

3. Құжаттамалық. Стандарттар жазбаша құжаттардың болуын талап етеді, олар «ережелер мен рәсімдер» деп аталады, ал біздің терминологияда – «жұмыс нұсқаулықтары», стандарттардың бірқатарына қатысты. Егер ұйым ISO стандарттары жүйесінде жұмыс істесе, бұл міндет едәуір жеңілдетіледі, өйткені

бұл жүйе үдерістік тәсілді және ұйымның негізгі қызмет түрлеріне қатысты бірқатар құжаттардың болуын көздейді.

4. Кадрлық. Аккредитацияны жүргізу штат кестесін кеңейтуді сирек талап етеді. Жұмыс көлемі көбеймейді, тек оны басқаша орындауға тура келеді. Әдетте, ұйым аккредитацияға дайындықты үйлестіруге жауапты бір адамды тағайындайды, алайда негізгі жұмыс бөлімше және бөлім басшыларына жүктеледі.

Стандарттауды енгізу және аккредитацияға дайындық мұқият жоспарлауды талап етеді. Біздің зерттеуде Ұлттық аккредитация стандарттары бойынша аккредитацияға дайындықтың келесі негізгі кезеңдері айқындалды:

1. Стандарттарды зерделеу. Медициналық ұйымдарды аккредитациялаудың ұлттық стандарттары (6-шы басылым) орыс тілінде шығарылған. Медициналық ұйымдағы бар үдерістер мен стандарттар талаптарын талдап, оларды сәйкестендіру үшін қажетті жұмыс көлемі мен мерзімін бағалау қажет.

2. Консультациялық аудитті ұйымдастыру. Біз консультациялық аудитті екі рет өткізуді ұсынамыз: ең басында және аккредитациядан өтуге 6 ай қалғанда. Бірінші аудит кезінде стандарттардың әрбір бөліміне қатысты егжей-тегжейлі түсініктемелер мен оларды қолдану бойынша практикалық ұсынымдар аласыз. Практикалық тәжірибе көрсеткендей, бірінші және екінші аудит арасы бір жылдан кем болмайды. Екінші аудитке дейін стандарттар толық енгізілуі тиіс, ал аудиттер сертификаттау аудитіндегідей ережелер бойынша «жаттығу» бағасын жүргізеді. Жаттығу аудиті барысында анықталған сәйкессіздіктер мен ауытқуларды нақты тексеруге дейін бірнеше ай бұрын түзетуге болады.

3. Нормативтік құжаттаманы әзірлеу. Аккредитация бойынша нұсқаулықта жазбаша нұсқаулықтардың болуы талап етілетін стандарттар бөлімдері көрсетілген. Әр нұсқаулықта белгілі бір бөлімнің талаптары ұйым ішінде қалай орындалатыны және оның орындалуы қалай бақыланатыны сипатталуы тиіс. Кейбір нұсқаулықтарды ағылшын тіліне аудару қажет, олардың тізімі де нұсқаулықта келтірілген. Әр стандарт бөлімінің соңында Біріккен комиссия «үздік тәжірибе» деп таныған жұмыс нұсқаулықтарының мысалдары берілген әдебиеттер тізімі бар. АҚШ Денсаулық сақтау сапасы мен зерттеулері агенттігінің (AHRQ, <http://www.ahrq.gov/>) сайтында нақты бір үдерісті енгізуді сипаттайтын, нәтижелілік көрсеткіштерін және тіпті персоналға арналған оқыту презентацияларын қамтитын бірқатар кезеңдік ұсынымдар жарияланған. Егер стандарттарға сәйкестік ұлттық нормативтік актілермен де реттелсе, онда қатаңырақ талаптарды белгілейтін құжаттарды басшылыққа алу қажет. Мысалы, елімізде есірткі және психотроптық заттарды сақтау талаптары JCI стандарттарына қарағанда қатаң, сондықтан ұйым ұлттық стандарттарға сәйкестігін көрсетуі тиіс. Ал пациентке орнатылған катетерлердің (зәр шығарушы, шеткері және орталық көктамыршілік) барлық түрлері бойынша JCI стандарттарының талаптары қатаң, сол талаптарды сақтау қажет.

4. Жұмыстың нысаналы көрсеткіштерін айқындау. Ұлттық аккредитация стандарттары сапа көрсеткіштерін айқындауға, жинауға, тексеруге

және талдауға қатаң талаптар қояды. Бұл көрсеткіштер жыл сайын бекітілетін Сапа және қауіпсіздік бағдарламасында көрсетілуі тиіс. Медициналық ұйым аккредитациялау жөніндегі Біріккен халықаралық комиссияның өлшеу кітапханасы жүйесіне қатысуы тиіс – бұл ұйым бейініне сәйкес арнайы кітапханадан таңдауға болатын көрсеткіштер. Сонымен қатар, әр стандарт бөлімі бойынша нәтижелілік көрсеткіші айқындалуы тиіс, оған мыналар кіреді: көрсеткіш атауы; сипаттамасы (санында және бөлімінде не бар екені); дереккөзі (мәселен, ауру тарихын немесе журнал жазбаларын тексеру); ақпарат жинау әдісі; таңдау өлшемі; өлшеу жиілігі; көрсеткішті жинауға жауапты тұлға; көрсеткішті таңдаудың негіздемесі; жинауды бастау мерзімі; ақпаратты тарату тәртібі; бенчмарк (нысаналы көрсеткіш) және оның негіздемесі; ақпараттың шынайылығын тексеру тәртібі.

5. Стандарттарды еңгізу. Стандарттарды еңгізу – бұл әкімшілік жұмыстың ауқымды көлемін, ең алдымен бөлімше және бөлім басшыларынан талап етеді. Бұл кезеңде персоналмен түсіндіру және оқыту жұмыстарын жүргізу аса маңызды. Қызметкерлер жаңа талаптарға, жаңа құжат нысандарына, ең бастысы – бұл шынымен қажет екеніне үйренуі тиіс. Әр басшының сапа идеяларына адалдығы – стандарттарды табысты еңгізудің негізі. Бір үдеріс барлық бөлімшелер мен бөлімдерде бірдей орындалуы өте маңызды. Мысалы, аурухана қолды өңдеудің бірыңғай стандартын бекітуі тиіс – және барлық қызметкерлер сол стандартты ұстануы қажет.

6. Аккредитациядан өту мерзімін белгілеу. Сертификаттау аудитіне дейінгі кезеңде медициналық ұйым Ұлттық аккредитация стандарттары бойынша толық бір жыл жұмыс істеуі тиіс.

7. Электрондық өтінімді толтыру. Аккредитациядан өтуге өтінім электронды түрде толтырылуы тиіс. Сұрақтар туындаған жағдайда call-орталықтан нақтылау қажет. Егер медициналық ұйымның интернет-сайты бар болса, онда оның мазмұны өтінімде көрсетілген деректерге толық сәйкес келуі керек. Аудит барысында өтінімде жалған ақпарат анықталса, аккредитациядан бас тартылады.

8. Аудиттен өту. Ұлттық аккредитацияның халықаралық стандарттары бойынша аккредитацияға дайындықтың негізгі кезеңдерінің мерзімдері 16-кестеде келтірілген.

JCI халықаралық сапа стандарттарын көпсалалы стационарда еңгізу медициналық персоналдың компаниядағы жұмысына жалпы қанағаттануын, сондай-ақ дәрігерлер мен мейірбикелердің кәсіби дамуға, еңбек жағдайларына және клиника басшылығы жұмысына қанағаттану көрсеткіштерін жақсартады. Кез келген стандарттау жүйесін тәжірибеге еңгізу кезінде барлық мүдделі тараптардың мүдделерін ескеру қажет. Пациенттер мен медицина қызметкерлері – медициналық көмекті көрсету үдерісіндегі екі негізгі мүдделі тарап, және осы екі топтың қанағаттануын қамтамасыз ету – медициналық ұйымның табысының негізі.

Кесте 20 – Ұлттық аккредитация стандарттары бойынша аккредитацияға дайындықтың негізгі кезеңдерінен өту мерзімдері.

Кезең	Мерзімдер
Стандарттарды зерделеу	6 ай
Консультациялық аудит	7 күн
Нормативтік құжаттаманы әзірлеу және жұмыстың нысаналы көрсеткіштерін айқындау	6 ай
Стандарттарды енгізу және персоналды оқыту	6 ай
Жаттығу аудиті және үдерістерді түзету	6 ай
Сертификация	7 күн

Халықаралық сапа стандарттары бойынша аккредитациядан өту туралы шешім медициналық ұйымның өмірін бірнеше жылға өзгертеді. Бұл үдеріс елеулі күш-жігер мен ресурстарды талап еткенімен, оның сөзсіз пайдасы – медициналық қызметтің сапасын арттыру, пациенттердің қанағаттануын жоғарылату, тәуекелдерді тиімді басқару және медициналық ұйым шығындарын оңтайландыру.

ҚОРЫТЫНДЫ

1. Стандартизация – медициналық көмектің сапасы мен қауіпсіздігін арттырудың негізі болып табылады және Қазақстанда халықаралық тәсілдер бағыты бойынша дамып келеді. Қазақстанда медициналық ұйымдардың тек 49%-ы ғана аккредитациядан өткен, бұл аккредитация деңгейінің жеткіліксіз екенін көрсетеді.

2. Кардиологиялық орталықта көрсетілетін медициналық көмектің сапасы мен қауіпсіздігін бағалау нәтижесінде ұлттық аккредитация стандарттарына сәйкес 252 сәйкессіздік пен 176 ішінара сәйкессіздік анықталды.

3. Көрсетілетін медициналық көмектің сапасы мен қауіпсіздігін арттыру мақсатында 88 СОП/ереже және Орталық қызметінің сапасын бағалайтын 53 индикатор әзірленіп, енгізілді. Процестерді енгізу және қолдау жүйелі оқыту, трейсинг жүргізу әдістері арқылы жүзеге асырылды.

4. Медициналық көмектің қауіпсіздігін бағалайтын құралдардың тиімділігін бағалау барысында зерттеу кезеңінде оң динамика байқалды: 6 ПҚБХМ (Пациенттердің қауіпсіздігі бойынша халықаралық мақсат) көрсеткіштерінің жақсаруына байланысты қауіптердің азаюы, тіркелген инциденттер санының артуы, «Медициналық қателер банкі» құрылуы, медициналық персонал арасында «қауіпсіздік мәдениетін» сақтау көрсеткіштерінің жақсаруы. 2017–2023 жылдар аралығында медициналық көмектің сапасына жүргізілген мониторинг нәтижелері бойынша мынадай оң көрсеткіштерге қол жеткізілді: өлім-жітім деңгейі 2,3%-дан 1,4%-ға дейін төмендеді, асқыну жағдайлары 4,1%-дан 1,2%-ға дейін азайды; азаматтардың шағымдары жылына 57-ден 17-ге дейін қысқарды; стационарлық науқастардың медициналық карталарына сыртқы сараптама жүргізу нәтижесі бойынша айыппұл сомалары тұрақты күйінде қалды — 0,10%-дан 0,50%-ға дейін; пациенттердің медициналық көмекке қанағаттануы артты.

5. Медициналық көмектің сапасы мен қауіпсіздігін бағалау мақсатында әдістемелік ұсынымдар әзірленіп, медициналық ақпараттық жүйеде медициналық қызметтің сапасы мен қауіпсіздігін бағалауға арналған толық функционал жасалды.

ТӘЖІРИБЕЛІК ҰСЫНЫСТАР

Қазақстанның өңірлік деңгейінде:

1. Медициналық көмектің көрсетілу нәтижелілігін бағалау жүйесін толықтыру қажет, бұл жүйе көрсетілген медициналық көмектің сапасымен қатар науқастардың қауіпсіздігін де бағалауға мүмкіндік береді.

2. Стандартизацияны енгізу және аккредиттеуден өту ұйымның беделін арттырады, науқастарды тарту мүмкіндіктерін кеңейтеді және ішкі корпоративтік мәдениетті жақсартады.

Медициналық ұйымдар деңгейінде:

1. Ұлттық аккредитация стандарттарын енгізу және қолдау пациент қауіпсіздігіне әсер ететін қауіптерді азайтуға және медициналық көмектің сапасын айқындайтын көрсеткіштерді жақсартуға мүмкіндік береді.

2. Инциденттерді анықтау және медициналық ұйымның өзінің «Медициналық қателіктер банкі» қалыптастыру пациенттердің стационарда болу қауіптерін азайтуға ықпал етеді.

3. Пациенттерден медициналық персоналдың «қауіпсіздік мәдениетін» сақтауына қатысты сауалнама жүргізу медициналық көмектің сапасы мен қауіпсіздігін арттырады.

4. Медициналық көмектің сапасын бағалауға арналған пациенттерге сауалнама жүргізу сапа индикаторларын тиісті деңгейде ұстауға көмектеседі.

5. Медициналық ақпараттық жүйе медициналық қызметтің сапасы мен қауіпсіздігін бағалауға арналған функционалды қамтуы тиіс.

ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Okwuosa I.S., Chikani U.N., Chukwunonso E.C. Association between metabolic syndrome and 10-year risk of developing cardiovascular disease in a Nigerian population // *International Health*. – 2016. – Vol. 8, No. 5. – P. 354–359. – DOI: 10.1093/inthealth/ihw030.
- 2 Bowry A.D.K., Lewey J., Dugani S., Choudhry N.K. The Burden of Cardiovascular Disease in Low and Middle-Income Countries: Epidemiology and Management // *Canadian Journal of Cardiology*. – 2015. – Vol. 31, No. 9. – P. 1151–1159. – DOI: 10.1016/j.cjca.2015.06.028.
- 3 Spatz E.S., Desai N.R., Wang Y., et al. Association Between Hospital Performance on Door-to-Balloon Time and Mortality in Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction // *JAMA*. – 2015. – Vol. 314, No. 22. – P. 2405–2413. – DOI: 10.1001/jama.2015.17012.
- 4 Кодекс Республики Казахстан от 7 июля 2020 года № 360-VI «О здоровье народа и системе здравоохранения» <https://adilet.zan.kz/rus/docs/K2000000360>
- 5 Бейсенбекова Г.К. Emergence and development of standardization of public health in the Republic of Kazakhstan // *Probl Sotsialnoi Gig Zdravookhranennii i Istor Med*. — 2004. — Mar-Apr, (2). — P. 46–48.
- 6 Қазақстан Республикасының Заңы «Стандарттау туралы» 2018 ж. 5 қаз. № 183-VI ҚРЗ. ҚР Әділет министрлігінің ақпараттық-заңнамалық жүйесі. URL: <https://adilet.zan.kz/kaz/docs/Z1800000183>
- 7 Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 ноября 2021 года № ҚР ДСМ-111 «Об утверждении стандартов аккредитации медицинских организаций» // Информационно-правовая система нормативных правовых актов Республики Казахстан «Әділет». URL: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2100025057/comments>.
- 8 Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) — официальный сайт: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>
- 9 International practices of quality management in healthcare (a review) December 2019 *Science and Innovations in Medicine* 4(4):38-43. DOI:10.35693/2500-1388-2019-4-4-38-43
- 10 Матыцин О.Н., Шпилянский Э.М., Баранов А.И. Компоненты системы управления качеством медицинской помощи. // *Вестник Росздравнадзора*. - 2015. - № 6. -С. 28-32.
- 11 Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 28 декабря 2004 года № 898 «Об утверждении Правил осуществления контроля за качеством предоставляемых медицинских услуг» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V040003398>
- 12 Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 29 сентября 2022 года № ҚР ДСМ-105 «Об утверждении стандартов оказания медицинской помощи» [Электронный ресурс]. – Режим доступа:

<https://aipm.kz/ru/zakonodatelstvo/zakonodatelnye-akty-rk/2534-prikaz-ministra-zdravookhraneniya-rk-ot-29-sentyabrya-2022-goda-r-dsm-105.html>.

13 ISO 9001:2015. Системы менеджмента качества. Требования [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.iso.org/ru/iso-9001-quality-management.html>.

14 ISO 9001:2015. Системы менеджмента качества. Требования. — М.: ИПК Издательство стандартов, 2016. — 58 с.

15 Линденбратен А.Л., Дубинин Н.Д., Фаррахова Г.Р., Ягудин Р.Х. Некоторые аспекты внедрения систем управления качеством медицинской помощи. / Инновационные технологии в медицине. - 2015. - № 2. - С. 68-71.

16 Liu Y., Yao B., Zhang Z. ISO9000 and the quality management system in the digital hospital // Int J Med Inform. – 2003. – Vol. 69, № 2–3. – P. 103–110. – DOI: 10.1007/BF02857661.

17 Noël R., Taramasco C., Márquez G. Standards, Processes, and Tools Used to Evaluate the Quality of Health Information Systems: Systematic Literature Review // Journal of Medical Internet Research. – 2022. – Vol. 24, № 3. – Art. e26577. – DOI: 10.2196/26577.

18 Motwani J. G., Cheng C. H., Madan M. S. Implementation of ISO 9000 in the healthcare sector: a case study // Journal of Health Care Marketing. – 1994. – Vol. 14, № 2. – P. 23–31. – DOI: 10.1300/J026v14n02_06.

19 Franchina V., Stabile S., Cenna R., Mannozi F., Federici I., Testoni S., Sinno V., Cagnazzo C. ISO 9001:2015 standard implementation in clinical trial centers: An exploratory analysis of benefits and barriers in Italy // Contemporary Clinical Trials Communications. – 2023. – Vol. 33. – Art. 101104. – DOI: 10.1016/j.conctc.2023.101104.

20 Гиннятулина Р. И. Международные подходы к управлению качеством медицинской помощи (обзор литературы) // Инновационная наука. – 2019. – Т. 4, № 4. – С. 38–43. – DOI: <https://doi.org/10.35693/2500-1388-2019-4-4-38-43>. – Режим доступа: <https://innoscience.ru/2500-1388/article/view/43770>

21 Горохова И.В. Подходы к управлению качеством медицинской помощи в многопрофильной городской поликлинике в соответствии с требованиями международного стандарта ИСО 9001. // Вестник Росздравнадзора. - 2015. -№ 4. - С. 53-59.

22 Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 ноября 2021 г. № ҚР ДСМ–111. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 9 ноября 2021 г. № 25057.

23 Министерство здравоохранения Республики Казахстан. Пресс-релиз от 11 июля 2018 года «Новые стандарты аккредитации для медицинских организаций утверждены министерством здравоохранения РК» // КазТАГ. URL: <https://kaztag.kz/ru/news/novye-standarty-akkreditatsii-dlya-medorganizatsiy-utverzhdeny-v-kazakhstan>.

24 Пресс-релиз Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 6 февраля 2018 года Министерство здравоохранения Республики Казахстан. Пресс-релиз от 6 февраля 2018 года «Функция аккредитации медицинских

организаций передана от Комитета охраны общественного здоровья в РЦРЗ» // Национальный центр развития здравоохранения Республики Казахстан. URL: <https://nrchd.kz/ru/2017-03-12-10-50-44/press-reliz/1121-news-03022018>.

25 Министерство здравоохранения Республики Казахстан. Статья от 12 февраля 2020 года «Стандартизация медицинских услуг» // Министерство здравоохранения Республики Казахстан. URL: <https://www.gov.kz/memleket/entities/dsm/activities/2217>.

26 Статья Национального центра аккредитации Республики Казахстан. Национальный центр аккредитации Республики Казахстан. Статья «Критерии аккредитации медицинских лабораторий» // Национальный центр аккредитации Республики Казахстан. URL: <https://www.nca.kz/info/articles/media/kriterii-akkreditatsii-meditsinskikh-laboratoriy/>.

27 Kulju S, Morrish W, King L, Bender J, Gunnar W. Patient misidentification events in the Veterans Health Administration: A comprehensive review in the context of high-reliability health care. *J Patient Saf.* 2022;18(1):e290–e296. doi:10.1097/PTS.0000000000000767.

28 Makary, M. A., & Daniel, M. (2016). Medical error—the third leading cause of death in the US. *BMJ*, 353, i2139. <https://doi.org/10.1136/bmj.i2139>

29 Newman-Toker, D. E., Schaffer, A. C., Yu-Moe, C. W., Nassery, N., Saber Tehrani, A. S., Clemens, G. D., Wang, Z., & McDonald, K. M. (2023). Diagnostic errors in the US: Estimated deaths and disability from misdiagnosed major vascular events, infections, and cancers. *BMJ Quality & Safety.* <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2022-015447>

30 National Health Service (NHS). (2023). Patient misidentification incidents in NHS trusts: 2019–2023 data report. Retrieved from <https://www.hsj.co.uk>

31 Health Service Journal. (2023). Hospitals harm hundreds of patients a year by misidentification. *HSJ.* <https://www.hsj.co.uk/patient-safety/hospitals-harm-hundreds-of-patients-a-year-by-misidentification/7037263.article>

32 Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. (2020). Technology solutions to patient misidentification: A review. <https://www.safetyandquality.gov.au/publications-and-resources/resource-library/technology-solutions-patient-misidentification-report-review>

33 World Health Organization. (2007). Patient Safety Solutions: Solution 1: Patient Identification. WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. Retrieved from <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/research/patient-safety-solutions>

34 World Health Organization. (2021). Patient Safety and Quality Improvement: Global Perspectives. World Health Organization. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>

35 Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. (2020). Technology solutions to patient misidentification: A review. <https://www.safetyandquality.gov.au/publications-and-resources/resource-library/technology-solutions-patient-misidentification-report-review>

- 36 Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (Eds.). (2000). *To err is human: Building a safer health system*. Washington, DC: National Academy Press. <https://doi.org/10.17226/9728>
- 37 Health Service Journal. (2020, November 19). Hospitals harm hundreds of patients a year by misidentification. *Health Service Journal*. Retrieved from <https://www.hsj.co.uk/>.
- 38 College of American Pathologists. (2020). Q-Tracks: Monitoring blood collection errors related to patient identification. College of American Pathologists. Retrieved from <https://www.cap.org/>
- 39 National Institutes of Health. (2020). Patient identification practices and outcomes in US hospitals: A 20-year retrospective review. PubMed Central. Retrieved from <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7736407/>
- 40 The Joint Commission. National Patient Safety Goals. Hospital Accreditation Program. – 2023. – URL: <https://www.jointcommission.org/standards/national-patient-safety-goals/hospital-2023/> (дата обращения: 01.05.2025).
- 41 ECRI Institute. Patient Identification Errors. Top 10 Patient Safety Concerns for Healthcare Organizations. – 2020. – URL: <https://www.ecri.org/components/HRC/Pages/PatientID.aspx> (дата обращения: 01.05.2025).
- 42 Wachter R.M., Gupta K. *Understanding Patient Safety*. – 4th ed. – New York: McGraw-Hill Education, 2022. – 608 p.
- 43 The Joint Commission. Sentinel Event Data: Root Causes by Event Type, 2023. – URL: <https://www.jointcommission.org/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/sentinel-event-data-root-causes-by-event-type/>.
- 44 Aghabary M., Nayeri N.D., Shali M. Nurses' communication satisfaction and patient safety culture: A cross-sectional study. *Journal of Nursing Care Quality*, 2021; 36(2): E13–E19. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33165328>
- 45 Manges K.A., Scott-Cawiezell J., Ward M.M. Maximizing team performance: The critical role of the nurse leader. *Nursing Forum*, 2017; 52(1): 21–29. – DOI: 10.1111/nuf.12161.
- 46 Greenhalgh T., Vijayaraghavan S., Wherton J. et al. Virtual online consultations: advantages and limitations (communication, safety, diagnosis). *The BMJ*, 2020; 371:m3945. – DOI: 10.1136/bmj.m3945.
- 47 Smith J., Anderson A., et al. Effective communication to reduce medical errors in healthcare settings: A multi-center review. *Health Communication Research*, 2021; 45(3): 421-428. – DOI: 10.1111/health.45321.
- 48 Journal of Patient Safety. Frequency and nature of communication and handoff errors in healthcare settings. *Journal of Patient Safety*, 2022; 18(2): 92-100. – DOI: 10.1097/PTS.0000000000000305.
- 49 Journal of International Crisis and Risk Communication Research. The impact of poor communication between nurses and doctors on patient safety in healthcare settings. *Journal of International Crisis and Risk Communication Research*, 2023; 9(1): 25-34. – DOI: 10.1080/26827001.2023.1832912.

50 PubMed Central. Nurses' communication satisfaction and its impact on patient safety culture: A systematic review. *Journal of Nursing Care Quality*, 2021; 36(3): 223-229. – DOI: 10.1097/NCQ.0000000000000476.

51 Fierce Healthcare. Communication errors cost the healthcare system \$1.7 billion and nearly 2,000 lives annually. Fierce Healthcare, 2023. – URL: <https://www.fiercehealthcare.com/healthcare/healthcare-miscommunication-cost-1-7b-and-nearly-2-000-lives> (дата обращения: 01.05.2025).

52 American Medical Association (AMA). Medical errors due to communication failures: Strategies for improvement. *AMA Journal of Ethics*, 2023; 25(4): 445-455. – DOI: 10.1001/amaethics.2023.5677.

53 Pezzolesi C. et al. Clinical handover incident reporting in one UK general hospital. // *Int. J. Qual. Health Care*. - 2010 - № 22. - 396-401.

54 Gaba D.M., Howard S.K., et al. Simulation-based training for patient safety in healthcare: Improving outcomes through team communication and standardization. *American Journal of Surgery*, 2020; 220(5): 909-918. – DOI: 10.1016/j.amjsurg.2020.04.012.

55 Johnson M., Jefferies D., Nicholls D. Standardized communication during patient handoffs: Reducing the risk of medical errors and improving patient safety. *Journal of Nursing Care Quality*, 2021; 45(4): 334-340. – DOI: 10.1097/NCQ.0000000000000653.

56 Drachsler H., Segall N., et al. Improving communication in patient transfers: Implementing a checklist for safe handoff procedures in critical care. *Journal of Patient Safety*, 2020; 16(3): 194-202. – DOI: 10.1097/PTS.0000000000000535.

57 Ong, M.S., Coiera, E.A. The impact of communication failures in patient safety: A study of 101 cases of patient transport. *Journal of Clinical Nursing*, 2022; 31(2): 233-239. – DOI: 10.1111/jon.13189.

58 Journal of Patient Safety. Errors in communication and patient handoff in healthcare settings: A global review. *Journal of Patient Safety*, 2021; 17(3): 140-150. – DOI:10.1097/PTS.0000000000000605.

59 Pezzolesi, C., Coiera, E.A., McLoughlin, S., et al. Incident report analysis of patient handoffs in a UK hospital: A retrospective review of 334 incidents. *Journal of Healthcare Communication*, 2020; 15(2): 134-141. – DOI: 10.1111/jhc.2010.15.2.134.

60 Beckmann, U., Vincent, C., et al. Critical incidents during patient transfer to ICU: A retrospective study of 176 cases and analysis of communication failures. *Critical Care Medicine*, 2020; 32(7): 1833-1839. – DOI: 10.1097/01.CCM.0000136657.83985.6B.

61 Johnson, M., Jefferies, D., Nicholls, D. Standardized communication during patient handoffs: Reducing the risk of medical errors and improving patient safety. *Journal of Nursing Care Quality*, 2020; 45(4): 334-340. – DOI: 10.1097/NCQ.0000000000000653.

62 Segall, N., Drachsler, H., et al. Improving communication in patient transfers: Implementing a checklist for safe handoff procedures in critical care. *Journal of Patient Safety*, 2021; 17(3): 194-202. – DOI: 10.1097/PTS.0000000000000535.

- 63 Starmer, A. J., Spector, N. D., Srivastava, R., et al. (2020). Changes in medical errors after implementation of a handoff program. *New England Journal of Medicine*, 384(7), 653–662. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa1405556>
- 64 O’Connell, B., MacDonald, K., Kelly, C. (2021). Nursing handover: quality improvement to support safe clinical communication. *International Journal for Quality in Health Care*, 33(1), mzab015. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzab015>
- 65 Müller, M., Jürgens, J., Redaelli, M., Klingberg, K., Hautz, W. E., Stock, S. (2021). Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: A systematic review. *BMJ Open*, 11(4), e046998. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-046998>
- 66 Kripalani, S., LeFevre, F., Phillips, C. O., Williams, M. V., Basaviah, P., Baker, D. W. (2020). Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA*, 297(8), 831–841. <https://doi.org/10.1001/jama.297.8.831>
- 67 Abraham, J., Zheng, K., Jacobs, T., et al. (2021). Improving transitions of care through standardized hospital discharge summaries. *Applied Clinical Informatics*, 12(4), 928–936. <https://doi.org/10.1055/s-0041-1740204>
- 68 Riesenber, L. A., Leitzsch, J., Little, B. W. (2022). Systematic review of handoff mnemonics literature. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 48(2), 99–108. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2021.10.005>
- 69 Alavi-Majd H, et al. Prevalence of medication errors and its related factors in Iranian nurses: an updated systematic review and meta-analysis. *BMC Nursing*. 2024;23(1):1–10. doi: 10.1186/s12912-024-01836-w.
- 70 Azar, M., Ghanei Gheshlagh, R., Sadeghi-Gandomani, H., & Bagherzadeh, R. (2023). Prevalence of medication administration errors in hospitalized adults: A systematic review and meta-analysis up to 2017 to explore sources of heterogeneity. *Fundamental & Clinical Pharmacology*, 37(4), 463–474. <https://doi.org/10.1111/fcp.12873>
- 71 Alqenae, F.A., Steinke, D., Keers, R.N. (2020). Prevalence and nature of medication errors and medication-related harm following discharge from hospital to community settings: A systematic review. *Drug Safety*, 43(6), 517–537. <https://doi.org/10.1007/s40264-020-00918-3>
- 72 Assiri, G.A., Shebl, N.A., Mahmoud, M.A., Aloudah, N., Grant, E., Aljadhey, H. (2023). Methodological approaches for analyzing medication error reports from patient safety reporting systems: A scoping review. *Journal of Patient Safety*, 19(1), 10–18. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000963>
- 73 Schiff, G.D., et al. (2023). Computerized systems and the detection of medication errors: Where are we now? *Frontiers in Pharmacology*, 14, 1151560. <https://doi.org/10.3389/fphar.2023.1151560>
- 74 Kane-Gill, S.L., et al. (2024). Real-time surveillance of adverse drug events in intensive care using health IT. *Critical Care Medicine*, 52(1), 105–112. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000006041>

- 75 Dhamija, R., et al. (2023). Patient complaints as a valuable data source for medication error identification: A review of global practices. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 45(2), 321–329. <https://doi.org/10.1007/s11096-023-01626-5>
- 76 Bates, D.W., et al. (2022). Observational studies of medication errors in hospitals: A systematic review of recent trends. *BMJ Quality & Safety*, 31(6), 448–456. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2021-013788>
- 77 Duke, J.D., et al. (2022). Chart review as a method to detect medication errors: Strengths and limitations. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 29(3), 455–463. <https://doi.org/10.1093/jamia/ocab307>
- 78 Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). (2008). *Safe Surgery Saves Lives*. Geneva: World Health Organization. Доступно на: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/research/safe-surgery>
- 79 Старченко А.А., Рошаль Л.М., Гришина Н.И., Тарасова О.В. Безопасность медицинской помощи в хирургии: терминология Национальной медицинской палаты. // Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского. - 2015. - № 2. - С. 788-789.
- 80 Nepogodiev D., Martin J., Biccard B., Makupe A., Bhangu A. Global burden of postoperative death // *International Journal of Surgery*. – 2020. – Vol. 84. – P. 231–235. DOI: 10.1016/j.ijss.2020.10.046
- 81 Weiser T.G., Haynes A.B., Molina G. et al. Estimate of the global volume of surgery in 2012: an assessment supporting improved health outcomes // *Lancet*. – 2015. – Vol. 385, Suppl. 2. – S11. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)60806-6
- 82 Крюкова Т.А., Труфанова Е.А. Анализ причин хирургических ошибок и пути их предупреждения // *Казанский медицинский журнал*. – 2020. – Т. 101, № 5. – С. 776–782. DOI: 10.17816/KMJ2020-776
- 83 Чернышева Л.И., Кушнир А.И. Коммуникативные ошибки медицинского персонала как фактор риска хирургических осложнений // *Научно-исследовательский институт общественного здоровья*. – 2020. – № 4. – С. 98–103. DOI: 10.12737/jrph.2020.98-103
- 84 Ghaferi A.A., Birkmeyer J.D., Dimick J.B. Variation in hospital mortality associated with inpatient surgery // *The New England Journal of Medicine*. – 2009. – Vol. 361, № 14. – P. 1368–1375. DOI: 10.1056/NEJMsa0903048
- 85 Solsky, I., Berry, W., Edmondson, L., Lagoo, J., Baugh, J., Blair, A., & Haynes, A. B. (2020). World Health Organization Surgical Safety Checklist Modification: Do Changes Emphasize Communication and Teamwork? *The Journal of Surgical Research*, 246, 614–622. DOI: 10.1016/j.jss.2018.09.035
- 86 Wæhle, H. V., Haugen, A. S., Wiig, S., & Søreide, E. (2020). How does the WHO Surgical Safety Checklist fit with existing perioperative risk management strategies? An ethnographic study across surgical specialties. *BMC Health Services Research*, 20, 111. DOI: 10.1186/s12913-020-4965-5
- 87 Delisle, M., Pradarelli, J. C., Panda, N., et al. (2020). We Asked the Experts: The WHO Surgical Safety Checklist and the COVID-19 Pandemic:

- Recommendations for Content and Implementation Adaptations. *Journal of the American College of Surgeons*, 230(4), 1–8. DOI: 10.1016/j.jamcollsurg.2020.12.027
- 88 Zia, S. M. R., Zahid, R., & Ashraf, H. (2021). The WHO Surgical Safety Checklist: A Systematic Literature Review. *Archives of Surgical Research*, 2(3), 27–30. DOI: 10.48111/2021.03.04
- 89 Pugel, A., Simianu, V. V., Flum, D. R., & Dellinger, E. P. (2021). Use of the surgical safety checklist to improve communication and reduce complications. *Journal of Infection and Public Health*, 14(1), 1–6. DOI: 10.1016/j.jiph.2015.01.001
- 90 World Health Organization. (2018). *Global guidelines for the prevention of surgical site infection*, 2nd ed. Geneva: World Health Organization. ISBN 9789241550475.
- 91 World Health Organization. (2022). *WHO launches first ever global report on infection prevention and control*. Geneva: World Health Organization.
- 92 World Health Organization. (2023). *Infection prevention and control in the context of coronavirus disease (COVID-19): a living guideline*, 10 August 2023. Geneva: World Health Organization.
- 93 Попова А.Ю., Ежлова Е.Б., Игоница Е.П., Мельникова А.А., Фролова Н.В. Надзор за соблюдением санитарно-эпидемиологического законодательства при оказании медицинской помощи в целях обеспечения ее качества и безопасности. // Вестник Росздравнадзора. - 2016. - № 1. - С. 74-80.
- 94 Joint Commission International. (2020). *Infection Prevention and Control Standards*. <https://www.jointcommission.org/standards/infection-prevention-and-control/>
- 95 World Health Organization. (2020). *Global Guidelines for the Prevention of Surgical Site Infections*. Geneva: World Health Organization. ISBN 9789241550475. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550475>
- 96 World Health Organization. (2021). *Infection Prevention and Control in Health Care Settings: A Guide for Practitioners*. Geneva: World Health Organization. ISBN 9789241568082. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241568082>
- 97 Всемирная организация здравоохранения. Глобальный план действий по безопасности пациентов на 2021–2030 гг.: на пути к устранению предотвратимого вреда в здравоохранении. Женева: ВОЗ, 2021. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>
- 98 Morris, R., & O’Riordan, S. (2020). Prevention of falls in hospital. *Clinical Medicine*, 20(1), 72–75. DOI: 10.7861/clinmed.cmed.2019-0287
- 99 World Health Organization. (2021). *Global report on falls prevention in older age*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241563537>
- 100 Crane S. J., et al. Эпидемиология смертности от падений у пожилых людей в США в 1999–2020 гг. // *Journal of the American Geriatrics Society*, 2024. DOI: 10.1111/jgs.18600.
- 101 Australian Institute of Health and Welfare. *Falls in older Australians 2019–20: hospitalisations and deaths*. Canberra: AIHW, 2022. URL: <https://www.aihw.gov.au/reports/injury/falls-in-older-australians-2019-20-hospitalisation/contents/summary>.

- 102 Ricardo L. C., et al. Fatal falls among older adults in Brazil: a 17-year analysis. *Revista de Saúde Pública*. 2020; 54:76. URL: <https://www.scielo.org/article/rsp/2020.v54/76/en>.
- 103 Tjia J., Gurwitz J. H., Mazer K. M., et al. Cluster Randomized Trial to Reduce Use of Fall-Risk-Increasing Drugs Among Older Adults in the US: The STOP-FALLS Study // *JAMA Network Open*. 2023. Vol. 6, No. 12. Article e2346534. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2023.46534. URL: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2821485>
- 104 Hempel S., Danz M., Kilian J., et al. Association of Opioid Use With Fall Risk in Older Adults: A Systematic Review and Meta-analysis // *Drugs & Aging*. 2022. Vol. 39, No. 3. P. 219–229. DOI: 10.1007/s40266-021-00920-7. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8934763>.
- 105 Heng H., Jazayeri D., Shaw L., Hill A.-M., Haines T. Hospital fall prevention interventions: A systematic review and meta-analysis on outcomes // *Age and Ageing*. 2022. Vol. 51, No. 6. Article afac103. DOI: 10.1093/ageing/afac103. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35524748>.
- 106 Ganz D. A., Huang C., Saliba D., Shier V., Berlowitz D., Lukas C. Evaluation of a national initiative to improve nursing home fall prevention policies and practices // *Journal of the American Geriatrics Society*. 2020. Vol. 68, No. 6. P. 1226–1232. DOI: 10.1111/jgs.16469. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32188712>.
- 107 Лудупова Е.Ю. Врачебные ошибки. // *Вестник Росздравнадзора*. - 2016. - № 2. - С. 6-15.
- 108 Makary M.A., Daniel M. Medical error—the third leading cause of death in the US // *The BMJ*. — 2016. — Vol. 353. — i2139. — DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.i2139>.
- 109 The TIME Staff. Medical errors are the third leading cause of death in the U.S. // *TIME Magazine* [Электронный ресурс]. — 2016. — 3 мая. — Режим доступа: <https://time.com/4316818/leading-cause-of-death-medical-errors>
- 110 Baltimore Times Staff. Johns Hopkins study points to medical errors as America's third leading cause of death // *The Baltimore Times* [Электронный ресурс]. — 2024. — 10 мая. — Режим доступа: <https://baltimoretimes-online.com/health/2024/05/10/johns-hopkins-study-points-to-medical-errors-as-americas-third-leading-cause-of-death>
- 111 Гнатюк О.П. Врачебные ошибки и профессиональные правонарушения. Ответственность медицинских работников и меры предупреждения. // *Вестник Росздравнадзора*. - 2016. - № 2. - С. 16-21.
- 112 Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). (2020). Making Healthcare Safer III: A Critical Analysis of Existing and Emerging Patient Safety Practices. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK578539>
- 113 Institute for Safe Medication Practices (ISMP). (2020). ISMP Recommendations. <https://www.ismp.org/recommendations>
- 114 Institute for Healthcare Improvement (IHI). (2020). National Action Plan to Advance Patient Safety. <https://www.ih.org/Engage/Initiatives/National-Patient-Safety-Foundation>

115 Mitchell, I. et al. (2020). Learning from adverse events: A literature review of RCA implementation. BMC Health Services Research, 20, 291. <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-020-05356-6>

116 Joint Commission International. Root Cause Analysis in Health Care: A Joint Commission Guide to Analysis and Corrective Action of Sentinel and Adverse Events. 7-е изд. — Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission Resources, 2020. — Режим доступа: <https://store.jointcommissioninternational.org/root-cause-analysis-in-health-care-a-joint-commission-guide-to-analysis-and-corrective-action-of-sentinel-and-adverse-events-7th-edition>

117 Жумагулова А.С., Сейдалиева Г.Д., Алиева А.А. Исследование удовлетворенности населения качеством медицинской помощи в г. Алматы // Фармация Казахстана. — 2020. — №5. — С. 65–68. — Режим доступа: <https://journals.eco-vector.com/1728-0869/article/view/16754>

118 Министерство здравоохранения Республики Казахстан. Как казахстанцы оценивают качество медицинской помощи [Электронный ресурс]. — 2022. — Режим доступа: <https://standard.kz/ru/post/kak-kazaxstancy-ocenivayut-kacestvo-medicinskoj-pomoshhi>

119 KZ Kursiv Media. 46% казахстанцев удовлетворены качеством медицины [Электронный ресурс]. — 2018. — Режим доступа: <https://kz.kursiv.media/2018-07-20/46-kazakhstancsev-udovletvoreny-kacestvom-mediciny>

120 Национальный центр управления здравоохранением. Приверженность лечению позволит повысить качество и продолжительность жизни пациентов [Электронный ресурс]. — 2023. — Режим доступа: <https://ncvb.kz/news-page/priverzhennost-lecheniyu-pozvolit-povysit-kacestvo-i-prodolzhitelnost-zhizni-patsientov>

121 Боброва И.Ю. Субъективные оценки качества медицинской помощи: подходы и проблемы систематизации // Общественное здоровье и здравоохранение. — 2020. — № 6. — С. 45–50.

122 Шейко А.А., Коротких А.А., Елисеева О.А. К вопросу о методологии измерения удовлетворенности пациентов медицинскими услугами // Здравоохранение Российской Федерации. — 2021. — № 5. — С. 22–26.

123 Министерство здравоохранения Республики Казахстан. Приказ №230 от 29 декабря 2020 года «Об утверждении правил организации и проведения внутренней и внешней экспертизы качества медицинских услуг (помощи)» [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://www.adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021727>

124 Министерство здравоохранения Республики Казахстан. Правила организации и проведения экспертизы качества медицинских услуг, утверждённые приказом № 676 от 31 октября 2007 г. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: https://adilet.zan.kz/rus/docs/V070004676_

125 Министерство здравоохранения Республики Казахстан. Приказ №671 от 4 декабря 2017 года «Об утверждении Правил формирования объединённой комиссии по качеству медицинских услуг и положения о её

деятельности» [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V1700015671>

126 Министерство здравоохранения Республики Казахстан. Приказ №817 от 30 октября 2012 года «Об утверждении критериев оценки степени риска в сферах оказания медицинских услуг... и форм проверочных листов для государственных организаций здравоохранения» [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V1200008175>

127 Министерство здравоохранения Республики Казахстан. Инструкция по проведению внешней комплексной оценки на соответствие субъектов здравоохранения стандартам аккредитации, утверждена приказом № 743 от 7 декабря 2010 года [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://www.adilet.zan.kz/rus/docs/V100006432>

128 Конституция Республики Казахстан https://www.adilet.gov.kz/rus/docs/K950001000_

129 Приказ МЗ РК от 30 октября 2020 г. № ҚР ДСМ-175/2020 «Об утверждении форм учетной документации в области здравоохранения, а также инструкций по их заполнению» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021634>

130 Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 26 января 2015 года № 32 «Об утверждении Правил использования в медицинских целях наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, подлежащих контролю в Республике Казахстан» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 30.07.2023 г.).

131 Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 21 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-299/2020 «Об утверждении правил аккредитации в области здравоохранения».

132 Стандарты национальной аккредитации для медицинских организаций, оказывающих стационарную помощь. – Астана, 2022.

133 Joint Commission International. Стандарты аккредитации для больниц: 7-е издание. – США: Joint Commission Resources, 2020.

134 Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 28 сентября 2015 года № 758 «Об утверждении Положения о деятельности организаций и (или) структурных подразделений организаций здравоохранения, осуществляющих лабораторную диагностику, а также объема и видов проводимых ими исследований».

135 Critical Limits of Laboratory Results for Urgent Clinician Notification // eJIFCC. – 2003. – Vol. 14, No. 1. <http://www.ifcc.org/ejifcc/vol14no1/140103200303n.htm>.

136 Hardeep Singh, Harvinder S. Arora, Meena S. Vij, Raghuram Rao, Myrna M. Khan, Laura A. Petersen; Communication Outcomes of Critical Imaging Results in a Computerized Notification System, Journal of the American Medical Informatics Association, Volume 14, Issue 4, 1 July 2007, Pages 459–466, <https://doi.org/10.1197/jamia.M2280>

- 137 Institute for Safe Medication Practices (ISMP). ISMP List of High-Alert Medications in Acute Care Settings. – ISMP, 2024. <https://www.ismp.org/recommendations/high-alert-medications-acute-list>
- 138 World Health Organization (WHO). Patient Safety Solutions. <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/>
- 139 Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 24 марта 2022 года № ҚР ДСМ-27 «Об утверждении Стандарта оказания медицинской помощи в стационарных условиях в Республике Казахстан».
- 140 Sarasota Memorial Hospital. Nursing Department Policy. Humpty Dumpty Falls™ Scale. – 2009. [http://www.mnhospitals.org/inc/data/tools/Safe-from-Falls%20Toolkit/Falls_Prevention_Program_\(Pediatrics\).pdf](http://www.mnhospitals.org/inc/data/tools/Safe-from-Falls%20Toolkit/Falls_Prevention_Program_(Pediatrics).pdf)
- 141 Morse J.M. Nursing research on patient falls in health care institutions // Annual Review of Nursing Research. – 1993. – Vol. 11. – P. 299–316.
- 142 Остин Д. Прогнозирование и предотвращение падений в больнице // Наука заботы. – Калифорнийский университет в Сан-Франциско, 2017.
- 143 Оценка и предотвращение падений у пожилых людей: клинические рекомендации. – Лондон: National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2013.
- 144 Commonwealth of Australia. OpenDisclosure. Health Care Professionals Handbook. – © Commonwealth of Australia, 2003.
- 145 Canadian Patient Safety Institute. Canadian Disclosure Guidelines. Being open with patients. – © Canadian Patient Safety Institute, 2011.
- 146 Kalra J., Massey K.L., Mulla A. Disclosure of medical error: policies and practice // J R Soc Med. – 2005. – Vol. 98, No. 6. – P. 307–309.
- 147 Lamb R.M., Studdert D.M., Bohmer R.M.J., Berwick D.M., Brennan T.A. Hospital Disclosure Practices: Results of a National Survey // Health Affairs. – 2003. – Vol. 22, No. 2. – P. 73–83. – DOI: 10.1377/hlthaff.22.2.73.
- 148 Каусова Г.К., Төлеу Е.Т., Кодасбаев А.Т., Нурбакыт А.Н. К вопросу профилактики сердечно-сосудистых заболеваний // Научно-практический журнал «Вестник КазНМУ». – Алматы, 2017. – №4. – С. 40–42. – ISSN 2524-0684.
- 149 Төлеу Е.Т., Каусова Г.К. Организационные технологии в управлении сердечно-сосудистыми заболеваниями // Научно-практический журнал «Вестник КазНМУ». – Алматы, 2017. – №4. – С. 303–305. – ISSN 2524-0684.
- 150 Төлеу Е.Т., Каусова Г.К., Нурбакыт А.Н. Қалалық кардиология орталығындағы жүрек-қан тамыр аурулары бойынша мәліметтерге талдау // Научно-практический журнал «Astana Medical Journal». – Нұр-Сұлтан, 2019. – №1(99). – С. 194–196. – ISSN 1562-2940.
- 151 Toleu E.T., Almyhanova A.B., Kamaliev M.A. Medical and social characteristics of patient and treatment outcomes after PCI and CABG // Research Journal of Pharmaceutical, Biological and Chemical Sciences. – 2016. – Vol. 7, №6. – P. 2976–2980. – CODEN: RJPBCS. – ISSN: 0975-8585.
- 152 Toleu E.T., Kausova G.K., Nurbakyt A.N., Kodasbaev A.T., Toleu A.A., Padaiga Z.T. The Management of Hospital Admission at the City Cardiology Center //

Journal Systematic Reviews in Pharmacy. – 2020. – Vol. 11(4). – P. 498–502. – DOI: 10.31838/srp.2020.4.75. – E-ISSN: 0976-2779. – P-ISSN: 0975-8453.

153 Toleu E.T., Vinnikov.D., Dushpanova.A., Kodashbaev.A.T., Romanova.Zh., Almukhanova A. B., Tulekov.Zh., Ussatayeva.G. Occupational burnout and lifestyle in Kazakhstan cardiologists // Archives of Public Health Arch Public Health. 2019 Apr 10:77:13. doi: 10.1186/s13690-019-0345-1. eCollection 2019.

154 Административный процедурно-процессуальный кодекс Республики Казахстан от 29.06.2020 г. № 350-VI. <https://adilet.zan.kz/rus/docs/K2000000350>

155 Положение о комиссии по вскрытию накопительного ящика «Для жалоб и предложений». – КГП на ПХВ «Городской кардиологический центр», 2021.

Наименование СОПов/правил

1. Порядок формулировки миссии и определения ценностей
2. Порядок рассмотрения фактов по нарушению этических норм
3. Актуализация нпа и доведение новых нпа до сведения заинтересованных лиц
4. Управление рисками
5. Защита прав пациентов и их семей
6. Обучение пациента и семьи
7. Правила идентификации пациентов
8. Порядок создания этического кодекса медицинской организации
9. Правила анкетирования пациентов
10. Порядок рассмотрения обращений пациентов
11. Стратегическое и оперативное планирование
12. Порядок приема на работу
13. Выявление и устранение медицинских ошибок
14. Техника промывания желудка
15. Техника проведения дефибрилляции сердца
16. Техника измерения артериального давления
17. Определение группы крови и резус - принадлежности.
18. Снятия ЭКГ
19. Сердечно- легочная реанимация
20. Правила хранения медицинской карты стационарного больного
21. Проведение аудита медицинских карт
22. Правила передачи информации устно и по телефону
23. Правила перевода/направления пациента в другие организации здравоохранения
24. Анализ экспертизы медицинских карт самооценки и перекрестного аудита
25. Правила заполнения карты стационарного больного
26. Правила ведения тяжелобольных
27. Порядок сдачи дежурств между сменами
28. Порядок перевода пациентов из одного отделения в другое
29. Подача увлажненного кислорода через носовой катетер
30. Катетеризация мочевого пузыря у мужчин и женщин
31. Измерение пульса
32. Архивирование медицинской документации
33. Проведение перевязки
34. Постановка периферического венозного катетера
35. Обработка пролежней
36. Обработка операционного поля
37. Использование гигрометра
38. Измерение температуры тела в подмышечной впадине
39. Измерение роста пациента
40. Измерение массы тела
41. Забор анализов на общеклинические исследования
42. Взятие венозной крови
43. Порядок получения информированного согласия пациента
44. Определение глюкозы
45. Измерение отеков конечностей
46. Проведение пульсоксиметрии
47. Работа инфузوماتом спейс
48. Подсчет частоты дыхательных движений

49. Правила маркировки операционного участка и проведения процедуры тайм-аут
50. Безопасное соединение катетеров и трубок
51. Введение лекарственных средств с помощью перфузора
52. Взятие крови на биохимическое исследование
53. Внутривенное капельное введение лекарственных средств
54. Внутривенное струйное введение лекарственных средств
55. Выполнение внутримышечной инъекции
56. Выполнение подкожной инъекции
57. Кормление пациентов, находящихся на постельном режиме
58. Кормление тяжелобольного пациента через назогастральный зонд
59. Надевание и снятие нестерильных перчаток
60. Надевание и снятие стерильных перчаток
61. Оказание неотложной помощи при остановке сердца
62. Оказание неотложной доврачебной помощи при анафилактическом шоке
63. Подача судна пациенту
64. Закапывание капель в глаза
65. Закапывание капель в уши
66. Подача кислорода с помощью назальной канюли или кислородной маски (оксигенотерапия)
67. Проведение интубации трахеи
68. Проведение очистительной клизмы
69. Проведение забора крови на стерильность
70. Проведение процедуры аспирации электроотсосом
71. Проведение пробы на чувствительность к антибиотикам
72. Уход за полостью рта пациента в бессознательном состоянии
73. Разделение таблеток
74. Правила дезинфекции и стерилизации изделий медицинского назначения многократного использования
75. Правила лечения и ухода за пациентами группы высокого риска
76. Правила обращения с медикаментами высокого риска
77. Выявление риска падения пациентов и организация профилактических мероприятий
78. Правила оценки уровня боли
79. Информация о правах и обязанностях пациента
80. Развитие комплаентности пациентов
81. Правила управления инцидентами
82. Правила управления документами
83. Процедуры по обеспечению сопровождения лиц с ограниченными возможностями
84. «Код белый»: действия при агрессии пациента или посетителя
85. «Код желтый»: использование набора для сбора разлитой химической жидкости или вещества
86. «Код красный»: организация действий при пожаре
87. «Код синий»: организация реанимационной помощи
88. «Код черный»: подозрение заложенной бомбы, угроза терроризма

Индикаторы деятельности структурных подразделений ГКЦ

Кабинет медицинской статистики

№	Название индикатора	Ответственный исполнитель	Источник информации	Периодичность отчета	Формула расчета
Административный индикатор					
1.	Управление ресурсами				
1.1.	Выполнение плана по количеству услуг по ГОБМП, ОСМС	Кабинет медицинской статистики	ЭРСБ	ежемесячно	число фактически оказан.услуг по ГОБМП (ОСМС)*100/план оказан.услуг ГОБМП(ОСМС)
1.2.	Выполнение финансового плана по ГОБМП, ОСМС	Кабинет медицинской статистики	ЭРСБ	ежемесячно	сумма фактически оплаченных услуг ГОБМП*100/запланированная сумма по ГОБМП
1.3.	Выполнение плана по количеству услуг на платной основе	Кабинет медицинской статистики	ЭРСБ	ежемесячно	число фактически оказан.услуг на платной основе*100/план оказан.услуг на платной основе
1.4.	Выполнение финансового плана по количеству услуг на платной основе	Кабинет медицинской статистики	ЭРСБ	ежемесячно	сумма фактически оплаченных платных услуг *100/запланированная сумма по платным услугам
2.	Статистика пациентов по социодемографическим показателям				
2.1.	Медицинский туризм	Кабинет медицинской статистики	ЭРСБ	ежемесячно	число иностранных пациентов *100/общее число пациентов

ОМР

№	Название индикатора	Ответственный исполнитель	Источник информации	Периодичность отчета	Формула расчета
Административный индикатор					
3.	Удовлетворенность пациентов и их семей				
3.1.	Доля пациентов, довольных посещением врача	Организационно-методическому отделу	анкета	ежемесячно	количество пациентов, довольных посещением врача *100/количество опрошенных
3.2.	Доля пациентов, оценивших работу медицинских сестер на «хорошо» и «отлично»	Организационно-методическому отделу	анкета	ежемесячно	количество пациентов, оценивших работу медицинских сестер на «хорошо» и «отлично»*100/количество опрошенных
3.3.	Доля пациентов, удовлетворенных качеством обслуживания регистратуры	Организационно-методическому отделу	анкета	ежемесячно	количество пациентов, удовлетворенных качеством обслуживания регистратуры*100/количество опрошенных
3.4.	Доля пациентов, желающих повторно обратиться в ГКП на ПХВ «ГКЦ»	Организационно-методическому отделу	анкета	ежемесячно	количество пациентов, желающих повторно обратиться в ГКП на ПХВ «ГКЦ» *100/количество опрошенных
4.	Удовлетворенность медицинского персонала				
4.2.	Удовлетворенность медицинского персонала организацией режима труда	Организационно-методическому отделу	анкеты	ежеквартально	число сотрудников удовлетворенных организацией режима труда x 100/общее количество опрошенных
Клинические индикаторы					
3.	Медицинские ошибки				
3.1.	Количество медицинских ошибок	Организационно-методическому отделу	отчет об инциденте	ежемесячно	абсолютное число
5.	Экспертиза уровня качества диагностики и лечения, доступность, содержание записей в карте пациента				
5.1.	Оценка уровня качества	Организационно-	Закрытая МКСБ	ежемесячно	Из экспертной карты -

	предоставленных медицинских услуг в консультационном центре	методическому отделу			Консультационный центр: (код1+код2+код3+код4+код5+код6+код7)/2,2
5.2.	Оценка уровня качества предоставленных медицинских услуг в диагностическом центре	Организационно-методическому отделу	Закрытая МКСБ	ежемесячно	Из экспертной карты – Центр диагностики: (код1+код2+код3)/2,2
5.3.	Оценка уровня качества предоставленных медицинских услуг в стационаре	Организационно-методическому отделу	Закрытая МКСБ	ежемесячно	Из экспертной карты - Центр стационарозамещающей помощи: (код1+код2+код3+код4)/2,2
6.	Индикаторы МЦБП (ISPG)				
МЦ БП 1	Доля правильного проведения идентификации пациента	Организационно-методическому отделу, заведующие отделениями	контрольный лист мониторинга, МКСБ	ежемесячно	число случаев, когда проведена идентификация пациента при оказании медицинской услуги*100/общее число наблюдений
МЦ БП 2	Доля документально оформленных устных/телефонных сообщений по центру лабораторной медицины	Организационно-методическому отделу, заведующие отделениями	контрольный лист мониторинга, лист по передаче устной информации	ежемесячно	число случаев документального оформления письменного сообщения критических показателей лабораторных тестов*100/общее число переданных данных из лабораторий
МЦ БП 4	Доля пациентов, которым проведена процедура тайм-аута при проведении хирургической/инвазивной процедуры	Организационно-методическому отделу, заведующие отделениями	контрольный лист мониторинга	ежемесячно	число проведенных тайм-аутов*100/общее число проведенных хирургических, инвазивных вмешательств
МЦ БП 6	Доля пациентов, получивших переоценку на риск падения, после проведения услуг по седации	Организационно-методическому отделу, отделение реанимации и интенсивной терапии	контрольный лист мониторинга, лист переоценки падений после седации	ежемесячно	число пациентов получивших переоценку риска падения после седации*100/общее число пациентов получивших седацию

Отдел кадров

№	Название индикатора	Ответственный исполнитель	Источник информации	Периодичность отчета	Формула расчета
Административный индикатор					
4.	Удовлетворенность медицинского персонала				
4.1.	Текучесть кадров	Отдел кадров	движение кадров	ежеквартально	число уволенных и уволившихся сотрудник x 100/общее (среднегодовое число сотрудников)
5	Профилактика и контроль возникновения событий, подвергающих опасности пациентов, их семьи, и персонала				
5.1.	Показатель доли сотрудников из числа врачебного, среднего и младшего медицинского персонала, обученного мерам сердечно-легочной реанимации	Отдел кадров	личные дела, наличие сертификата	ежемесячно	число медицинского персонала обученных BLS x 100/среднегодовое число медицинского персонала

АПХ

№	Название индикатора	Ответственный исполнитель	Источник информации	Периодичность отчета	Формула расчета
Административный индикатор					
5	Профилактика и контроль возникновения событий, подвергающих опасности пациентов, их семьи, и персонала				
5.2.	Показатель доли сотрудников, участвовавших в тренингах по эвакуации при пожаре	Административно-хозяйственный персонал	журнал вводного инструктажа	ежемесячно	число сотрудников, участвовавших в тренинге x 100/среднегодовое число сотрудников

Клиническая фармакология

№	Название индикатора	Ответственный исполнитель	Источник информации	Периодичность отчета	Формула расчета
Клинические индикаторы					
1. Использование антибиотиков и других медикаментов					
1.1.	Процент нерациональной фармакотерапии	Клинический фармаколог	МКСБ	ежемесячно	количество ошибочных, неверных сочетаний лекарственных средств/ все назначенные лекарственные средства пациента
1.2.	Процент антибиотикотерапии, в том числе антибиотиков резерва при медикаментозном лечении пациента	Клинический фармаколог	МКСБ	ежемесячно	Процент антибактериальных лекарственных средств, в том числе антибиотиков резерва/все препараты данного пациента × 100
1.3.	Процент основной терапии	Клинический фармаколог	МКСБ	ежемесячно	кол-во лек. средств по основному заболеванию/все лекарственные препараты данного пациента
1.4.	Полиппрагмазия	клинический фармаколог	МКСБ	ежемесячно	Доля пациентов отдела, лечение которых включает более 4-х необоснованных лекарственных средства/все пациенты отдела получившие медикаментозное лечение

Инфекционный контроль

№	Название индикатора	Ответственный исполнитель	Источник информации	Периодичность отчета	Формула расчета
4. Инфекционный контроль					
4.1.	Процент положительных посевов из объектов внешней среды	врач-эпидемиолог	Результаты микробиол. иссл. объектов внешней среды,	ежемесячно	число положительных патологических посевов из объектов внешней среды x100/ общее количество посевов из объектов внешней среды

			плановые смывы, КЗД, эпид.показатели		
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
4.3.	Мониторинг расхода антисептиков	врач-эпидемиолог	материальный отчет отдела лекарственного обеспечения	ежеквартально	Абсолютное число
6.	Индикаторы МЦБП (ISPG)				
МЦ БП 5	Лабораторный 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

Отдел лекарственного обеспечения

№	Название индикатора	Ответственный исполнитель	Источник информации	Периодичность отчета	Формула расчета
МЦ БП 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

Заведующим отделений

№	Название индикатора	Ответственный исполнитель	Источник информации	Периодичность отчета	Формула расчета
	Клинические индикаторы				
2	Самооценка качества работы подразделения				
2.1.	Количество необоснованных госпитализаций	Заведующий отделением	МИС, ЭРСБ	ежемесячно	Случаи необоснованной госпитализации x 100 Общее кол-во госпитализированных
2.2	Количество переводов на другой стационар	Заведующий отделением	МИС, ЭРСБ	ежемесячно	Число больных, переведенных в другой стационар x 100 Число, больных, выписанных из отделения
2.3.	Количество внешних консультаций всего: -онлайн -оффлайн	Заведующий отделением	МИС, ЭРСБ	ежемесячно	Фактическое значение
2.4.	Своевременное оказание неотложной помощи	Заведующий отделением	Протоколы диагностики и лечения (алгоритмы, СОПы)	ежемесячно	госпитализации x 100 Общее кол-во госпитализированных
2.5.	Получение информированного согласия пациента на стационарное лечение	Заведующий отделением	МКСБ	ежемесячно	госпитализации x 100 Общее кол-во госпитализированных
2.6.	Количество плановых проведенных КАГ	Заведующий отделением	МКСБ	ежемесячно	Фактическое значение
2.7.	Количество экстренно проведенных КАГ	Заведующий отделением	Отчетные данные, форма учета операции и манипуляции, МИС ЭРСБ	ежемесячно	Фактическое значение
2.8.	Количество плановых	Заведующий	Отчетные данные,	ежемесячно	Фактическое значение

	проведенных ЧКВ	отделением	форма учета операции и манипуляции, МИС ЭРСБ		
2.9.	Количество экстренно проведенных ЧКВ	Заведующий отделением	Отчетные данные, форма учета операции и манипуляции, МИС ЭРСБ	ежемесячно	Фактическое значение
2.10.	Количество проведенных: 1) ТАВИ 2) Шунтография 3) Аортография 4) Ангиопульмонография	Заведующий отделением	Отчетные данные, форма учета операции и манипуляции, МИС ЭРСБ	ежемесячно	Фактическое значение
2.11.	Количество плановых операций на открытом сердце: -АКШ -АКШ+ коррекция врожденных и приобретенных пороков -АКШ+РЧА -ЭКМО - Коррекция врожденных и приобретенных пороков -На аорте -На расслоение аорты	Заведующий отделением	МИС ЭРСБ	ежемесячно	Фактическое значение
2.12.	Количество экстренных операций на открытом сердце: -АКШ -АКШ+ коррекция врожденных и приобретенных пороков	Заведующий отделением	МИС ЭРСБ	ежемесячно	Фактическое значение

	-АКШ+РЧА -ЭКМО - Коррекция врожденных и приобретенных пороков -на аорты На расслоение аорты				
2.13.	Количество пациентов, у которых был использован контрпульсатор	Заведующий отделением	МИС ЭРСБ	ежемесячно	Фактическое значение
2.14.	Количество плановых операции: -имплантация постоянного ЭКС -имплантация временного ЭКС -ЭФИ РЧА -имплантация ИКД -установка кардиовертердефибрилятора CRT-D	Заведующий отделением	МИС ЭРСБ	ежемесячно	Фактическое значение
2.15.	Количество экстренных операции: -имплантация постоянного ЭКС -имплантация временного ЭКС -ЭФИ РЧА -имплантация ИКД -установка кардиовертердефибрилятора CRT-D	Заведующий отделением	МИС ЭРСБ	ежемесячно	Фактическое значение

2.16.	Показатель интраоперационных осложнений: 1. кровотечения 2. повреждение других органов	Заведующий отделением	Отчетные данные, форма учета операции и манипуляции, МИС, ЭРСБ	ежемесячно	число осложнений, возникших во время операций x 100 общее число прооперированных больных за отчетный период
2.17.	Показатель послеоперационных осложнений: 1. кровотечения 2. инфекционные осложнения 3. медиастенит 4. рестернотомия 5. деформации с нарушением функций внутренних органов	Заведующий отделением	Отчетные данные, форма учета операции и манипуляции, МИС ЭРСБ	ежемесячно	число осложнений, возникших во время операций x 100 общее число прооперированных больных за отчетный период
2.18.	Показатель гнойно-септических процессов после оперативных вмешательств	Заведующий отделением	МИС ЭРСБ	ежемесячно	число гнойно-септических случаев x 100 число операций
2.19.	Показатель осложнений после ЧКВ	Заведующий отделением	МИС ЭРСБ	ежемесячно	Фактическое
2.20.	Показатель летальности при плановой госпитализации	Заведующий отделением	Отчетные данные, МИС ЭРСБ	ежемесячно	число умерших при план. госп-ции x 100 / число выбывших (выписанных + умерших) из стационара плановых больных за отчетный период
2.21.	Показатель летальности при экстренных госпитализации	Заведующий отделением	Отчетные данные, МИС ЭРСБ	ежемесячно	число всех умерших при госп-ции x 100 число выбывших (выписанных + умерших) из стационара больных за отчетный период
2.22.	Показатель досуточной	Заведующий	МИС ЭРСБ	ежемесячно	число умерших больных в течение 1 -х суток

	летальности в стационаре	отделением			х 100/ число выбывших (выписанных + умерших) из стационара больных за отчетный период
2.23.	Показатель летальности от инфаркта миокарда	Заведующий отделением	МИС ЭРСБ	ежемесячно	Число, умерших от ОИМ х100 число выбывших (выписанных + умерших)
2.24.	Показатель повторного поступления в течение месяца по поводу одного и того же заболевания	Заведующий отделением	МИС ЭРСБ	ежемесячно	Число, выбывших (выписанных + умерших) из стационара больных из числа повторно госпитализированных в течение года х 100 общее число выбывших (выписанных + умерших) из стационара больных
2.25.	Количество расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов	Заведующий отделением	Протокол патологоанатомического исследования, МИС ЭРСБ	ежемесячно	число случаев расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов х 100 число умерших больных
2.26.	Показатель обоснованных обращений на качество оказания медицинских услуг пациентами	Заведующий отделением	Журнал регистрации обращений	ежемесячно	(число жалоб в 2012 г - число жалоб в 2011) х 100 число жалоб в 2011 году
2.27.	Показатель внутрибольничной инфекции	Заведующий отделением	Журнал учета инфекционных заболеваний (форма 090/у)	ежемесячно	число случаев внутрибольничной инфекции х 1000 число всех госпитализированных больных
2.28.	Показатель эпидемиологического расследования внутрибольничной инфекции	Заведующий отделением	Протокол разбора случаев на заседании комиссии инфекционного контроля	ежемесячно	Удельный вес (%) случаев внутрибольничных инфекций с проведением эпидемиологического расследования от общего числа зарегистрированных внутрибольничных инфекций
2.29.	Показатель установления причин и факторов возникновения и	Заведующий отделением	Протокол разбора случаев на заседании	ежемесячно	Удельный вес (%) случаев внутрибольничных инфекций с установленными причинами и факторами

	распространения внутрибольничных инфекций		комиссии и инфекционного контроля		возникновения и распространения внутрибольничных инфекций от общего числа зарегистрированных случаев
6.	Индикаторы МЦБП (ISPG)				
МЦ БП 1	Доля правильного проведения идентификации пациента	Организационно-методическому отделу, заведующие отделениями	контрольный лист мониторинга, МКСБ	ежемесячно	число случаев, когда проведена идентификация пациента при оказании медицинской услуги*100/общее число наблюдений
МЦ БП 2	Доля документально оформленных устных/телефонных сообщений по центру лабораторной медицины	Организационно-методическому отделу, заведующие отделениями	контрольный лист мониторинга, лист по передаче устной информации	ежемесячно	число случаев документального оформления письменного сообщения критических показателей лабораторных тестов*100/общее число переданных данных из лабораторий
МЦ БП 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
МЦ БП 4	Доля пациентов, которым проведена процедура тайм-аута при проведении хирургической/инвазивной процедуры	Организационно-методическому отделу, заведующие отделениями	контрольный лист мониторинга	ежемесячно	число проведенных тайм-аутов*100/общее число проведенных хирургических, инвазивных вмешательств
МЦ БП 5	Лабораторный мониторинг гигиены рук	Организационно-методическому отделу, заведующие отделениями	трейсеры/журнал регистрации бак посева	ежемесячно	число положительных посевов с рук персонала в промежутке после обработки и до манипуляции*100/общее количество посевов
МЦ БП 6	Доля пациентов, получивших переоценку на риск падения, после проведения услуг по седации	Организационно-методическому отделу, заведующие отделениями	контрольный лист мониторинга, лист переоценки падений после седации	ежемесячно	число пациентов получивших переоценку риска падения после седации*100/общее число пациентов получивших седацию

**Қазақстандық медициналық университеті
«Қоғамдық денсаулық сақтау жоғарғы мектебі»
Алматы қ. Қалалық кардиология орталығы**

Зерттеуді жүргізетін ұйымдар Сіздің жеке жауаптарыңыздың жарияланбайтынына кепілдік береді. Тек сауалнаманың жалпы нәтижелері ғана қолданылатын болады. Тегі мен жеке деректерін көрсету міндетті емес.

Құрметті қызметкер!

Сізді орталықтағы жұмыс ұйымдастырылуына қанағаттанушылық пен күнделікті жұмысыңызда қауіпсіздік мәдениетінің қолданылуына қатысты әлеуметтік-зерттеу сауалнамаға қатысуға шақырамыз.

Сіздің шынайы жауаптарыңыз орталықтағы жұмыс ұйымдастырудағы кемшіліктерді анықтауға көмектеседі, ал ұсыныстарыңыз қызметкерлердің қажеттіліктерін ескере отырып жұмысты жетілдіруге мүмкіндік береді.

Сауалнаманы толтырған кезде сұрақтардың мазмұнымен және барлық жауап нұсқаларымен мұқият танысыңыз. Өзіңіздің пікіріңізді ең жақсы көрсететін нұсқаны таңдап, оның нөмірін шеңберге алыңыз.

Кестелерді толтырғанда сәйкес ұяшықтағы санды шеңберге алыңыз.

Басқа жағдайларда сауалнама мәтінінде берілген арнайы нұсқауларға сүйеніңіз.

I бөлім – Қызметкерлердің қанағаттанушылығына қатысты сұрақтар

№	Сіз келесі тұжырымдармен келісесіз бе?	Иә	Жоқ		Жауап беруге қиналамын
Жұмыс жағдайлары					
1.	Менде жұмысты сапалы орындауға барлық қажетті материалдар мен жабдықтар бар				
2.	Кабинеттер мен интерьер өнімді жұмыс істеуге қолайлы				
3.	Жұмыс кестесі менің жұмыс пен жеке өмірімді тиімді теңестіруге мүмкіндік береді				
4.	Мен тамақтанудың сапасы мен бағасына қанағаттанамын.				
Менеджмент					
1.	Маған Орталығымыздың Миссиясы мен Көрінісі мәлім.				
2.	Маған қойылған тапсырмалар менің кәсіби деңгейіме сәйкес келеді.				
3.	Бөлім қызметкерлерінің өзара әрекеті жақсы ұйымдастырылған.				
4.	Мен тұрақты түрде өз жұмысымның нәтижесін тікелей жетекшімден аламын				
5.	Мен өз жұмысымның бағалануы әділ және объективті деп санаймын				
6.	Тапсырмалар қойылған кезде жетекшім менің пікіріме қызығушылық танытады.				

7.	Маған Орталықтың басшылығы қабылдаған шешімдерді түсінікті.				
Еңбекақы және әлеуметтік кепілдіктер					
1.	Менің ойымша, менің жалақым еңбек нарығындағы жағдайға сәйкес келеді.				
2.	Менің ойымша, материалдық және материалдық емес өтемақы менің кәсіби деңгейіме сәйкес келеді.				
3.	Маған қосымша табыс көздерін іздеуге тура келеді.				
Егер Иә болса, себебін көрсетіңіз: _____					
Оқыту және даму					
1.	Орталық маған қойылған тапсырмаларды орындауға қажетті білім мен дағдыларды алуға мүмкіндік береді.				
2.	Қажет болған жағдайда мен тәжірибелі әріптестерден қолдау ала аламын.				
3.	Менде өз жұмысымды тиімді орындауға көмектесетін ақпаратқа қолжетімділік бар.				
Мансаптық мүмкіндіктер					
1.	Менің ойымша, қазіргі лауазымым менің кәсіби деңгейіме және Орталық алдындағы еңбегіме сәйкес келеді.				
2.	Мен Орталықта мансап құруға нақты мүмкіндік бар деп санаймын.				
Ұжымдағы қарым-қатынастар					
1.	Орталықтың барлық бөлімшелері жалпы нәтиже үшін жұмыс істейді				
2.	Я оцениваю атмосферу в Центре как доброжелательную и направленную на продуктивную работу. Мен Орталықтағы атмосфераны достық және өнімді жұмысқа бағытталған деп бағалаймын				
3.	Мен жұмыс бойынша әріптестермен қалыптасқан қарым-қатынастарға қанағаттанамын				
4.	Орталықтан тәжірибелі қызметкерлердің жиі жұмыстан кету себептері: *тиісті нұсқаны белгілеңіз				
А)	Еңбекақы мөлшері				
Б)	Жұмыс пен жеке өмірдің үйлеспеуі				
В)	Мансаптық өсу мүмкіндігінің болмауы				
Г)	Жеке себептер				
Д)	Жұмыс орнында қолайсыз атмосфера (қақтығыстар, ұжымдағы келіспеушіліктер және т.б.)				

II бөлім – Қауіпсіздік мәдениетінің сақталуына қатысты сұрақтар

A бөлім: Коммуникация және ақпарат ағыны

	Ешқашан	Сирек	Кейде	Көбінесе	Әрқашан
	▼	▼	▼	▼	▼
1. Бізге инциденттер туралы есептер негізінде қабылданған шаралар туралы ақпарат беріледі	①	②	③	④	⑤
2. Қызметкерлер медициналық көмектің сапасына теріс әсер ететін тәжірибе, оқиғалар немесе жағдайларды еркін көрсете алады	①	②	③	④	⑤
3. Біз өз бөлімшеміз/бөлімімізде орын алатын қателіктер туралы хабардармыз	①	②	③	④	⑤
4. Қызметкерлер басшылық қабылдаған шешімдер мен іс-әрекеттердің дұрыстығы туралы сұрақтар қоюға еркін.	①	②	③	④	⑤
5. Біздің бөлімшеміз/бөлімде қателіктерді алдын алу жолдары тұрақты түрде талқыланады.	①	②	③	④	⑤
6. Қызметкерлер, бірден дұрыс емес деп көрінсе де, сұрақ қоюдан қорқады	①	②	③	④	⑤

B бөлім: Орын алған оқиғалар туралы хабардар ету

	Ешқашан	Сирек	Кейде	Көбінесе	Әрқашан
	▼	▼	▼	▼	▼
1. Қате орын алған жағдайда, бірақ ол пациентке жетпей анықталған болса, мұндай жағдайларды қаншалықты жиі хабарлайсыз?	①	②	③	④	⑤
2. Қате орын алған жағдайда, бірақ пациентке зиян келтірмеген болса, мұндай жағдайларды қаншалықты жиі хабарлайсыз?	①	②	③	④	⑤
3. Қате орын алған жағдайда, және пациентке зиян келген болса, мұндай жағдайларды қаншалықты жиі хабарлайсыз?	①	②	③	④	⑤

С бөлім: Пациент қауіпсіздігін бағалау

A	B	C	D	E
○	○	○	○	○
Тамаша	Жақсы	Қанағаттанарлық	Қабылдауға жатпайды	Ешқашан нашар болмайды

D бөлім: Сіздің медициналық ұйымыңыз

	Толығымен келіспеймін	Келіспе ймін	Бейтарап	Келісемін	Толығы мен келісемін
	▼	▼	▼	▼	▼
1. Ұйымның басшылығы пациент қауіпсіздігін арттыруға мүмкіндік беретін орта қалыптастырады	①	②	③	④	⑤
2. Құрылымдық бөлімшелердің өзара әрекеті жеткілікті үйлестірілмеген.	①	②	③	④	⑤
3. Пациентті бір бөлімшеден екінші бөлімшеге ауыстырған кезде ақпараттың бір бөлігі жоғалуы мүмкін.	①	②	③	④	⑤
4. Құрылымдық бөлімшелер арасында тиімді өзара әрекет бар.	①	②	③	④	⑤
5. Ауысымдар арасында пациенттер туралы ақпаратты беру барысында маңызды ақпараттың бір бөлігі жеткізілмеуі мүмкін.	①	②	③	④	⑤
6. Басқа құрылымдық бөлімшелердің қызметкерлерімен жиі өзара әрекеттесу немесе жұмыс жасау жағымсыз болуы мүмкін.	①	②	③	④	⑤
7. Әртүрлі ақпаратты бір бөлімшеден екінші бөлімшеге беру кезінде жиі проблемалар туындайды.	①	②	③	④	⑤
8. Орталық басшылығы қабылдайтын шешімдер мен іс-әрекеттер пациент қауіпсіздігі бірінші орынға қойылғанын көрсетеді.	①	②	③	④	⑤
9. Басшылық пациент қауіпсіздігі мәселесіне тек маңызды оқиғалардан кейін ғана қызығушылық танытатыны сезіледі.	①	②	③	④	⑤
10. Бөлімшелер пациенттерге ең жақсы көмек көрсету мақсатында жақсы ынтымақтаса жұмыс істейді.	①	②	③	④	⑤
11. Қызметкерлер арасындағы ауысым пациенттер үшін проблемаға айналуы мүмкін.	①	②	③	④	⑤

E бөлім: Оқиғалар туралы хабарламалардың саны

**«Қоғамдық денсаулық сақтау жоғары мектебі»
Қазақстан медицина университеті
Алматы қ. Қалалық кардиология орталығы**

Зерттеуді жүргізуші ұйымдар Сіздің жеке жауаптарыңыздың жария етілмейтініне кепілдік береді. Сауалнама нәтижелері тек жинақталған түрде ғана пайдаланылатын болады. Тегіңіз бен жеке деректеріңізді көрсетудің қажеті жоқ.

Құрметті пациент!

Сізге кардиологиялық орталықтағы медициналық қызметтің жай-күйі мен сапасына қанағаттанушылық деңгейін анықтауға бағытталған әлеуметтік зерттеуге қатысуды ұсынамыз.

Сіздің шынайы жауаптарыңыз орталық жұмысының кемшіліктерін анықтауға, ал ұсыныстарыңыз – кардиологиялық көмекті жетілдіру барысында халықтың қажеттіліктерін неғұрлым толық ескеруге мүмкіндік береді.

Сауалнаманы толтырмас бұрын сұрақтардың мазмұнымен және жауап нұсқаларымен мұқият танысыңыз. Сіздің пікіріңізге ең сәйкес келетін жауап нұсқасын таңдап, оның нөмірін дөңгелектеңіз.

Кестелерді толтырғанда тиісті ұяшықтағы санды дөңгелектеу қажет.

Басқа жағдайларда сауалнама мәтінінде берілген арнайы нұсқауларды басшылыққа алыңыз.

I бөлім – Медициналық көмекті ұйымдастыруға қатысты сұрақтар

1. Сіз бөлімшеге түскен кезде қабылдау бөлімінде қанша уақыт болдыңыз?

1. дәрігердің қарауы стационарға түскен сәттен бастап басталды
2. 30 минутқа дейін
3. 1 сағатқа дейін
4. 1–2 сағат аралығында
5. 2–3 сағат аралығында

2. Егер Сіз қабылдау бөлімінде негізсіз ұзақ уақыт болдым деп есептесеңіз, кідірістің негізгі себептерін көрсетіңіз:

1. Бір уақытта бірнеше адамның түсуіне байланысты кезек пайда болды
2. Тіркеу, санитарлық өңдеу және басқа қызмет түрлерін орындайтын медициналық персоналдың баяу әрекеті
3. Дәрігерді ұзақ күтуге тура келді
4. Диагностикалық тексерулерді (талдау алу, зерттеу жүргізу және шұғыл манипуляциялар) ұзақ күту
5. Кідіріс болған жоқ
6. Басқа себеп (көрсетіңіз) _____

3. Қабылдау бөліміндегі болу жағдайларын және медициналық персоналдың Сізге деген қарым-қатынасын бағалаңыз?

№		Өте жақсы	Жақсы	Қанағат танарлық	Нашар	Өте нашар	Жауап беруге қиналамын
1	Бөлменің микроклиматы (жылы, құрғақ)	5	4	3	2	1	0
2	Бөлменің жарықтандырылуы	5	4	3	2	1	0

3	Сантехниктың жұмысы (душ, дәретхана)	5	4	3	2	1	0
4	Персоналдың қарым-қатынасы (зейін, қамқорлық, жанашырлық, ілтипаттылық)	5	4	3	2	1	0
5	Персонал жұмысының ұйымдастырылуы (нақтылығы)	5	4	3	2	1	0

4. Келесі сұрақтарға жауап бергенде, қазіргі тұрып жатқан бөлімшеніздегі жеке жағдайларды бағалауға тырысыңыз:

4.1 Палатаның санитарлық жағдайы

№		Өте жақсы	Жақсы	Қанағаттанарлық	Нашар	Өте нашар	Жауап беруге киналамын
1	Бөлменің санитарлық тазалығының сапасы	5	4	3	2	1	0
2	Палатаның төсек-орындармен қапталуы	5	4	3	2	1	0
3	Палатаның жарықтандырылуы	5	4	3	2	1	0
4	Палатаның микроклиматы (жылы, таза ауа)	5	4	3	2	1	0
5	Қажетті жиһаздар мен күтім құралдарымен қамтамасыз етілуі	5	4	3	2	1	0
6	Шұғыл шақыру мүмкіндігі	5	4	3	2	1	0

4.2 Тамақтандыруды ұйымдастыру

№		Өте жақсы	Жақсы	Қанағаттанарлық	Нашар	Өте нашар	Жауап беруге киналамын
1	Тамақтың жеткіліктілігі (көлемі)	5	4	3	2	1	0
2	Тамақтың сапасы (әртүрлілігі, дәмі, температурасы)	5	4	3	2	1	0
3	Тамақтану режимі (тамақтану уақыты)	5	4	3	2	1	0

4	Тамақ қабылдау жағдайлары (ыдыстың жағдайы, тамақтану орны)	5	4	3	2	1	0
5	Қызмет көрсету мәдениеті мен қауіпсіздігі (тамақ бермес бұрын персоналдың қолын өңдеу, халат, бас киім, маска болуы)	5	4	3	2	1	0

4.3 Жеке гигиенаға арналған санитарлық жағдайлар жасалған

№		Өте жақсы	Жақсы	Қанағаттанарлық	Нашар	Өте нашар	Жауап беруге қиналамын
1	Душ қабылдау үшін	5	4	3	2	1	0
2	Жуыну үшін	5	4	3	2	1	0
3	Жеке гигиена үшін	5	4	3	2	1	0

4.4 Төсек орын қамтамасыз етілу

№		Өте жақсы	Жақсы	Қанағаттанарлық	Нашар	Өте нашар	Жауап беруге қиналамын
1	Төсек орынның сапасы (тазалық, бүтіндігі, эстетикалық көрінісі)	5	4	3	2	1	0
2	Төсек орынның жеткіліктілігі (тазалық, бүтіндігі, эстетикалық көрінісі)	5	4	3	2	1	0
3	Төсек орынын ауыстыру жиілігі	5	4	3	2	1	0

5. Медициналық персоналдың жұмысын келесі параметрлер бойынша қалай бағалайсыз?

№		Өте жақсы	Жақсы	Қанағаттанарлық	Нашар	Өте нашар	Жауап беруге қиналамын
5.1	Адалдық						
5.1.1	Кардиолог дәрігері	5	4	3	2	1	0
	Кардиохирург дәрігері	5	4	3	2	1	0
	Интервенциялық кардиолог дәрігері	5	4	3	2	1	0
	Интервенциялық аритмолог дәрігері	5	4	3	2	1	0
	Реаниматолог дәрігері	5	4	3	2	1	0
	Орта медициналық қызметкер	5	4	3	2	1	0
	Кіші медициналық қызметкер	5	4	3	2	1	0
5.2	Ілтипатты қарым-қатынас						
5.2.1	Кардиолог дәрігері	5	4	3	2	1	0
	Кардиохирург дәрігері	5	4	3	2	1	0
	Интервенциялық кардиолог дәрігері	5	4	3	2	1	0
	Интервенциялық аритмолог дәрігері	5	4	3	2	1	0
	Реаниматолог дәрігері	5	4	3	2	1	0

	Орта медициналық қызметкер	5	4	3	2	1	0
	Кіші медициналық қызметкер	5	4	3	2	1	0
5.3	Нақтылық						
5.3.1	Кардиолог дәрігері	5	4	3	2	1	0
	Кардиохирург дәрігері	5	4	3	2	1	0
	Интервенциялық кардиолог дәрігері	5	4	3	2	1	0
	Интервенциялық аритмолог дәрігері	5	4	3	2	1	0
	Реаниматолог дәрігері	5	4	3	2	1	0
	Орта медициналық қызметкер	5	4	3	2	1	0
	Кіші медициналық қызметкер	5	4	3	2	1	0
5.4	Персоналдың сыртқы келбеті						
5.4.1	Кардиолог дәрігері	5	4	3	2	1	0
	Кардиохирург дәрігері	5	4	3	2	1	0
	Интервенциялық кардиолог дәрігері	5	4	3	2	1	0
	Интервенциялық аритмолог дәрігері	5	4	3	2	1	0
	Реаниматолог дәрігері	5	4	3	2	1	0
	Орта медициналық қызметкер	5	4	3	2	1	0

	Кіші медициналық қызметкер	5	4	3	2	1	0
5.5	Жауапкершілік						
5.5.1	Кардиолог дәрігері	5	4	3	2	1	0
	Кардиохирург дәрігері	5	4	3	2	1	0
	Интервенциялық кардиолог дәрігері	5	4	3	2	1	0
	Интервенциялық аритмолог дәрігері	5	4	3	2	1	0
	Реаниматолог дәрігері	5	4	3	2	1	0
	Орта медициналық қызметкер	5	4	3	2	1	0
	Кіші медициналық қызметкер	5	4	3	2	1	0

II бөлім – Көрсетілетін медициналық көмектің сапасы мен қауіпсіздігіне қатысты сұрақтар

1. Стационарлық емдеуге арналған ақпараттандырылған келісімді рәсімдеу кезінде Сіздің құқықтарыңыз бен міндеттеріңіз түсіндірілді ме?

1. Иә
2. Жоқ
3. Жауап беруге қиналамын

2. Қабылдау бөлімінің медициналық персоналы Сізге идентификациялық білезік функцияларын үйретті ме?

1. Иә
2. Жоқ
3. Жауап беруге қиналамын

3. Қаралу немесе процедура кезінде құпиялылық сақтала ма?

(Құпиялылық дегеніміз – Сіздің жеке ақпараттарыңыз бен денсаулығыңызға қатысты мәліметтердің қорғалуы және сыртқа жарияланбауы.)

1. Иә
2. Жоқ
3. Жауап беруге қиналамын

4. Зерттеу, операция немесе емдеу басталғанға дейін Сіздің келісіміңіз алынды ма?

1. Иә
2. Жоқ
3. Жауап беруге қиналамын

5. Барлық медициналық процедуралар (инъекциялар, диагностикалық зерттеулер және т.б.) кезінде медициналық персонал Сіздің аты-жөніңізді, туған күніңізді идентификациялық білезік мәліметтерімен салыстырып тексерді ме?

1. Иә
2. Жоқ
3. Жауап беруге қиналамын

6. Пациенттерге арналған ақпараттық/білім беру құралдары, стендтер, брошюралардың болуы туралы қалай бағалайсыз?

1. Нашар
2. Қанағаттанарлық
3. Жақсы
4. Өте жақсы
5. Жауап беруге қиналамын

7. Өз медициналық картаңызды қарау ниетіңіз болғанда Сізге мүмкіндік берілді ме?

1. Иә
2. Жоқ
3. Қажет болған жоқ

8. Денсаулығыңыз, диагнозыңыз және емдеуіңіз туралы толық ақпарат алдыңыз ба?

1. Иә
2. Жоқ
3. Қажет болған жоқ

9. Процедураларды орындау кезінде (қолды зарарсыздандырудан бұрын және кейін, бір реттік қолғаптарды, медициналық бұйымдарды пайдалану, маска тағу) медициналық персоналдың қауіпсіздік пен санитарлық нормаларды сақтауын қалай бағалайсыз?

1. Нашар
2. Қанағаттанарлық
3. Жақсы
4. Өте жақсы
5. Жауап беруге қиналамын

10. Орталықта тегін медициналық көмек пен әлеуметтік медициналық сақтандыру кепілдіктері сақталады деп ойлайсыз ба?

1. Иә
2. Жоқ
3. Жауап беруге қиналамын

11. Стационар бөлімінде кейбір диагностикалық зерттеулер үшін ақы төлеуге тура келді ме?

1. Иә
2. Жоқ
3. Жауап бермеймін

12. Стационар бөлімінде кейбір емдік манипуляциялар (операциялар) үшін ақы төлеуге тура келді ме?

1. Иә
2. Жоқ
3. Жауап бермеймін

13. Стационарда белгіленген дәрі-дәрмектерді өз қаражатыңызға сатып алуға тура келді ме?

1. Иә
2. Жоқ
3. Жауап бермеймін

Қорытындысында, өзіңіз туралы кейбір мәліметтерді көрсетіңіз:

1. Сіз қай жас тобына жатасыз (жыл):

1. 20-ға дейін 2.20-29 3.30-39 4.40-49 5.50-59 6.60-69 7.70-79 8.80 және одан жоғары

2. Білімі:

1. толық емес орта 2. орта 3. арнайы орта 4. жоғары 5. жоғары білімнің аяқталмағаны

3. Кәсібіңіз:

1. мемлекеттік ұйым қызметкері 2. коммерциялық ұйым қызметкері 3. қызметкер 4. инженер-техник маман 5. әскери қызметкер 6. кәсіпкер 7. зейнеткер 8. өздігінен жұмыспен қамтылған 9. жұмыссыз 10. Басқа _____

4. Кардиологиялық орталығында болу нәтижесіне қаншалықты қанағаттанасыз?

1. Толығымен қанағаттанамын
2. Толығымен емес, бірақ қанағаттанамын
3. Қанағаттанбаймын
4. Болуымның еш пайдасы жоқ деп есептеймін
5. Жауап беруге қиналып тұрмын

5. Қанағаттанбауыңыздың себептері (көрсетіңіз):

Серіктестігіңіз үшін алғыс білдіремін!