

<https://doi.org/10.32921/2225-9929-2021-1-41-31-38>
УДК: 614; 614.2; 614:33
МРНТИ: 76.75.75

Обзорная статья

Система идентификации рисков как этап риск-менеджмента в организации здравоохранения

Альжаксина Г.Б.¹, Куренкеева Г.Т.²

¹ Клинический аудитор Службы внутреннего аудита, АО «Национальный центр нейрохирургии»,
Нур-Султан, Казахстан. E-mail: algaukhar55@mail.ru

² Декан Высшей Школы Бизнеса, Almaty Management University, Алматы, Казахстан.
E-mail: kurenkeyeva@almau.edu.kz

Резюме

Актуальность изучения вопросов риск-менеджмента также связана с изменениями окружающей среды, как внешними, так и внутренними. В связи с пандемией COVID-19, перед организациями здравоохранения встали новые риски, связанные с безопасностью пациентов и персонала, деятельностью самой организации здравоохранения в условиях распространения глобальной, ранее не известной инфекции.

В статье рассматриваются подходы к методам идентификации рисков, связанных с медицинской деятельностью в системе Казахстана и зарубежного здравоохранения.

Ключевые слова: система здравоохранения, риск-менеджмент, безопасность пациентов, инцидент, отчет об инциденте.

Corresponding author: Gaukhar Alzhaxina, Clinical auditor of the Internal Audit Service of JSC "National Center for Neurosurgery", Nur-Sultan, Kazakhstan
Postal code: Z05G9F9
Address: Turan Avenue 34/1, Nur-Sultan, Kazakhstan
Phone: +7 (701) 330 02 91
E-mail: algaukhar55@mail.ru

J Health Dev 2021; 1 (41): 31-38
Received: 24-02-2021
Accepted: 02-03-2021



This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

Введение

Институциональные теории риск-менеджмента представлены такими международными организациями, как Комитет спонсорских организаций Тредвее (COSO, США) и международная организация по стандартизации ISO 31000 [1,2].

Основные принципы и стандарты риск-менеджмента, разработанные COSO и ISO применимы к любой организации, независимо от специфики ее деятельности. Основой развития риск-менеджмента в организациях здравоохранения являются стандарты международной объединенной комиссии Joint Communication International (JCI), и национальные стандарты аккредитации медицинских организаций Республики Казахстан [3,4].

Для организаций здравоохранения, как и для любой отрасли производства, задачей риск-менеджмента является защита организации от финансовых потерь, которые могут возникнуть в результате реализации рисков, которым она подвергается. Для обеспечения такой стабильности необходима система управления рисками.

В системе здравоохранения должны применяться более строгие параметры в зависимости от характера рисков для жизни и здоровья пациентов, так как, основная задача управления рисками медицинской организации – это безопасность пациентов и безопасность медицинских услуг. По определению Всемирной организации здравоохранения - «Безопасность пациента — это

отсутствие предотвратимого вреда для пациента в процессе медицинского обслуживания и снижение риска ненужного вреда, связанного с медицинским обслуживанием, до приемлемого минимума» [5].

Вопросам управления рисками в системе здравоохранения посвящены работы многих ученых и исследователей. Увеличение количества публикаций, посвященных риск-менеджменту в системе здравоохранения в последнее десятилетие подтверждает актуальность изучаемой темы. Работ, посвященных вопросам риск-менеджмента, и вопросам идентификации рисков, связанных с клинической деятельностью в Казахстане недостаточно. Актуальность изучения вопросов риск-менеджмента также связана с изменениями окружающей среды, как внешними, так и внутренними.

В связи с пандемией COVID-19, перед организациями здравоохранения встали новые риски, связанные с безопасностью пациентов и персонала, деятельностью самой организации здравоохранения в условиях распространения глобальной, ранее не известной инфекции.

В данной статье будут рассмотрены вопросы, связанные с идентификацией рисков, в системе отечественного и зарубежного здравоохранения, как основа построения эффективной системы риск-менеджмента в организации здравоохранения.

Цель обзора: изучить систему идентификации рисков, связанных с медицинской деятельностью.

Система идентификации рисков в организации здравоохранения

В соответствии с основными принципами COSO, процесс управления рисками представлен на рисунке 1.

В соответствии с представленной схемой, руководство интегрирует риск-менеджмент в свою

культуру. Корпоративная культура оказывает влияние на то, каким образом риски выявляются, оцениваются и управляются. На этом этапе формируется структура корпоративного управления и управления рисками, в соответствии с ролью всех ее участников в системе управления рисками.

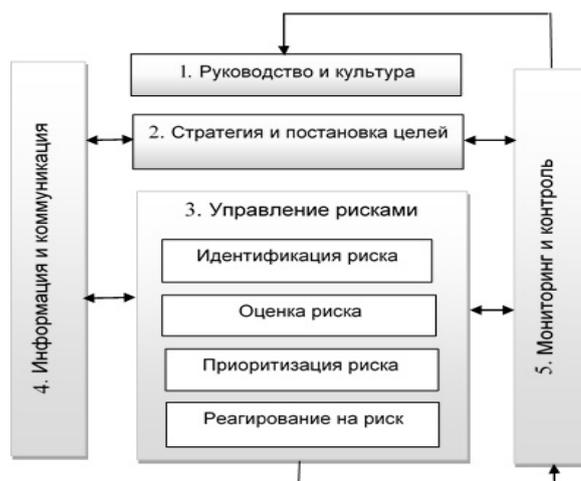


Рисунок 1 – Схема управления рисками в АО «Национальный центр нейрохирургии»

На следующем этапе формируется стратегия и цели в соответствии с основными бизнес-процессами.

Непосредственно процесс управления рисками включает следующие шаги:

1. Идентификация риска (источник опасности);
2. Оценка риска (вероятность и тяжесть);

3. Приоритизация риска;

4. Реагирование на риск (управление риском).

Идентификация рисков – процесс определения факторов и событий, которые могут неблагоприятно повлиять на цели организации. Российские исследователи риск-менеджмента в организации здравоохранения Бурыкин И.М., Кучеренко В.З.,

Вялков А.И. и др. для сбора первичной информации основным методом считают систему мониторинга и выявления инцидентов [6-12]. Инцидент (Incident) - связанное с работой организации здравоохранения событие (я), в ходе которого возникает или может возникнуть неблагоприятное событие [5]. Кондратова Н.В. и Восканян Ю.Э. управление рисками в медицине ассоциируют с медицинскими ошибками и призывают внедрить систему отчетности об ошибках через отчеты об инцидентах, как этап идентификации рисков [13,14]. Отчеты об инцидентах, в которых сотрудники сообщают о несчастных случаях и происшествиях, не соответствующих обычной операционной деятельности, являются краеугольным камнем большинства систем идентификации рисков.

Система идентификации рисков на основе

ответственности об инциденте будет эффективна лишь в случае исключения обвинения или наказания лица, совершившего ошибку. Если отчеты об инциденте являются добровольным сообщением, то есть определенные категории событий, которые подлежат рассмотрению, и о которых необходимо сообщать – это неблагоприятные и экстремальные события [15-20]. Эксперты Всемирного Альянса за безопасность пациентов под эгидой ВОЗ разработали универсальную терминологию, основная цель которой – избежать различной трактовки одних и тех же терминов и предотвратить обозначение одних и тех же явлений различными понятиями.

В системе управления рисками, связанными с оказанием медицинской помощи приняты следующие определения:

Ошибка (Error) – невыполнение запланированного плана действий или следование неверному плану в достижении поставленной цели (не всегда причиняет вред здоровью).

Неблагоприятное событие (Adverse event) – вред здоровью пациента, связанный с оказанием медицинской помощи, а не с осложнением уже имеющегося заболевания или травмы при условии адекватного лечения.

Экстремальное событие (Sentinel Event) – это неблагоприятное событие, связанное со смертью или серьезным физическим состоянием, включая потерю конечности или функции, или психологическим повреждением.

Недопустимое событие (Never event) - серьезные ошибки с потенциально тяжелыми последствиями, являющиеся следствием совершенно недопустимых и сегодня вполне предотвратимых медицинских ошибок, которые теоретически никогда не должны встречаться в современной медицинской практике в связи с наличием и доступностью надежных способов их предупреждения (например, операция, проведенная другому пациенту, оставление инородного предмета в теле пациента во время операции, подача в легкие не того медицинского газа во время анестезии);

Рискованная ситуация или почти ошибка (Near Misses) – когда действия или бездействия медицинского персонала могли бы привести к нанесению вреда пациенту, но этого не произошло в результате вовремя предпринятых профилактических мер или просто благодаря счастливой случайности. Такие события подлежат обязательному сообщению, и добровольный отчет об инциденте не всегда используется для сообщения о таких событиях.

Наиболее объемно система идентификации рисков представлена в работах исследователей, которые на основе международного опыта в сфере безопасности пациентов, предложили методы выявления ошибок и неблагоприятных событий, основанные на следующем: ретроспективный анализ медицинской документации, опрос медицинского персонала и пациентов, непосредственное наблюдение за процессом оказания медицинской помощи, отчетность об ошибках и неблагоприятных событиях, анализ жалоб и судебных исков, компьютерный мониторинг электронных баз медицинских данных, выполнение

патологоанатомических исследований, заключение клинко-анатомических конференций [21,22]. Использование вышеуказанных инструментов позволит выявлять те риски, о которых обычно не сообщается и соответственно такие события не анализируются.

Обзор литературы по риск-менеджменту в России, Казахстане и в некоторых странах содружества независимых государств (СНГ) показывает, что управление рисками сведен к мониторингу, анализу инцидентов, и разработке планов корректирующих действий в лучшем случае [21].

Международный опыт идентификации рисков в системе здравоохранения

ВОЗ признала вопрос обеспечения безопасности пациентов проблемой глобального масштаба, в результате чего в 2004 году был создан Всемирный Альянс за безопасность пациентов World Alliance for Patient Safety [5]. Исследования, проведенные в Австралии, Великобритании и США, сделали проблему безопасности пациента предметом политического обсуждения и публичных дискуссий первостепенной значимости во всем мире [23]. В 1978 году было создано Американское общество по управлению рисками в здравоохранении (ASHRM), который взял на себя ведущую роль в определении профессиональной практики управления рисками в здравоохранении [24]. В Шотландии создано национальное агентство по безопасности пациентов – National Patient Safety Agency (NPSA) [25]. Национальное агентство по безопасности пациентов работает также в составе Национальной службы здравоохранения (NHS) Англии с 2001 года [26]. Основная задача этих агентств – координация усилий

в вопросах, связанных с безопасностью пациентов, изучение неблагоприятных событий, разработка решений для предотвращения вреда в будущем, через сбор информации от персонала и пациентов через национальную систему отчетности и обучения. Одним из усилий систем здравоохранения является система сбора данных по неблагоприятным случаям, связанных с оказанием медицинских услуг. Согласно политике управления ASHRM, все больницы обязаны сообщать обо всех неблагоприятных событиях [27].

По мнению зарубежных специалистов, риск-менеджмент в системе здравоохранения основан на человекоориентированном и системном подходе [28]. Человекоориентированный подход направлен на определение индивидуальной ошибки в силу невнимательности, забывчивости, некомпетентности. И именно это делает систему идентификации рисков, равно как и систему отчетности об инцидентах неэффективной. Системный же подход сфокусирован на внутреннюю и внешнюю среду организации,

т.е., условия среды, способствующие совершению ошибки.

Согласно опубликованному в 1998 году отчету Института медицины США «То Err Is Human» - «Человеку свойственно ошибаться», говорилось, что основная причина медицинских ошибок и летальных исходов, которых можно было бы избежать, заключается не в небрежности и некомпетентности людей, а в плохих системах [29]. Этот отчет дал новое направление в системе здравоохранения, выступающее за повышение безопасности и качества

медицинского обслуживания с помощью «системных» решений.

Таким образом международная практика идентификации рисков, связанных с оказанием медицинской помощи на основе регистрации неблагоприятных событий на межорганизационном уровне, с целью извлечения уроков и распространения опыта в другие организации страны, может быть адаптирована к использованию в организациях здравоохранения Казахстана.

Система идентификации рисков в организациях здравоохранения Казахстана

Система идентификации рисков на основе добровольной отчетности об инциденте внедрена в организациях, аккредитованных международной объединенной комиссией на уровне медицинской организации. Трансорганизационная система отчетности не распространена. В условиях государственной системы здравоохранения, в том числе в Казахстане, любое добровольное сообщение о дефектах приведет к проверкам, штрафам и предписаниям. Поэтому организации здравоохранения не заинтересованы в сообщении таких событий. Если зарубежные институты здравоохранения публикуют показатели медицинских ошибок и неблагоприятных событий, то в Казахстане этот показатель рассчитать невозможно, т.к. нет статистики неблагоприятных событий по стране, хотя, общественное мнение о здравоохранении за последние несколько десятилетий ухудшилось и продолжает ухудшаться [10].

В Казахстане система отчетности об инциденте впервые внедрена в клиниках Национального

Медицинского Холдинга. В период подготовки Национального центра материнства и детства к аккредитации международной объединенной комиссии JCI в 2009 году, где была разработана форма отчета об инциденте, и первый опыт регистрации инцидента. Больницами, аккредитованными JCI, было сделано много для выращивания «культуры безопасности», создания условий для выявления и исправления причин сбоев в работе. В дальнейшем и другие медицинские организации, в том числе, не аккредитованные JCI, активно внедряли регистрацию инцидентов. На начальном этапе внедрения этой практики, руководству пришлось поощрять подачу отчетов об инциденте, в результате чего, сотрудники перестали понимать основную задачу отчетности об инциденте, и заполняли отчет по всем событиям, зачастую не входящими в область распространения отчета об инциденте.

Адаптация международного опыта системы идентификации рисков в организации здравоохранения Республики Казахстан

Идентификации рисков с помощью отчета об инциденте использовалась для сообщения основных категорий событий, включая скольжения и падения пациентов, персонала, ошибки при приеме лекарств, событий, связанные с организационными и хозяйственными вопросами, конфликтными ситуациями среди прочего [31]. Чтобы повысить эффективность отчета об инцидентах как инструмента управления рисками, необходимо обучить и рекомендовать персоналу сообщать о конкретных событиях, которые могут нанести ущерб пациенту, персоналу и организации здравоохранения, и что возникновение любого нежелательного события, должно спровоцировать заполнение формы отчета для изучения причин возникновения и предупреждения повторения [12].

Формальные или официальные системы идентификации рисков - это те, которые следуют установленным политикам и процедурам, и включают помимо добровольной отчетности об инциденте, отслеживание экстремальных событий, отчеты о неблагоприятных событиях и проверку медицинских карт [12]. Для того, чтобы сотрудники сообщали о любом инциденте, связанном с деятельностью медицинской организации, форма отчета об инциденте должна быть удобной и легкой в понимании тех событий, о которых необходимо

сообщать, который сотрудники с большей вероятностью будут использовать. Исследования, начиная с 80-х годов прошлого века, показали огромную роль «культуры безопасности» (Safety Culture) в предотвращении медицинских ошибок [6].

Суть культуры безопасности заключается в том, что руководство больниц создает в организации такую культуру, что работники сообщают о любых ошибках и неблагоприятных событиях с целью изучения причины ее возникновения без боязни быть наказанными через отчеты об инциденте. Культура безопасности в организации и позитивное восприятие отчетов сделает этот процесс эффективным. Как только сотрудники увидят ценность систематического выявления и решения проблем, связанных с уходом за пациентами, они становятся более мотивированными для своевременного информирования об инцидентах. Чтобы отчет об инциденте не использовался ни в качестве карательной меры при дисциплинарном взыскании сотрудников, ни в качестве средства передачи межличностных разногласий, руководство должно обеспечить такую культуру. Эффективность процесса отчетности может быть увеличена за счет письменных процедур, которые четко определяют регистрируемый инцидент.

Конкретные примеры о сообщаемых инцидентах, могут включать в себя:

- Случаи пропущенного или неправильного диагноза (например, невозможность диагностики острого инфаркта миокарда, переломов, серьезной травмы головы или аппендицита);

- Случаи, связанные с хирургическими операциями, такие как неправильно идентифицированный пациент, неправильная процедура, неправильно выбранная сторона, инструмент или тампон, оставленный в ране, повторный незапланированный возврат в операционную;

- Случаи, связанные с лечением или процедурой, такие как реакции на контрастный материал, используемый в диагностической процедуре, ненадлежащее воздействие рентгеновских лучей или ожоги в результате неправильного использования горячих компрессов;

- Случаи, связанные с переливанием крови и ее компонентов, такие как передача заболевания через зараженную кровь или неправильное использование крови;

- Случаи, связанные с внутривенным введением, такие как введение неправильного раствора, инфильтрация раствора или неправильная инфузия;

- Случаи, связанные с приемом лекарств такие как, введение неправильного лекарства, неправильная дозировка, путь введения, или введение не тому пациенту;

- Падения;

- Другие случаи, которые приводят или могут привести к травмам пациентов или посетителей.

Необходимо придерживаться основных моментов, которые следует и не следует делать при использовании отчетности об инциденте:

- В идеале форма должна быть заполнена либо во время происшествия, либо сразу после него или в течение 24 часов после события;

- Не направлять отчеты об инцидентах в другие отделы по любой причине;

- Не откладывать отчеты об инцидентах для последующего или дополнительного рассмотрения и подписей;

- Внести в медицинскую карту пациента фактическую информацию о любых непредвиденных обстоятельствах события, связанные с травмой пациента;

- Не допускать, чтобы отчет об инциденте стал частью медицинской карты;

- Не определять вину участника события;

- Не делать фотокопии отчета об инциденте.

Есть много способов повысить эффективность процесса отчетности:

- Вовлечь персонал в разработку списка регистрируемых случаев;

- Оптимизировать процесс отчетности, чтобы оформление документов не было обременительным, а отчетность – легкой;

- Обеспечить обратную связь по результатам разбора инцидента, что подчеркивает полезность выявления проблем в процессе ухода за пациентами.

Другим методом идентификации рисков, связанные с медицинским лечением и уходом, является проверка медицинских карт, для выявления нежелательных событий и тенденций [10,20,21].

Проверяющие ищут отклонения от практик, политик и процедур. Критерии для обзора случаев включают высокорисковые области, а также случаи, где имеются отклонения по срокам лечения, увеличение стоимости лечения и т.д. В Казахстане, правилами проведения внутренней экспертизы качества медицинских услуг, определен перечень случаев, подлежащих внутренней экспертизе. К случаям, подлежащим обязательному учету и анализу относятся экстремальные события (ЭС). Каждый раз, когда происходит ЭС, ожидается, что аккредитованная организация выполнит анализ первопричин, внедрит улучшения для снижения риска и будет следить за эффективностью этих улучшений. В то время, как большинство ЭС связаны с участием человека, ожидается, что анализ первопричин выявит базовые организационные системы и процессы, которые можно изменить, чтобы уменьшить вероятность ошибки человека в будущем и защитит пациентов от вреда, когда человеческий фактор действительно имеет место. Наглядно процесс возникновения экстремального или другого неблагоприятного события демонстрирует модель «швейцарского сыра», согласно которой возможность сбоев существует в любой системе в результате несовершенства самой системы (рисунок 2). Модель была предложена Джеймсом Ризоном (James T. Reason) в 1990 году для наглядного представления причин возникновения и развития ошибок, ведущих к катастрофе. Модель используется в управлении рисками в авиации, здравоохранении и инженерном деле [30]. Системы предотвращения ошибок есть в любой организации, которые представлены в виде ломтика сыра. Каждый ломтик сыра, как показано на рисунке 2, это барьер, который предупреждает реализацию ошибки на каждом этапе. Каждая дырка в ломтике сыра, это дефект в барьере, которая реализуется в результате человеческого фактора (активная ошибка), однако следующий ломтик направлен на предупреждение ошибки. И при определенных обстоятельствах, когда таких дырок много и следующий ломтик не сработал как защитный барьер, происходит ошибка, и в случае экстремального события, такая ошибка становится фатальной.

Все события, соответствующие определению экстремального события, должны оцениваться путем проведения всестороннего систематического анализа корневых причин Root Cause Analysis (RCA) [25]. Цель проведения RCA заключается в том, чтобы больница смогла лучше понять причину возникновения данного события. Если RCA показывает, что улучшение систем или другие действия могут предотвратить или уменьшить риск повторения таких экстремальных или неблагоприятных событий, больница перепроектирует процессы и принимает любые другие действия, которые являются приемлемыми в данном случае.

К неформальным источникам информации для выявления потенциальных рисков относятся протоколы заседаний внутрибольничных комиссий (лечебно-контрольная, комиссия по исследованию летальных исходов, комиссия инфекционного

контроля и т.д.), отчеты контролирующих и аккредитующих органов, результаты административного обхода и др.

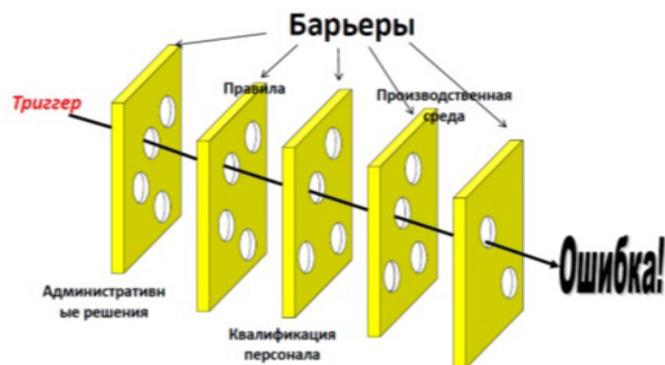


Рисунок 2 – Модель швейцарского сыра

Выводы

Проведенный анализ и практика использования системы идентификации рисков, основанной на международном опыте могут быть использованы в любой организации здравоохранения в качестве основы для внедрения риск-менеджмента.

Создание национального агентства или комитета по безопасности пациентов и управления

рисками, позволит изучать распространенность ошибок и неблагоприятных событий, проводить анализ причин и условий их возникновения для распространения опыта в другие организации здравоохранения Республики Казахстан.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Литература

1. COSO Enterprise Risk Management - Integrating with Strategy and Performance: Compendium of Examples, 2020. Website. [Cited 28 Dec 2020]. Available from URL: <https://www.coso.org/Pages/coso-erm-integrating-with-strategy-and-performance-compendium-of-examples.aspx>.
2. ISO 31000:2018 (en) Risk management — Guidelines. 2018. Website. [Cited 20 Dec 2020]. Available from URL: <https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:31000:ed-2:v1:en>.
3. JCI Accreditation Standards for Hospitals, 7th Edition. 2020; 1 April: 424 p. Electronic resource. [Cited 24 Dec 2020]. Available from URL: <https://store.jointcommissioninternational.org/jci-accreditation-standards-for-hospitals-7th-edition/>.
4. Айыпханова А.Т., Каупбаева Б.Т., Оспанов Д.М., Туманова Р.Т. и др. Руководство по интерпретации обновлённых стандартов аккредитации для медицинских организаций, оказывающих стационарную помощь (3 пересмотр). Республиканский центр развития здравоохранения. Астана. – 2017. – 269 с. ISBN 978-601-305-231-1.
5. Аюphanova A.T., Kaupbaeva B.T., Ospanov D.M., Tumanova R.T. i dr. Rukovodstvo po interpretacii obnovlyonnyh standartov akkreditacii dlya medicinskih organizacij, okazyvayushchih stacionarnuyu pomoshch' (3 peresmotr) (Guidelines for the interpretation of updated accreditation standards for inpatient medical organizations (revision 3)) [in Russian]. Respublikanskij centr razvitiya zdavoohraneniya. Astana. 2017: 269 p. ISBN 978-601-305-231-1.
6. World Health Organization. World health statistics: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva, 2018. Website. [Cited 20 Dec 2020]. Available from URL: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2018/en/.
7. Бурькин И.М., Алеева Г.Н., Хафизьянова Р.Х. Управление рисками в системе здравоохранения как основа безопасности оказания медицинской помощи // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – №1. – С. 3-18.
8. Burykin I.M., Aleeva G.N., Hafiz'yanova R.H. Upravlenie riskami v sisteme zdavoohraneniya kak osnova bezopasnosti okazaniya medicinskoj pomoshchi (Risk management in the health care system as the basis for the safety of health care delivery) [in Russian]. Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya. 2013; 1: 3-18.
9. Кучеренко В.З., Эккерт Н.В. Организационно-управленческие проблемы рисков в здравоохранении и безопасности медицинской практики // Вестник Российской академии медицинских наук. – 2012. – №3. – С. 18-20.
10. Kucherenko V.Z., Ekkert N.V. Organizacionno-upravlencheskie problemy riskov v zdavoohranenii i bezopasnosti medicinskoj praktiki (Organizational and managerial problems of risks in health care and safety of medical practice) [in Russian]. Vestnik Rossijskoj akademii medicinskih nauk. 2012; 3: 18-20.
11. Вялков А.И., Кучеренко В.З. Организационно-методические аспекты снижения рисков в медицинской практике // Главный врач. – 2006. – №2. – С. 6-12.
12. Vyalkov A.I., Kucherenko V.Z. Organizacionno-metodicheskie aspekty snizheniya riskov v medicinskoj praktike (Organizational and methodological aspects of risk reduction in medical practice) [in Russian]. Glavnyj vrach. – 2006; 2: 6-12.
13. Сыздыкова А.М., Тургамбаева А.К., Карибеков Т.С. Управление рисками в системе здравоохранения // Клиническая медицина Казахстана. – 2014. – № 3(33). – С. 13-16.
14. Syzdykova A.M., Turgambaeva A.K., Karibekov T.S. Upravlenie riskami v sisteme zdavoohraneniya (Risk management in the healthcare system) [in Russian]. Klinicheskaya medicina Kazahstana. 2014; 3(33): 13-16.
15. Tighe C.M., Woloshynowych M., Brown R., Wears B. et al. Incident reporting in one UK accident and emergency department. Accident and Emergency Nursing. 2006; 14(1): 27-37. <https://doi.org/10.1016/j.aen.2005.10.001>.
16. Bryant J.M., Hagg-Rickert S. Development of a risk management program Carroll R, editor. Risk management handbook for health care organizations 3rd edition San Francisco. Jossey-Bass. 2001. 46.
17. McDonough W.J. Systems for Risk Identification. Risk Management Handbook. Chicago. 2014; 171-190.
18. Кондратова Н.В. Риск-менеджмент в медицинской организации: как извлечь пользу из медицинских ошибок // В

мире научных открытий. – 2016. – №4(76). – С. 52-62. <https://doi.org/10.12731/wsd-2016-4-4>.

Kondratova N.V. Risk-menedzhment v medicinskoj organizacii: kak izvlech' pol'zu iz medicinskih oshibok (Risk Management in a Medical Organization: How to Benefit from Medical Errors) [in Russian]. V mire nauchnyh otkrytij. 2016; 4(76): 52-62. <https://doi.org/10.12731/wsd-2016-4-4>.

14. Восканян Ю.Э., Шикина И.Б. Управление безопасностью медицинской помощи в современном здравоохранении. Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2019. – №1(35). – С. 18-31. <https://doi.org/10.31556/2219-0678.2019.35.1.018-031>.

Voskanyan YU.E., SHikina I.B. Upravlenie bezopasnost'yu medicinskoj pomoshchi v sovremennom zdavoohranenii (Health care safety management in modern healthcare) [in Russian]. Medicinskie tekhnologii. Ocenka i vybor. 2019; 1(35): 18–31. <https://doi.org/10.31556/2219-0678.2019.35.1.018-031>.

15. Федосюк Р.Н., Ковалева Е.М., Похилько В.И. Основные методы детекции инцидентов с безопасностью пациентов в медицине // Современная стоматология. – 2018. – №1. – С. 38-42.

Fedosyuk R.N., Kovaleva E.M., Pohil'ko V.I. Osnovnye metody detekcii incidentov s bezopasnost'yu pacientov v medicine (Basic methods for detecting incidents with patient safety in medicine) [in Russian]. Sovremennaya stomatologiya. 2018; 1: 38–42.

16. Brennan T., Leape L., Laird N., Hebert L. et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. N Engl J Med. 1991; 324: 370-376. <https://doi.org/10.1056/NEJM199102073240604>.

17. Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. BMJ. 2001; 3(322): 517–9. <https://doi.org/10.1136/bmj.322.7285.517>.

18. Wilson R.M., Runciman W.B., Gibberd R.W., Harrison B.T. et al. The Quality in Australian Health Care Study. Medical Journal of Australia, 1995; 163: 458-471. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.1995.tb124691.x>.

19. Baker G.R., Norton P.G., Blais R., Brown A. et al. The Canadian adverse event study the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. Can. Med. Assoc. J., 2004; 170(11): 1678-1686. <https://doi.org/10.1503/cmaj.1040498>.

20. Berner E.S., Graber M.L. Overconfidence as a Cause of Diagnostic Error in Medicine. The American Journal of Medicine. 2008; 121(5): 2-23. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2008.01.001>.

21. Захарова У.Н., Ковалева И.П. Формирование механизмов управления рисками в медицинском учреждении // Вестник АГУ. – 2017. – №1(195). – С. 108-114.

Zaharova U.N., Kovaleva I.P. Formirovanie mekhanizmov upravleniya riskami v medicinskom uchrezhdenii (Formation of risk management mechanisms in a medical institution) [in Russian]. Vestnik AGU. 2017; 1(195): 108-114.

22. Фоменко А.Г. Методы выявления, анализа и оценки ошибок и неблагоприятных событий, возникающих при оказании медицинской помощи. Государственная служба медицинских судебных экспертиз, Минск. Медицинские новости. – 2012. – №4. – С. 31-40.

Fomenko A.G. Metody vyuyavleniya, analiza i ocenki oshibok i neblagopriyatnyh sobytij, voznikayushchih pri okazanii medicinskoj pomoshchi (Methods for detecting, analyzing and evaluating errors and adverse events arising in the provision of medical care.) [in Russian]. Gosudarstvennaya sluzhba medicinskih sudebnyh ekspertiz, Minsk. Medicinskie novosti. 2012; 4: 31-40.

23. Махамбетчин М.М. Врачебные ошибки. Причины, анализ и предупреждение. М., ГЕОТАР-Медиа. – 2020. – С. 240. ISBN: 978-5-9704-5796-2.

Mahambetchin M.M. Vrachebnye oshibki. Prichiny, analiz i preduprezhdenie (Medical errors. Causes, analysis and prevention) [in Russian]. М., GEOTAR-Media. 2020; 240. ISBN: 978-5-9704-5796-2.

24. American Society for Health Care Risk Management. Website [Cited 20 Dec 2020]. Available from URL: <https://www.aha.org/issue-landing-page/2012-10-12-american-society-health-care-risk-management>.

25. Quality, service improvement and redesign (QSIR) tools by type of approach. NHS, 2020. Website [Cited 20 Dec 2020]. Available from URL: <https://www.england.nhs.uk/quality-service-improvement-and-redesign-qsir-tools/quality-service-improvement-and-redesign-qsir-tools-by-type-of-approach/>.

26. Managing risks during the transition period to new ISO connectors for medical devices. NHS, 2020. Website [Cited 20 Dec 2020]. Available from URL: <https://www.england.nhs.uk/2015/04/managing-risks-during-the-transition-period-to-new-iso-connectors-for-medical-devices/>.

27. Cassirer C. Risk Management Program Evaluation. Risk Management Handbook. Chicago, 2014; 837-860.

28. Briner M., Mancner T., Kessler O. Clinical risk management in hospitals: strategy, central coordination and dialogue as key enablers. Journal of Evaluation in clinical Practice. 2013; 19(2): 363-9. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2012.01836.x>.

29. Kohn L.T., Corrigan J.M., Donaldson M.S. To Err is Human: Building a Safer Health System. Institute of Medicine. Washington. 2000; 8. ISBN-10: 0-309-06837-1 <https://doi.org/10.17226/9728>.

30. Крогерус М., Чеппелер Р. Книга решений: 50 моделей стратегического мышления. Как лучше понять других Модель «Швейцарский сыр». – 2012. – С. 100. ISBN: 978-5-9693-0207-5.

Krogerus M., Sheppeler R. Kniga reshenij: 50 modelej strategicheskogo myshleniya. Kak luchshe ponyat' drugih Model' «SHvejcarskij syr» (Decision Book: 50 Strategic Thinking Models. How to better understand others The Swiss cheese model) [in Russian]. 2012; 100. ISBN: 978-5-9693-0207-5.

Тәуекелді сәйкестендіру жүйесі денсаулық сақтау ұйымындағы тәуекелдерді басқару кезеңі ретінде

Альжаксина Г.Б.¹, Куренкеева Г.Т.²

¹ «Ұлттық нейрохирургия орталығы» АҚ ішкі аудит қызметінің клиникалық аудиторы, Нұр-Сұлтан, Қазақстан.
E-mail: algaukhar55@mail.ru

² Алматы Менеджмент Университеті Жоғары Бизнес мектебінің деканы, Алматы, Қазақстан.
E-mail: kurenkeyeva@almau.edu.kz

Түйіндеме

Тәуекелдерді басқаруды зерттеу сұрақтарының өзектілігі қоршаған ортаның ішкі және сыртқы факторларының өзгеруімен тікелей байланысты. COVID-19 пандемиясы кезінде медициналық ұйымдарды алдында жаңа қауіп – науқастар мен медициналық қызметкерлердің қауіпсіздігі, әлемдік масштабта ауқымды тарап отырған бұрын-соңды белгісіз жұқпаның таратуына қатысты ұйымның жұмысының өзгеруіне байланысты тәуекелдер туындады.

Мақалада Қазақстан мен шетелдік денсаулық сақтау жүйесіндегі медициналық қызметке байланысты тәуекелдерді анықтау әдістеріне көзқарастар талқыланады.

Түйін сөздер: денсаулық сақтау жүйесі, тәуекелдерді басқару, науқастың қауіпсіздігі, оқиға, оқиға туралы есеп.

Systems for Risk Identification as a Stage of Healthcare Risk Management

Gaukhar Alzhaxina ¹, Gulnar Kurenkeyeva ²

¹ Clinical Auditor of the Internal Audit Service of the National Center for Neurosurgery JSC, Nur-Sultan, Kazakhstan.
E-mail: algaukhar55@mail.ru

² Dean of the Higher School of Business Almaty Management University, Almaty, Kazakhstan.
E-mail: kurenkeyeva@almau.edu.kz

Abstract

The relevance of studying the issues of risk management is also associated with environmental changes, both external and internal. In connection with the COVID-19 pandemic, healthcare organizations faced new risks related to the safety of patients and staff, the activities of the healthcare organization itself in the context of the spread of a global, previously unknown infection.

The article discusses approaches to methods of identifying risks associated with medical activities in the system of Kazakhstan and foreign healthcare.

Keywords: Health care system, Risk Management, Patient Safety, Incident, Incident report.