



ГКП «Областная станция скорой и неотложной медицинской помощи» на ПХВ
Управление здравоохранения Актыбинской области

| ГКП «ОССНМП» на ПХВ Управления здравоохранения Актыбинской области | | | |
|--|---|--|--|
| Наименование структурного подразделения: | Все структурные подразделения организации | | |
| Название документа: | Стандарт операционных процедур: <i>Н-29</i> Правила по разработке, сбору и анализу индикаторов | | |
| Утвержден: | Приказом Главного врача № от « <i>6</i> » января 2023 г. | | |
| Разработчик: | Должность | ФИО | подпись |
| | Врач-эксперт | Абдуллаева А.З. Балмагамбетова Г.Ж. | <i>Абдуллаева</i> <i>Балмагамбетова</i> |
| Согласовано: | Заместитель главного врача по медицинской части | Неталиева Д.П. | <i>Неталиева</i> |
| | Заместитель главного врача по ОМП | Кушетова Г.А. | <i>Кушетова</i> |
| Версия № 1 | Дата следующего пересмотра « _____ » 2026 год | | |

г.Актобе, 2023г.



Правила по разработке, сбору и анализу индикаторов

1. **Цель:** Обеспечение разработки, сбора и анализа индикаторов качества медицинской помощи, отражающих клиническую и неклиническую деятельность ГКП «Областная станция скорой и неотложной медицинской помощи» на ПХВ (далее - ОССНМП) и деятельность поставщиков услуг, переданных в аутсорсинг.

2. **Область применения:** Все структурные подразделения ОССНМП и поставщики услуг, переданных в аутсорсинг.

3. **Ответственность:** Руководители структурных подразделений ОССНМП, организационно-методической работы, сотрудники ответственные за контроль работы поставщиков услуг, отданных в аутсорсинг.

4. Определения:

Индикатор качества медицинской помощи, также именуемый как *ключевой показатель результативности (КПР)* – это количественный показатель, отражающий структуру, процесс или результат оказания медицинской помощи.

Аутсорсинг– передача организацией на основании договора определённых бизнес процессов или производственных функций на обслуживание другой компании, специализирующейся в соответствующей области.

Клинические индикаторы/процессы - это то, какие услуги предоставляют врачи, и как на это реагируют пациенты (последовательность диагностических и терапевтических вмешательств), примеры:

- Оценка состояния пациента;
- Планирование лечения;
- Предоставление лечения и процедур;
- Упорядочивание анализов и их интерпретация;
- Администрирование лекарств;
- Технические аспекты клинических процедур;
- Управление осложнениями;
- Обучение пациента и семьи;



Административные и управленческие процессы - мероприятия, проводимые в системах Управления и Менеджмента организации, например:

- Применение медицинской информационной системы;
 - Управление человеческими ресурсами;
 - Закупки;
 - Финансовый менеджмент и расчет заработной платы;
 - Управление контрактами.
5. **Ресурсы:** показатели по утвержденным индикаторам качества.

6. **Документирование:**

- 1) Анализ или отчет по показателям индикаторов качества (за определенный отчетный период, например ежеквартальный или годовой)
- 2) Протокол заседания (например, Совет по качеству) где был представлен Отчет по показателям индикаторов качества за отчетный период.

7. **Описание Правил**

7.1. **Качественная система мониторинга имеет ряд общих характеристик:**

1) *Простота.* Система должна напрямую и наиболее простым способом продуцировать все необходимые данные. Бланки для записей и сбора данных должны быть просты для понимания и заполнения, не нужно отнимать у персонала время на ввод повторяющейся информации. Это особенно важно, если ресурсы ограничены, а сотрудники выполняют множество других обязанностей.

2) *Гибкость.* Система должна легко меняться, особенно в том случае, если текущая оценка показывает, что изменения необходимы или желательны. Например, может появиться необходимость добавить информацию о другом виде регистрируемых медицинских услуг либо изменить целевую выборку, чтобы охватить определенный тип заболеваний.

3) *Приемлемость для участников.* Система будет работать в том случае, если люди желают принимать в ней участие. Вовлечение персонала в разработку, оценку и модификацию бланков для сбора данных позволит придать им уверенность в том, что бланки просты для заполнения, а их цель



понятна. Важно убедиться в том, что конечные пользователи получают нужные им результаты, которые всегда открыты для комментариев и предложений по

4) улучшению.

5) *Надежность*. Все пользователи данных, продуцируемых системой мониторинга, должны быть абсолютно уверены в точности этих данных.

6) *Практичность*. Система должна быть практичной и доступной. Не нужно создавать лишнюю нагрузку на персонал и бюджет организации.

Устойчивость. Система должна функционировать при минимуме затрачиваемых усилий, легко поддерживаться и обновляться, продолжая служить своим целям с момента ее организации.

7) *Своевременность*. Система должна продуцировать по необходимости самую современную информацию.

8) *Безопасность и конфиденциальность*. Это две важнейшие черты системы мониторинга. Записи индивидуальных случаев должны храниться в полной тайне. Отчеты по наблюдениям не должны содержать личной информации. Более того, система не должна раскрывать личную информацию, информацию сомнительного или запугивающего характера, навешивать «ярлыки» на профессии людей или их взаимоотношения.

7.2. Индикаторы (КПР) могут отражать структуру, процесс и результаты лечения:

1) индикаторы **структуры** помогают определить возможности подразделения оказать высококачественную медицинскую помощь;

2) индикаторы **процесса** являются, как правило, стандартами лечения;

3) индикаторы **результата** отражают конечную результативность медицинской помощи. Причем, последнюю группу индикаторов можно разделить на показатели, отражающие медицинскую, экономическую и социальную результативность.

7.3. Разработанные индикаторы должны удовлетворять следующим условиям:

1) индикатор должен служить для измерения именно того явления или показателя, которое он отражает по своему определению;

2) индикатор должен прямо и точно отражать происходящие изменения;

3) уменьшение или увеличение индикатора однозначно должно свидетельствовать об улучшении или ухудшении исследуемого показателя;



- 4) индикатор должен измерять факторы, отражающие поставленные цели (релевантность);
- 5) индикатор изменяется в зависимости от территории, группы, а также во времени;
- 6) индикатор должен быть чувствительным к изменениям в политике, программах и организациях;
- 7) значение индикатора не подвержено изменениям посторонними факторами;
- 8) индикатором нельзя манипулировать для отражения несуществующих достижений;
- 9) индикатор должен быть доступным для отслеживания с течением времени;
- 10) для отслеживания индикатора не требуется существенных затрат.

7.4. Разработка индикаторов (далее - КИР).

1) Функции структурного подразделения в разработке и сборе индикаторов:

- Выбирает области для улучшения своей деятельности;
- Разрабатывает индикаторы, которые помогут мониторировать интересующую область для улучшения;
- Ведет мониторинг по индикаторам;
- Сравнивает полученные данные с пороговым значением;
- Проводит анализ данных;
- Разрабатывает меры по улучшению;
- Ежемесячно передает данные по индикаторам в **организационно-методической работы, которая отвечает за свод показателей КИР (далее – ОИР).**

2) Функции ОИР:

- Разрабатывает общие для всей организации (мониторирующие деятельность нескольким подразделений) индикаторы в соответствии со стандартами JCI и национальными стандартами аккредитации;
- Осуществляет ежемесячный сбор и свод (мониторинг) индикаторов структурных подразделений;
- Осуществляет анализ индикаторов;
- Составляет проект мероприятий или плана по улучшению качества;
- Ежемесячно проводит мониторинг и анализ КИР, разрабатывает



совместно со структурными подразделениями план по улучшению качества, представляет отчет Руководству;

- Ежеквартально докладывает информацию по индикаторам на Совете по качеству.

3) Функции Совета по качеству:

- Обсуждение, рекомендации;
- Утверждение плана по улучшению;
- Представление предложений главному врачу ОССНМП.

7.5. Индикаторы должны подбираться таким образом, чтобы путем их сбора можно было бы лучше определить проблему, оценить эффект, то есть улучшить деятельность в интересующей области.

7.6. Индикаторы должны определяться для каждого конкретного подразделения или ОССНМП в целом и учитывать специфику обслуживаемого контингента и т.д.

8. Процедура разработки, внедрения, сбора и анализа индикаторов (КПР)

8.1. Функцией структурного подразделения в разработке, внедрении, сборе и анализе индикаторов является:

1) определение ответственных лиц или группы лиц за улучшение качества в структурном подразделении. Ответственность несет руководитель подразделения, который вправе перераспределить ответственность среди других сотрудников подразделения за определенные разделы обеспечения КПР (например, определение индикаторов, порядок сбора данных и т.д.).

2) выбор области (направления) для улучшения своей деятельности исходя из объемов выполняемой в подразделении лечебно-диагностической работы: характеристика обслуживаемых пациентов, количество персонала, имеющееся в распоряжении оборудование и лекарственные средства и изделия медицинского назначения.

3) разработка индикаторов, которые помогут мониторить интересующую область (направление) для улучшения.

4) «Внешний» индикатор, требующий мониторинга со стороны, данные по нему сдаются до 5 числа следующего месяца в ОМР.

5) Определение индикатора (КПР) для данного подразделения с указанием (паспорт индикатора):

- Названия индикатора со ссылкой на стандарт (национальной аккредитации и/или JCI);



**ГКП «Областная станция скорой и неотложной медицинской помощи» на ПХВ
Управление здравоохранения Актыубинской области**

- Единица измерения;
- Тип: индикатор процесса, структуры или результата;
- Сфера мониторинга;
- Ответственное за сбор подразделение;
- Метод сбора данных;
- Частота сбора;
- Источник информации;
- Формула расчета.
- Пороговые значение индикаторов, достижение которых требует

глубокого анализа причин не достижения и принятия мер по улучшению:

- Проведение анализа данных путем сравнения полученных данных с пороговыми значениями.

- Если пороговое значение КИР достигнуто, уровень оказания медицинской помощи признается качественным.

- Если не удается достичь порога, заинтересованное подразделение в расширенном составе (с привлечением руководителей, ССРиОМР) проводит углубленный анализ причин (оценка структуры, процесса и результата).

- Исполнение Плана корректирующих мер (далее – План) и предоставление отчета об исполнении в ОМР в сроки, указанные в Плане.

б) Помимо «внешних» индикаторов, которые подразделение сдает ОМР, подразделение может вести мониторинг по «внутренним» индикаторам (например, индивидуальным для данного подразделения), которые контролирует руководитель подразделения.

- Проводится анализ показателей;
- Разрабатываются меры улучшения качества по данным внутренних

КИР на уровне подразделения.

- Ведется специальная документация в подразделении «Внутренние индикаторы подразделения».

- Ежемесячно информация по показателям индикаторов представляется на стендах подразделения, а также показатели могут быть представлены на утренних собраниях с участием Руководства ОСМП.

8.2. Функции ОМР:

1) осуществление методологической помощи структурным подразделениям в выборе, разработке индикаторов;

2) разработка общих для всей организации (мониторирующие



деятельность нескольких подразделений) «внешние» индикаторы в соответствии со стандартами JCI и национальными стандартами аккредитации, обеспечение их утверждения, внедрения;

3) осуществление ежемесячного сбора и свода (мониторинга) «внешних» индикаторов структурных подразделений;

4) осуществление анализа «внешних» индикаторов;

5) проведение валидации данных (см. Правила валидации данных ОСМП);

6) проведение внутреннего и внешнего бенчмаркинга;

7) по результатам анализа причин разработка Плана корректирующих мероприятий, направленных на улучшение и устранение недостатков. Информация о достигнутых и не достигнутых порогах КПР, а также План мероприятий доводятся до сведения соответствующих руководителей служб, ответственных за обеспечение качества в проблемной области;

8) ежеквартально или чаще представление информации по индикаторам и по Плану корректирующих мероприятий на Совете по качеству;

9) мониторинг исполнения Плана корректирующих мероприятий и ежеквартальное представление отчета на Совете по качеству. Оценка эффективности принятых мер проводится до тех пор, пока не будет зафиксировано улучшение. Если заданные пороги КПР не достигнуты на протяжении достаточно длительного периода, необходимо определить основные причины этого и возможности для улучшения.

8.3. Функции Совета по качеству:

1) прием отчета ОМР по индикаторам;

2) изучение индикаторов и рекомендаций по улучшению;

3) обсуждение Плана корректирующих мероприятий;

4) направление предложений на утверждение отчета по индикаторам и плана корректирующих мероприятий;

5) контроль за исполнением Плана корректирующих мероприятий;

6) Совет по Качеству может принять одно из следующих решений:

- проводить мониторинг этих индикаторов реже по частоте;

- изменить пороговые значения индикаторов;

- провести анализ объективности сбора и расчета показателей;

- представлять предложения Руководству ОССНМП по стимулированию сотрудников за достижения в области качества.



8.4. Функции Руководства ОССНМП:

- 1) обсуждение и принятие решений по анализу индикаторов;
- 2) утверждение Плана корректирующих мероприятий по индикаторам;
- 3) обсуждение и принятие решений по предложениям Совета по качеству;
- 4) контроль за исполнением утвержденного Плана корректирующих мероприятий по индикаторам.

9. Процедура сбора данных

9.1. Специалисты с соответствующим опытом, знаниями и навыками, должны выполнять:

- Анализ данных;
- Проведение исследования;
- Использование инструментов менеджмента качества.

9.2. Анализ данных.

- 1) Данные объединяются, анализируются и преобразуются в полезную информацию.
- 2) В процессе участвуют специалисты с соответствующим клиническим и управленческим опытом, знаниями и навыками.
- 3) При необходимости статистические инструменты и методы используются в процессе анализа.

9.3. Частота анализа данных:

- Соответствует процессу в стадии исследования;
- Соответствует требованиям организации.

9.4. Группирование данных.

- 1) Суммировать данные за период их сбора;
- 2) Определить инструмент сбора данных для облегчения подведения итогов по результатам;
- 3) Произвести расчёт результатов;
- 4) Сравнить результаты данных в течение определенного времени для анализа тенденций и системного анализа;
- 5) Выполнить анализ результатов для толкования изменения параметров процесса.

9.5. Частота сбора данных.

- 1) Должна сопоставлять индикатор и показатели клинической и



неклинической деятельности организации.

2) Группирование данных должно сопоставлять объем выборки представительного выбора для достоверных результатов.

3) Частота сбора данных «внешних» индикаторов:

- Ежемесячный сбор данных со структурных подразделений в статистический отдел;

- Ежеквартальный отчет по «внешним» индикаторам на Совете по качеству;

- Годовой отчет по индикаторам на Совете по качеству.

9.6. Регулирующие целевые показатели или использование сравнительного анализа (бенчмаркинг).

- Использование внутренних рабочих характеристик;

- Сравнение с базовыми рабочими характеристиками;

- Сравнение в течение определённого периода;

- Внутри организаций скорой медицинской помощи в системе;

- Внешний сравнительный анализ;

- Доказательная литература;

- Региональные или международные базы данных.

10. Контроль качества услуг, переданных в аутсорсинг путем мониторинга индикаторов качества.

1) Индикаторы по мониторингу качества работы поставщиков услуг, отданных в аутсорсинг определяются до начала работы поставщика услуг (в период заключения договора с поставщиком услуг).

2) Сбор и анализ данных по выбранным индикаторам проводит ответственный сотрудник ОССНМП, который непосредственно работает с поставщиком услуг.

3) Ежеквартально ответственный сотрудник ОССНМП представляет показатели по индикаторам в ОМР и на заседание Совета по качеству.

4) При несоответствии работы поставщика услуг (не достижении порогового значения) ОССНМП имеет право предпринять меры, предусмотренные в договоре с поставщиком услуг (например, расторгнуть договорные отношения или иное, предусмотренное условиями договора).

5) Показатели индикаторов учитываются при проведении оценки деятельности поставщиков услуг (процедура мониторинга договоров).

11. Ссылки:

1) Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5



**ГКП «Областная станция скорой и неотложной медицинской помощи» на ПХВ
Управление здравоохранения Актыбинской области**

ноября 2021 года № КР ДСМ - 111 «Об утверждении стандартов аккредитации медицинских организаций»;

2) Международные стандарты аккредитации JCI для транспортных медицинских организаций , 2-е издание/ англ. — Joint Commission International Accreditation Standards for Medical Transport Organizations, 2nd edition, Глава Управление, лидерство и руководство, 2015.



Список приоритетных индикаторов

1. Управленческие/административные:

- Удовлетворенность пациентов и их семей.
- Удовлетворенность персонала.
- События, представляющие угрозу для пациентов, персонала, посетителей (пожарная безопасность, обучение персонала сердечно-легочной реанимации и т.д.).
- Аварийные ситуации (укол иглами и острыми предметами);

2. Индикаторы по международным целям по безопасности пациента (МЦБП):

- Идентификация пациентов.
- Совершенствование эффективности коммуникаций.
- Обращение с медикаментами высокого риска.
- Гигиена рук.
- Профилактика падения.
- Снижение риска аварий.

3. Индикаторы деятельности согласно требования Правил и Процедур. 4. Риск менеджмент (управление рисками):

- Мониторинг использования медицинского оборудования.

4. Клинические индикаторы:

- Оценка боли.
- Оценка падения.
- Мониторинг инвазивных процедур.
- Медикаментозные ошибки.
- Осложнения седации.
- Качество ведения медицинской документации.
- Предотвращения инфекций и инфекционных рисков.

5. Аутсорсинг:

1. Общие индикаторы для всех аутсорсинговых компаний:

- Соблюдение мер безопасности сотрудниками сторонних организаций.
- Количество неисполненных мероприятий по обоснованным



жалобам/претензиям

2) **Прачечная:**

- Доля качественной стирки белья
- Соблюдение регламента стирки белья

3) **Охрана:**

- Фиксирование инцидентов вовремя дежурств

4) **Клининг:**

• Бесперебойное обеспечение гигиенической продукцией (туалетная бумага, жидкое мыло.)

• Проведение уборки помещений: Текущая уборка: 1 раз в день - уборка офисных помещений; лестничные площадки, коридоры, входные группы, лифты, сан-гигиенические помещения. Генеральная уборка: 1 раз в неделю-уборка офисных помещений, лестничные площадки, коридоры, входные группы, лифты, сан-гигиенические помещения. Поддерживающая уборка: В течении дня по мере загрязнения-офисы, лифты, холлы, галерея (место общего пользования), сан.-гигиенические помещения.

5) **Индикаторы обслуживания "Утилизация":**

- Качественно оказания услуг
- Своевременно оказания услуг



Блок-схема разработки, сбора и анализа индикаторов (КПР)





Лист регистрации изменений

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



ГКП «Областная станция скорой и неотложной медицинской помощи» на ПХВ
Управление здравоохранения Актыбинской области

| № | Должность | Ф.И.О. | Дата | Подпись |
|-----|-----------|---------------|------|---------|
| 16 | врач : | Бекдасиева | | Бекд. |
| 17 | фр | Мастомбаева | | Маст. |
| 18 | ф - р | Кемдебиев | | Кемд. |
| 19 | ф. - р | Касымжан | | Касым |
| 20 | фрр | Валимов | | Вали |
| 21 | фрр | Токтар | | Токт. |
| 22 | фрр | Мирзаханова | | Мирз. |
| 23 | фрр | Козоренко | | Козор. |
| 24 | врач | Исаидия | | Исид. |
| 25 | фр - р | Семеджанов | | Семед. |
| 26 | фрр | Балимбетов | | Балим. |
| 27 | ф. - р | Саробайда - Р | | Сароб. |
| 28. | ф - р | Турар. Д. | | Турар. |
| 29 | фрр | Жунайымханова | | Жунай. |
| 30 | фрр | Умарбекова | | Умар. |



ГКП «Областная станция скорой и неотложной медицинской помощи» на ПХВ
Управление здравоохранения Актиубинской области

Лист ознакомления

| № | Должность | Ф.И.О. | Дата | Подпись |
|----|-----------|-----------------|------|---------|
| 1 | фельдшер | Сорсенбаев Е.А. | | |
| 2 | фельдшер | Жилеянов М.Е. | | |
| 3 | врач | Адилев А.Б. | | |
| 4 | фельдшер | Жетесбай Е.Ж. | | |
| 5 | фельдшер | Картманов Ж.Ж. | | |
| 6 | фельдшер | Кадисбаев Ч.А. | | |
| 7 | фельдшер | Батыр Ж.Ж. | | |
| 8 | фельдшер | Жалыбай А.Ж. | | |
| 9 | врач | Иманкулова А.С. | | |
| 10 | фельдшер | Иманкулова А.М. | | |
| 11 | врач | Иманкулов Г.Ж. | | |
| 12 | фельдшер | Торкентхан М. | | |
| 13 | фельдшер | Есмулова А.Ж. | | |
| 14 | фельдшер | Мияс Ж.Т. | | |
| 15 | фельдшер | Отелегов Ж.А. | | |
| 16 | фельдшер | Журдов М.М. | | |
| 17 | фельдшер | Муратов А.Б. | | |
| 18 | фельдшер | Балматов А.Б. | | |
| 19 | фельдшер | Армоуза А.М. | | |
| 20 | фельдшер | Ержан Р.Ж. | | |
| 21 | фельдшер | Рахманов Е.Б. | | |
| 22 | фельдшер | Айткул М.С. | | |
| 23 | фельдшер | Влаулов Б.Д. | | |
| 24 | фельдшер | Ерман Ж.Ж. | | |
| 25 | фельдшер | Зекербеков Ж. | | |
| 26 | фельдшер | Жилектегов Р.Д. | | |
| 27 | врач | Мусылова Ж.Ж. | | |
| 28 | фельдшер | Суробайев Б.М. | | |
| 29 | ст. врач | Иманкулова А.М. | | |
| 30 | | | | |



Лист ознакомления

| № | Должность | Ф.И.О. | Дата | Подпись |
|----|-----------|-------------|------|---------|
| 1 | фр - р | Набиев А | | |
| 2 | фр - р | Чалибаев А | | |
| 3 | фр | Биргубаев Н | | |
| 4 | фр | Дроздов Р | | |
| 5 | фр | Маликов | | |
| 6 | фр | Исмаилов | | |
| 7 | фр - р | Гусев | | |
| 8 | фр - р | Азубаева | | |
| 9 | фр - р | Монгушев С | | |
| 10 | фр - р | Ерашова | | |
| 11 | фр | Рамазанова | | |
| 12 | фр - р | Иманова | | |
| 13 | фр - р | Иманова М | | |
| 14 | фр | Селезнев | | |
| 15 | врач | Кареева | | |



ГКП «Областная станция скорой и неотложной медицинской помощи» на ПХВ
Управление здравоохранения Актыбинской области

Лист ознакомления

2 смена

| № | Ф.И.О. | Должность | Дата | Подпись |
|----|------------------|-----------|------|---------|
| 1 | Маймардинова И | Ст. врач | | |
| 2 | Алиев А С | медсестра | | |
| 3 | Табмырзаев А.И | Дир. мед | | |
| 4 | Азиев А.С | Фронт | | |
| 5 | Алиев А.С | медсестра | | |
| 6 | Зайнак Н.А. | фельдшер | | |
| 7 | Карабашиев П.Б. | фельдшер | | |
| 8 | Магаданбаев С.И. | Фр | | |
| 9 | Криворуцкий И.В. | Фр | | |
| 10 | Самойлов А | Фр | | |
| 11 | Жигарев | Фр-р | | |
| 12 | Монир И | Фр-р | | |
| 13 | Монбургов Т | Фр-р | | |
| 14 | Сидоров А | Фр-р | | |
| 15 | Рифсимов В | Фр-р | | |
| 16 | Криворуцкий И.В. | Фр-р | | |
| 17 | Самангулов А | Фр-р | | |
| 18 | Маманов | Фр | | |
| 19 | Серсанов Д.И | Фр-р | | |
| 20 | Абатов | Фр | | |
| 21 | Тристангулов С.И | Фр-р | | |
| 22 | Аманов С.Б | Фр | | |
| 23 | Думбаев Д.И | Фр | | |
| 24 | Канатов А | Фр-р | | |
| 25 | Кушербаев Н.И | Фр-р | | |
| 26 | Мамыбаев С.С | Фр-р | | |
| 27 | Телеменов А.И | Фр-р | | |
| 28 | Зеленко А | Фр-р | | |
| 29 | Касасова С | Фр | | |
| 30 | | | | |
| 31 | | | | |



ГКП «Областная станция скорой и неотложной медицинской помощи» на ПХВ
Управление здравоохранения Актыбинской области

Лист ознакомления

| № | Ф.И.О. | Должность | Дата | Подпись |
|----|--------------------|---------------|------------|---------|
| 1 | Ишметов С.А. | зрм н.вр. | 05.01.2023 | |
| 2 | Таммогамбетов Р.И. | врач экстр. | 05.01.2023 | |
| 3 | Абдуллин А.З. | врач - экстр. | 05.01.23 | |
| 4 | Аманжолов А.А. | врач экстр. | 05.01.23 | |
| 5 | Аманжолов А.И. | врач экстр. | 05.01.23 | |
| 6 | Ворошилов Е.Н. | врач экстр. | 05.01.23 | |
| 7 | Муратов И.С. | зав.цено | 05.01.23 | |
| 8 | Сыдык К.С. | Ф-Р. | 05.01.23 | |
| 9 | Ильяс Н.Т. | Ф-Р. | 05.01.23 | |
| 10 | Султанов А. | Ф-Р. | 05.01.23 | |
| 11 | Айтеев А. | Ф-Р. | 05.01.23 | |
| 12 | Аманжолов А. | Ф-Р. | 05.01.23 | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |