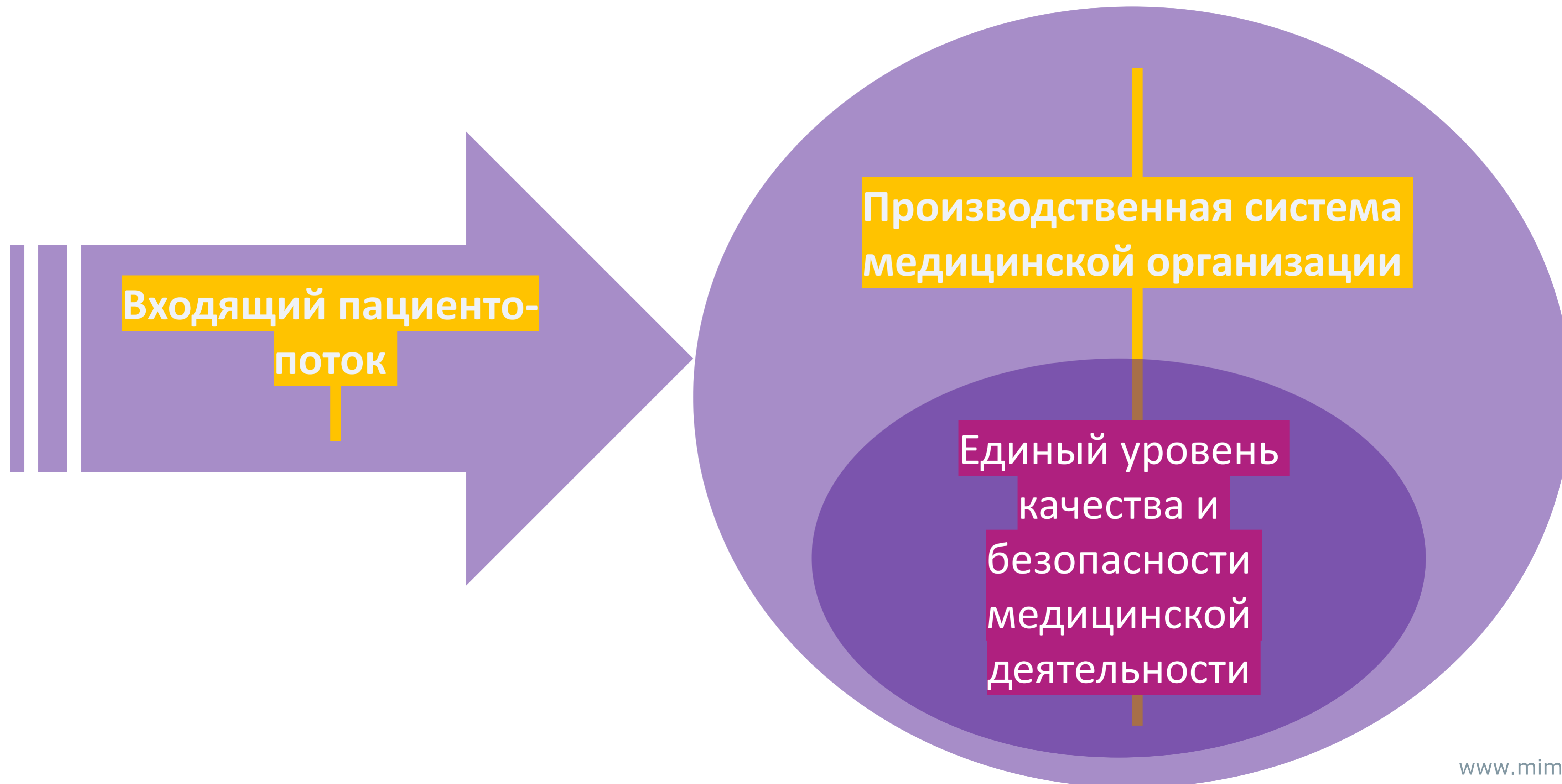


**MOSCOW  
INTERNATIONAL  
MEDICAL  
CLUSTER**

# **Сравнительный анализ стандартов качества и безопасности медицинской деятельности**

**И.И.Хайруллин  
Фонд ММК**

# Составляющие успеха системы здравоохранения



# Международные и национальные стандарты качества и безопасности медицинской деятельности



ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
«НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ КАЧЕСТВА»  
ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



## Joint Commission International

**Некоммерческая частная организация**

*Официальный сайт:*

<https://www.jointcommissioninternational.org/>

Штаб-квартира: Оук-Брук, Иллинойс (США)

Сертификация: **Международная добровольная**

Функции: **Аккредитация**, консультации, образование

Количество стран: 71

Количество аккредитованных учреждений: 1068 (на июнь 2019 г.)

В России:

1. ОАО «Медицина» г. Москва
2. ГАУЗ РТ «БСМП» г. Набережные Челны
3. Дентал Фентези г. Москва
4. Европейский Медицинский Центр EMC г. Москва

Аккредитуемые направления:

1. стационар
2. поликлиника
3. лаборатория
4. уход на дому
5. прочее



## Haute Autorité De Santé

### Независимый государственный научный орган Франции

Официальный сайт: <https://www.has-sante.fr>

Штаб-квартира: Сен-Дени (Франция)

Сертификация: **национальная обязательная**

Функции:

**Сертификация учреждений здравоохранения,**  
лицензирование, разработка клинических рекомендаций,  
руководств надлежащих практик; аккредитация медицинских  
работников, информирование населения о качестве медицинской  
помощи и пр.

### Количество сертифицированных организаций

На данный момент сертификацию прошли 2218 учреждений, среди которых:

- 39% (869) сертификация - уровень А
- 51% (1130) сертификация с рекомендациями по улучшению - уровень В
- 9% (192) сертификация с требованиями улучшений - уровень С
- 0,8% (18) приостановлена сертификация - уровень D
- 0,4% (9) не прошли сертификацию - уровень E

89 клиник группы Clinea:

V2014: уровень А – 60 клиник; уровень В – 20 клиник;

V2010: 9 клиник (ресертификация)

Аккредитуемые направления: стационар



#### CERTIFICATION DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

En septembre 2016, la Haute Autorité de Santé (HAS) a décidé de certifier la clinique les Trois Solliès en A selon la procédure V2014 et l'encouragement à poursuivre sa démarche de management de la qualité et des risques. Le prochain compte qualité sera transmis à la Haute Autorité de Santé 24 mois après le précédent.



La démarche de certification V2014, placée sous le contrôle de la HAS, s'impose à tous les établissements de santé (privés, PSPH et publics) tous les 6 ans. Elle a pour objectif de concourir à l'amélioration continue de la prise en charge des patients sur l'ensemble du territoire français.

La certification mesure, sur la base d'un **manuel de certification** (identique quel que soit le statut privé ou public de l'établissement), le **niveau de qualité** d'un établissement de santé en évaluant l'ensemble de son **fonctionnement et de ses pratiques** (engagement dans une démarche pérenne).

La procédure de certification est en **constante évolution** de façon à s'adapter aux exigences des patients en matière de qualité et de sécurité des soins. Ainsi, depuis le début de la mise en place de la certification des établissements, plusieurs manuels ont vu le jour : manuel version 1, manuel version 2 (2004), manuel version 2007 (version 2 bis), manuel version 2010 (révisé en 2011) et manuel version 2010 (révisé en 2014).

Cette **démarche volontaire**, véritable **travail de fond**, mobilise tout l'établissement au quotidien (métiers et services) et permet de créer une dynamique favorisant l'implication du personnel, la mise en place de méthodologies efficaces et le suivi des actions d'amélioration et de prévention des risques.

Cette logique de **travail pluridisciplinaire et interactif** est un gage supplémentaire de qualité pour le patient, qui est entouré d'un personnel directement impliqué **dans la prévention des risques, le respect des bonnes pratiques et des normes en vigueur**. Le détail des décisions prises par la Haute Autorité de Santé dans le cadre de la certification de la clinique Saint George est disponible sur le site Internet de la HAS ([www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)) :

**Certification V1** : visite en Juin 2003, certification avec 3 recommandations, prononcée en Juillet 2003.

**Certification V2** : visite en Janvier 2007, certification sans recommandation ni réserve, prononcée en Octobre 2007.

**Certification V2010** : visite en Janvier 2011, certification sans recommandation ni réserve, prononcée en Juin 2011.

**Certification V2014** : visite en Janvier 2015, certification en A (équivalent d'une certification « sans recommandation ni réserve ») en Janvier 2016.

Cette procédure de certification V2014 met notamment l'accent sur des axes tels que :

- Le patient traceur
- L'approche processus
- La gestion des risques

Afin de renforcer l'effet levier sur la qualité et la sécurité des soins ont été également introduits :

- Des **pratiques exigibles prioritaires** (PEP).
- Les **indicateurs nationaux généralisés** (Indicateurs IQSS et de lutte contre les infections nosocomiales).

La HAS considère ces PEP comme essentielles et incontournables avec un niveau d'exigence supérieur aux autres critères (la non satisfaction à l'un de ceux-ci peut entraîner un niveau de certification péjoratif pour l'établissement) et le résultat des indicateurs nationaux détermine le niveau de qualité atteint pour certaines références.

**AUSTRALIAN  
COMMISSION  
ON SAFETY AND  
QUALITY IN  
HEALTH CARE**

## **Australian Commission on Safety and Quality in Health Care**



**Государственное правительственное учреждение**

Официальный сайт: <https://www.safetyandquality.gov.au/>

Штаб-квартира: Сидней, Новый Южный Уэльс (Австралия)

Сертификация: **по требованию правительств штатов, территорий и стран Содружества / добровольная**

Функции:

осуществление мер, программ и инициатив, касающихся вопросов безопасности и качества здравоохранения: сбор и анализ информации; консультации министра здравоохранения; **разработка стандартов**, руководящих принципов, **схемы аккредитации**, показателей; информирование населения и пр.

Количество аккредитованных учреждений Австралии: 1312 организаций с 2013 года.

2017 – 2018: 308 государственных и 162 частных госпиталя, 207 организаций, оказывающих дневные процедуры.

Аккредитуемые направления:

1. Больницы и поликлиники
2. Стоматологические службы
3. Организации, оказывающие дневные процедуры
4. Неотложная и общественная медицинская помощь
5. Уход за детьми и прочее





## Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

**Общественная организация при Министерстве здравоохранения регионального правительства Андалусии**

Официальный сайт:

<https://www.sspa.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/>

Штаб-квартира: Севилья, Испания

Сертификация: **национальная и международная добровольная**

Функции:

**Аккредитация**, научная деятельность, разработка руководств надлежащих практик, информирование населения о качестве медицинской помощи, прочее.

Количество аккредитованных учреждений **Испании** (на июль 2019 г.):

693 центра и подразделений здравоохранения

5196 медицинских работников

67714 учебных мероприятий

20 сайтов

31 мобильных приложений для здоровья

**Португалия** (на июль 2019 г.):

144 центра и подразделения здравоохранения

111 центра в процессе прохождения аккредитации

Аккредитуемые направления:

1. центры и подразделения здравоохранения
2. медицинские работники
3. учебные мероприятия
4. сайты и мобильные приложения для здоровья



# Национальный институт качества (система добровольной сертификации «Качество и безопасность медицинской деятельности»)



ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
«НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ КАЧЕСТВА»  
ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Федеральное государственное бюджетное учреждение  
Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения

Официальный сайт:

<http://www.cmkee.ru/about/>

Штаб-квартира: Москва, Российская Федерация

Сертификация: **добровольной сертификации**

Функции:

экспертиза качества, эффективности и безопасности медицинских изделий для целей государственной регистрации и государственного контроля за обращением медицинских изделий; формирование и ведение номенклатурной классификации медицинских изделий по видам, информационно-аналитическая и экспертная поддержка мероприятий по осуществлению контроля качества и безопасности медицинской деятельности

Количество аккредитованных учреждений (на июль 2019 г.): 25 (13 стационаров и 12 поликлиник)

Аккредитуемые направления:

1. стационар
2. поликлиника
3. лабораторный комплекс





International Medical Cluster

## Международное общество по качеству в здравоохранении



ISQua - это международная некоммерческая организация, основанная на членстве, которая занимается улучшением качества медицинской помощи.

Более 30 лет ISQua работает над повышением качества и безопасности медицинского обслуживания во всем мире. ISQua стремимся достичь цели через образование, обмен знаниями, внешнюю оценку, поддержку систем здравоохранения во всем мире и объединение единомышленников.



70 стран



Ежегодные конференции

37-я Международная конференция ISQua  
**ФЛОРЕНЦИЯ (ИТАЛИЯ)**  
2020



Лидер по качеству и безопасности



Персонально-ориентированная помощь



Безопасность пациентов



Информационные технологии в здравоохранении



Системы внешней оценки

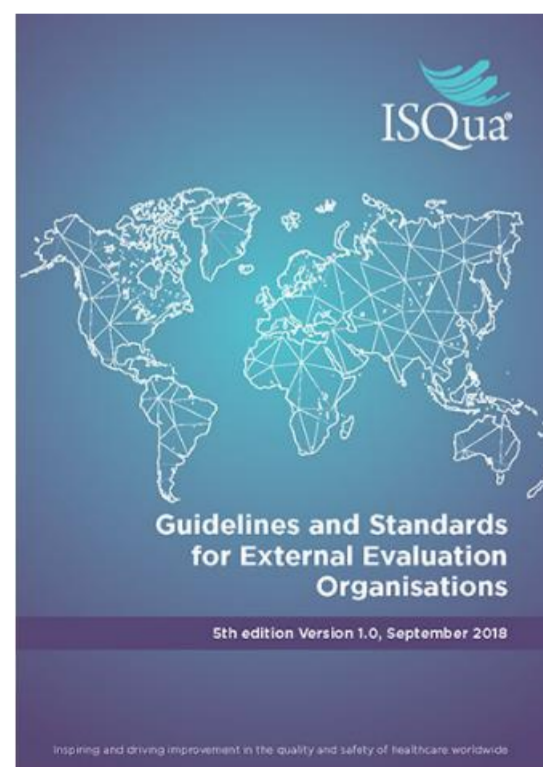


Качество и безопасность в странах с ограниченными ресурсами

### Международная ассоциация по внешней оценке качества в здравоохранении ISQua (IEEA)

Проводит внешнюю оценку организаций по аккредитации организаций здравоохранения и социального обеспечения и органов по разработке стандартов качества и безопасности медицинской деятельности во всем мире.

Учебные программы  
ISQua Fellowship Program



# Характеристика и сравнение стандартов. Взаимозаменяемость, покрытие, различия



## Стандарт PFE.2.1

Оценена способность пациента и его семьи к обучению, а также их готовность к этому.

### Намерения PFE.2.1

Идентифицированы знания и навыки, которыми владеют пациент и его семья, а также отсутствие необходимых навыков. Имеется множество разных навыков и умений, которым могут пожелать обучаться пациент и его семья (См. также PFR.1.1). Чтобы запланировать обучение, организация должна оценить:

- грамотность пациента и семьи, включая культуру здорового образа жизни, образовательный уровень и язык;
- эмоциональные барьеры и мотивационные факторы;
- физические и интеллектуальные ограничения.

### Измеримые элементы PFE.2.1

1. Проведена оценка убеждений и культурных ценностей пациента, и его семьи, включая культуру здорового образа жизни; грамотности, образовательного уровня и языка.
2. Проведена оценка эмоциональных барьеров и мотивации.
3. Проведена оценка физических и интеллектуальных ограничений.
4. Результаты оценки используют для планирования процесса обучения.

Руководство: Joint Commission International **Standards for Hospitals (6<sup>th</sup> Edition)**

Перечень *Стандартов*, которые необходимо выполнить. Каждый стандарт содержит *намерения*, обосновывающие стандарт и *измеримые элементы*, по которым оценивается выполнение стандарта.

Joint Commission International  
Accreditation Standards for

# Hospitals

Including Standards for Academic Medical Center Hospitals

6th Edition | Effective 1 July 2017



**Лечение пациентов:**

163 стандарта, ~ 670 измеримых элементов;

**Обеспечение безопасной, эффективной и хорошо управляемой организации:**

130 стандартов, ~ 533 измеримых элемента;

Медицинское профессиональное образование и программы исследований:

17 стандартов, ~ 160 измеримых элемента.

**Всего: 310 стандартов, ~ 1360 измеримых элементов.**



Стандарты, связанные с пациентами	Стандарты управления медицинской организацией	Стандарты больничных учебных медицинских центров
Международные цели по обеспечению безопасности пациентов (IPSG)	Повышение качества и безопасности лечения (QPS)	Профессиональное медицинское образование (МРЕ)
Доступность и преемственность лечения (ACC)	Профилактика и контроль распространения инфекций (PCI)	Программы исследований на людях (HRP)
Права пациентов и их семей (PFR)	Управление, Руководство и лидерство (GLD)	
Оценка состояния пациентов (AOP)	Управление объектами инфраструктуры и безопасность (FMS)	
Лечение пациентов (COP)	Квалификация персонала и образование (SQE)	
Анестезия и хирургия (ASC)	Управление информацией (MOI)	
Управление лекарственными препаратами и медикаментозное лечение (MMU)		

**Способы реализации стандартов JCI медицинская организация определяет самостоятельно, исходя из ресурсных возможностей.**

## Показатели качества и безопасности JCI

1. Измеримые элементы (~1360), напр.:

1.1 Показатели безопасности пациентов:

- Идентификация;
- Передача критических результатов;
- Условия хранения препаратов;
- Хирургическая безопасность;
- Гигиена рук;
- Профилактика падений.

2. Мониторинг нежелательных отклонений и почти ошибок;

3. Удовлетворенность;

4. Лечебная деятельность («дверь-баллон», «расхождение диагнозов», «частота ИСМП», «послеоперационная летальность» и т.д.)

5. Показатели по направлениям;

Международные медицинские показатели JCI (стационар):

- I-AMI Острый инфаркт миокарда;
- I-HF Сердечная недостаточность I степени;
- I-PN Пневмония;
- I-SCIP-Inf Улучшения хирургии;
- I-STK Инсульт;
- I-NSC Уход за пациентами и т.д.

2. Международные медицинские показатели JCI (стационар):

- I-NBIPS Услуги стационарной психиатрической помощи
- I-CAC Лечение детей с астмой
- I-VTE Венозная тромбоземболия
- I-PC Перинатальная помощь



**Joint Commission International's  
International Library of  
Measures**



# Характеристика и сравнение стандартов. Взаимозаменяемость, покрытие, различия

**ГЛАВА 2**

УПРАВЛЕНИЕ ПАЦИЕНТАМИ

Часть 3

Маршрутизация пациента

Ссылка 19

Особая забота

**Критерий 19.d | Госпитализация без согласия**

Французское законодательство требует согласия от пациента на медицинскую помощь, как необходимое условие для любого терапевтического лечения. Согласие на медицинскую помощь является правилом, принудительное лечение является исключением.

Однако в некоторых ситуациях требуется госпитализация без согласия. Закон № 90-527 от 27 июня 1990 года о правах и защите пациентов, госпитализированных из-за психических расстройств, измененный законом от 4 марта 2002 года, определяет область и методы применения.

Целью данного критерия является оценка условий ухода за пациентами в больнице, госпитализированных без согласия. В частности, следует напомнить, что пациент, госпитализированный без согласия, должен быть проинформирован при поступлении и после о своем правовом статусе, своих правах и состоянии здоровья.

**E1 | Планирование**

Информация о любом пациенте, госпитализированном без согласия, об условиях его госпитализации и возможностях апелляции организована.

Определены процедуры госпитализации без согласия.

**E2 | Обеспечение соблюдения**

Персонал осведомлен и подготовлен к госпитализации без согласия.

Процедуры госпитализации без согласия осуществляются.

Приверженность пациента к лечению поддерживается на протяжении всей госпитализации.

**E3 | Оценка и улучшения**

Условия госпитализации без согласия оцениваются и принимаются меры по улучшению.

CRU постоянно информируется обо всех нарушениях, которые произошли в течение всего процесса госпитализации без согласия до отмены меры, посещается департаментский комитет по психиатрической госпитализации.

➡ Область применения :

*Этот критерий применим только к медицинским учреждениям, уполномоченным принимать госпитализированных пациентов без их согласия.*

Руководство: Haute Autorité de Santé Manuel de certification des établissements de sante V2010

**Перечень Критериев, которые необходимо выполнить. Критерии выстроены с точки зрения цикла PDCA (планируй – делай – контролируй – анализируй) и представлены едиными циклами.**

Управление учреждением:

46 Критериев, 9 направлений, 3 критерия с установленными национальными показателями;

Управление пациентами:

39 Критериев, 19 направлений, 8 критериев с установленными национальными показателями.



**Всего: 85 Критериев, 11 критериев с национальными показателями (IQSS).**

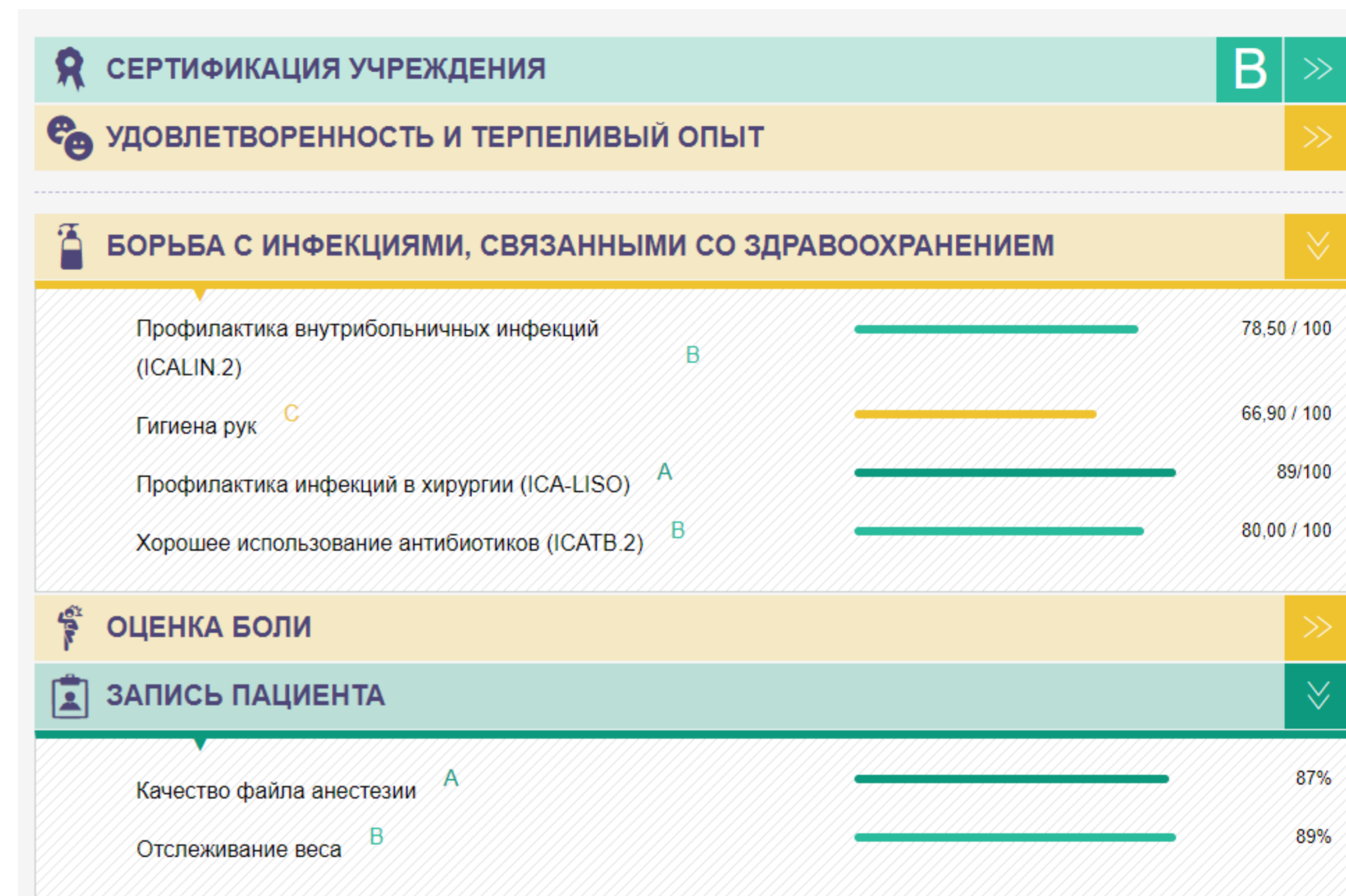
Управление учреждением	Управление пациентами	
Стратегия создания	Благосостояние и права	Особая забота
Организация и методы внутреннего контроля	Информация, участие и согласие пациента	Управление лекарствами
Управление персоналом	Управление болью	Схема лабораторных исследований
Управление финансовыми ресурсами	Конец жизни	Управление медицинскими визуальными исследованиями
Информационная система	Запись пациента	Терапевтическое образование для пациента и его окружения
Управление логистическими функциями и инфраструктурой	Идентификация пациента	Выписка пациента
Качество и безопасность окружающей среды	Прием больного	Уход в отделении неотложной помощи
Глобальная и скоординированная программа управления качеством и безопасностью ухода	Оценка состояния здоровья пациента и план индивидуального ухода	Работа интервенционных секторов деятельности
Управление жалобами и оценка удовлетворенности пользователей	Непрерывность и координация ухода	Последующие мероприятия по уходу и реабилитации Оценка профессиональных практик

## Показатели качества и безопасности национальной помощи IQSS (HAS)

1. Показатели качества и безопасности Национальной помощи (IQSS), по следующим группам:

- DPA Записи пациента;
- DAN Анестезиологическая запись;
- AVC Инсульт;
- DIA Хронический гемодиализ;
- IDM Инфаркт миокарда;
- OBE Предоперационное лечение ожирения;
- PP-NPP Профилактика и лечение послеродового кровотечения;
- e-Satis +48h MCO Удовлетворенность госпитализированных пациентов;
- IAS ex-TBIN Инфекции, связанные с уходом;
- ETE-ORTHO Тромбоэмболия после эндопротезирования.

2. Показатели по направлениям деятельности.



Показатели IQSS, утвержденные Министерством Здравоохранения Франции (10 групп) - обобщенные, каждая группа включает в себя ряд детальных показателей.

# Характеристика и сравнение стандартов. Взаимозаменяемость, покрытие, различия

Комплексная помощь в конце жизни

## Действие 5.15

У организации службы здравоохранения есть процессы для выявления пациентов, которые находятся в конце жизни, в соответствии с Заявлением о национальном консенсусе: *Основные элементы для безопасного и высококачественного ухода в конце жизни*

### Намерение/цель

Пациенты с потребностями в уходе в конце жизни идентифицируются как можно скорее, чтобы максимизировать возможности для принятия соответствующих решений по уходу.

### Ключевые задачи

- Используйте Заявление о национальном консенсусе: *необходимые элементы для безопасного и качественного ухода в конце жизни*, чтобы разработать систематический процесс выявления пациентов с потребностями ухода в конце жизни.

### Стратегии к улучшению

Заявление о национальном консенсусе: *Основные элементы для безопасного и высококачественной медицинской помощи в конце жизни* определяют предлагаемую практику для организаций здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в конце жизни в условиях неотложной медицинской помощи. Он описывает 10 основных элементов ухода.

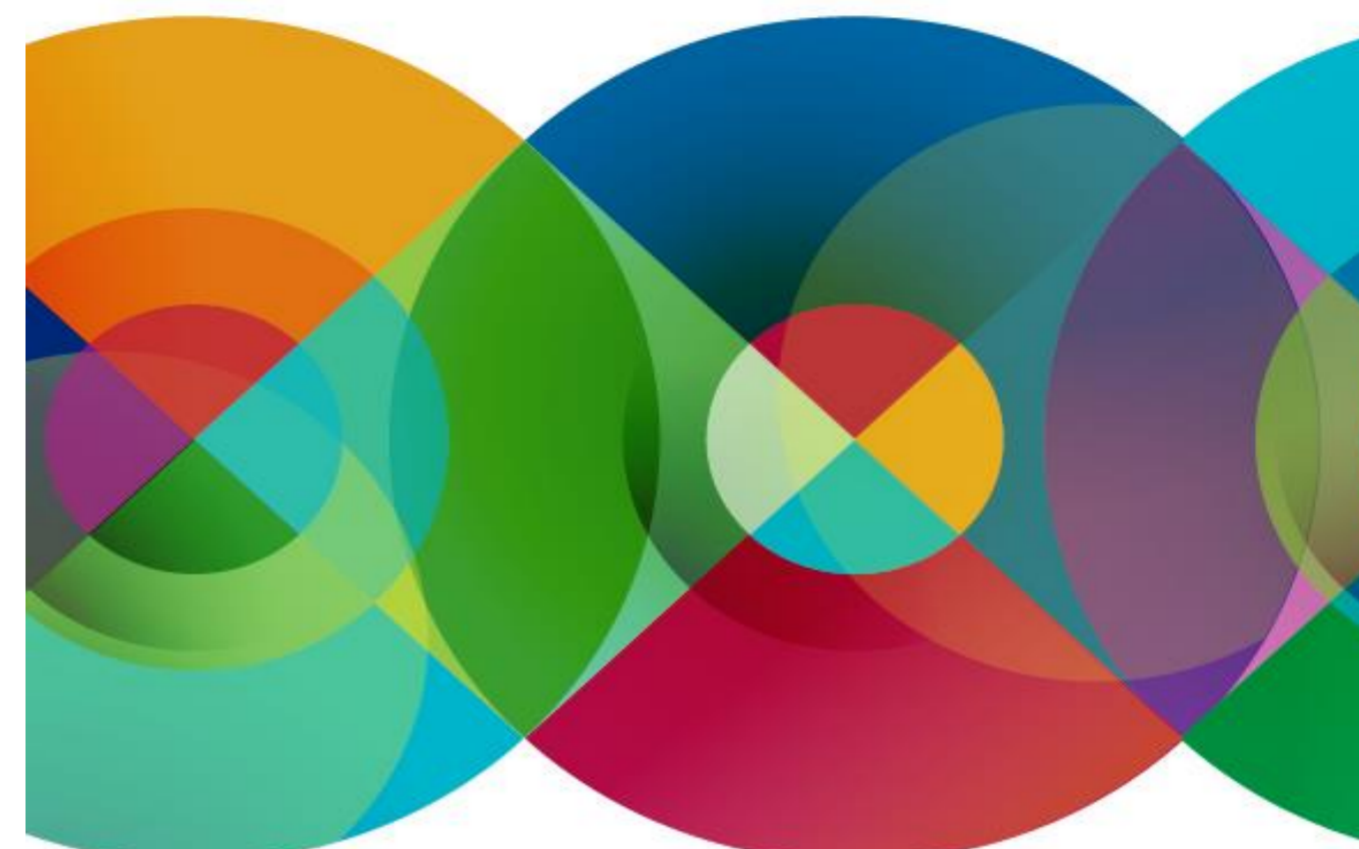
Четвертый элемент в заявлении о консенсусе предоставляет подробности о необходимости использования триггеров для распознавания пациентов в конце жизни. Учитывая вероятность смерти пациента, можно определить его потребности и предпочтения, пересмотреть цели и план комплексного ухода, а также подумать, как наилучшим образом согласовать уход с ценностями и пожеланиями пациента. Регулярное использование простых триггерных инструментов и вопросов может побудить клиницистов использовать свой клинический опыт для целостной оценки в необходимости пациенту ухода в конце жизни.

Разработка процессов, направленных на выявление пациентов в двух критических точках:

- Когда смерть вероятна в среднесрочной перспективе (то есть в течение следующих 12 месяцев), но эпизоды острого клинического ухудшения могут быть обратимыми
- Когда смерть вероятна в краткосрочной перспективе (то есть, в течение дней или недель или во время текущего приема), и клиническое ухудшение, вероятно, будет необратимым.

Работайте с клиницистами, чтобы установить процессы идентификации пациентов с потребностями в уходе в конце жизни в организации здравоохранения. Комбинация клинических суждений и основанных на исследованиях алгоритмов позволяет лучше идентифицировать пациентов в конце жизни. Консенсус включает действия по поддержке развития процессов.

На веб-сайте End-of-Life Essentials можно найти серию интерактивных учебных модулей, основанных на заявлении о консенсусе и предназначенных для врачей, работающих в больницах.



National Safety and Quality Health Service Standards

## Guide for Hospitals



Руководство: National Safety and Quality Health Service Standards. Guide for Hospitals (2 издание)

**Перечень действий описывающих способы обеспечения безопасности и качества медицинской помощи путем достижения определенных намерений/целей и выполнения ключевых задач.**



1. Клиническое управления: 33 Действия, 116 ключевых задач;
2. Партнерство с потребителями: 14 Действий, 32 ключевые задачи;
3. Предотвращение и контроль инфекций: 16 Действий, 64 ключевых задач;
4. Безопасность лекарств: 15 Действий, 31 ключевая задача;
5. Комплексный уход: 36 Действий, 87 ключевых задач;
6. Общение по стандарту безопасности: 11 Действий, 33 ключевых задачи;
7. Управление кровью: 10 Действий, 33 ключевых задачи;
8. Распознавание и реагирование на острое ухудшение: 13 Действий, 28 ключевых задач.

**Всего: 148 Действий, 424 ключевых задачи.**

Управление, лидерство и культура	Антимикробное управление	Коммуникация при клинической передаче
Системы качества и безопасности пациентов	Документирование информации о пациенте	Передача важной информации
Клиническая производительность и эффективность	Непрерывность управления лекарствами	Документирование информации
Клиническое управление и системы улучшения качества для поддержки партнерских отношений с потребителями	Процессы управления лекарственными средствами	Назначение и клиническое использование крови и препаратов крови
Партнерство с пациентами в собственном уходе	Предоставление комплексного ухода	Управление доступностью и безопасностью крови и препаратов крови
Медицинская грамотность	Клиническое управление и улучшение качества для поддержки комплексной помощи	Клиническое управление и улучшение качества для поддержки систем распознавания и реагирования
Партнерство с потребителями в организационном дизайне и управлении	Минимизация вреда для пациента	Обнаружение и распознавание острого ухудшения состояния и усиление ухода
Переработка медицинских изделий многоразового использования	Клиническое управление и улучшение качества для поддержки эффективного общения	Реакция на острое ухудшение
Система профилактики и контроля инфекций	Правильная идентификация и соответствие процедуры	

## Госпитальные показатели ACSQHC (Австралия)

1. CHBOI 1 – HSMR (стандартизированные в больнице коэффициенты смертности);
2. CHBOI 2 – Death in low-mortality DRGs (смерть в группах с низкой смертностью);
3. Condition specific in-hospital mortality (внутрибольничная смертность):
4. CHBOI 3a – острый инфаркт миокарда;
5. CHBOI 3b – инсульт;
6. CHBOI 3c – перелом шейки бедра;
7. CHBOI 3d – пневмония;
8. Hospital readmissions of patients (незапланированная / неожиданная повторная госпитализация):
9. CHBOI 4a – пациентов, выписанных после лечения острого инфаркта миокарда;
10. CHBOI 4b – пациентов, выписанных после операции по замене коленного сустава;
11. CHBOI 4c – пациентов, выписанных после операции по замене тазобедренного сустава
12. CHBOI 4d – пациентов, выписанных после проведения педиатрической тонзилэктомии и аденоидэктомии
13. HAC (госпитальные осложнения)
14. Sentinel events (дозорные события)
15. ANPEQS (опыт пациентов)
16. SAMM (индикаторы тяжелой острой материнской заболеваемости)

*Все показатели больницы представлены в «Основных показателях исходов в больницах» (CHBOI – The core hospital-based outcome indicators). Комиссией разработан инструментарий сбора и анализа данных показателей в программе CHBOI Toolkit 3.0.*

*Свои показатели так же разрабатывают аккредитующие агентства.*

Australian Commission on Safety and Quality in Health Care  
Core hospital-based outcome indicators

**AUSTRALIAN COMMISSION  
ON SAFETY AND QUALITY IN HEALTH CARE**

**National core, hospital-based  
outcome indicator specification  
2019**

**Version 3**

# Характеристика и сравнение стандартов. Взаимозаменяемость, покрытие, различия


## I. Человек, центр системы здравоохранения

### 1. Человек как активный субъект

#### Намерение критерия

Обдумайте перспективу человека, чтобы иметь возможность предоставлять услуги в соответствии с его потребностями, требованиями и ожиданиями. Внедрите стратегии, позволяющие пользователям и сотрудникам, обслуживающим пациентов, совместно принимать решения, уважая основные права человека и его достоинство.

Этот критерий включает такие аспекты, как информация о процессе ухода, неприкосновенность частной жизни и конфиденциальность.

Стандарт <b>ES 02 01.01_01</b>	Больничный центр обеспечивает соблюдение прав и обязанностей людей среди всех, кто участвует в оказании помощи.
Цель: Центр гарантирует соблюдение прав и обязанностей как обслуживаемых людей, так и обслуживающего персонала, способствуя реализации признанных прав и совместной ответственности за правильное использование ресурсов. Для этого используются наиболее подходящие каналы связи для информирования обслуживаемого населения и специалистов (письма о правах и обязанностях, брошюры, плакаты, обучение и т. д.).	
Измеримые элементы:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Центр представляет Хартию прав и обязанностей во всех сферах своей деятельности, а также использует другой доступный канал общения с гражданами (интернет, форумы, публикации и т.д.).</li> <li>2. Билль о правах и обязанностях адаптирован к характеристикам обслуживаемого населения.</li> <li>3. Сотрудники Центра распространяют информацию по обеспечению выполнения определенных прав и обязанностей.</li> </ol>



Manual de estándares

Centros Hospitalarios



Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía  
CONSEJERÍA DE SALUD



Руководство: Manual de estándares. Centros Hospitalarios

**Перечень Стандартов, которые необходимо выполнить. Каждый стандарт содержит измеримые элементы, по которым оценивается выполнение стандарта.**



1. Стандарт пациентоцентрированности: 37 стандартов, ~ 114 измеримых элементов;
2. Стандарт организации деятельности: 26 стандартов, ~ 81 измеримый элемент;
3. Стандарт профессиональной деятельности: 10 стандартов, ~ 26 измеримых элементов;
4. Стандарт поддерживающих процессов: 42 стандарта, ~ 149 измеримых элементов;
5. Стандарт непрерывного улучшения: 28 стандартов, ~ 82 измеримых элементов;

Итого: 144 Стандарта, 452 измеримых элемента

Человек, центр системы здравоохранения	Управление пациентами	
Человек как активный субъект	Управление процессами ухода	Профессиональный стандарт
Доступность и непрерывность ухода	Укрепление здоровьем и качество жизни	Структура, оборудование и поставщики
Клиническая документация	Управление и стратегическое планирование	Системы и технологии информации и связи
	Больничный центр определяет комплексную программу лечения боли	Инструменты качества и безопасности
	Управление и стратегическое планирование	Результаты работы госпитального центра

# Характеристика и сравнение стандартов. Взаимозаменяемость, покрытие, различия



№	Группы показателей	Показатели	№	Порядок оценки показателей	Да	Нет
1.1	Система управления персоналом	Наличие приказов главного врача по вопросам управления персоналом		Проверить наличие приказов главного врача по вопросам:		
			1.1.1	Организация системы обучения персонала		
			1.1.2	Организация системы обучения руководителей структурных подразделений, заместителей руководителей		
			1.1.3	План по формированию и развитию кадрового потенциала МО/кадрового резерва руководителей подразделений		
			1.1.4	Социально-психологическое управление персоналом, включая программы адаптации новых сотрудников, молодых специалистов, мотивации и т.д.		
			1.1.5	Организация системы оценки персонала		
			Регулярный аудит управления персоналом	1.1.6	Проверить наличие отчетов о результатах аудитов/регулярность проведения (не реже 1 раза в полгода)	
		1.1.7	Проверить наличие планов по устранению недостатков с указанием ответственных и сроков			
1.2*	Соответствие укомплектованности рекомендованным штатным нормативам	Соответствие штатов рекомендованным штатным нормативам по подразделениям: <ul style="list-style-type: none"> <li>• укомплектованность по подразделениям</li> <li>• по категориям работников</li> <li>• коэффициент замещения (внештатных и штатных сотрудников)</li> </ul>		Сотрудникам отдела кадров подготовить в табличном варианте сведения в соответствии с запрашиваемыми характеристиками, оценить соответствие штатов рекомендованным в зависимости от профиля МО		

ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центр мониторинга и клинико-экономической экспертизы» Росздравнадзора

**ПРЕДЛОЖЕНИЯ (ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ)  
ПО ОРГАНИЗАЦИИ  
ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ  
МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ  
В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ (СТАЦИОНАРЕ)**

Москва, 2015

Руководство: Практические рекомендации по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в стационаре

**Перечень Чек-листов по внутреннему контролю различных сфер деятельности медицинской организации.**



**В руководстве представлено (стационар):**

11 разделов;  
125 групп показателей;  
659 показателей.

<b>Основные разделы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (стационаре)</b>		
Управление персоналом. Медицинские кадры. Компетентность и компетенции	Контроль качества и безопасности обращения медицинских изделий	Профилактика рисков, связанных с переливанием донорской крови и ее компонентов, препаратов из донорской крови
Идентификация личности пациента	Организация экстренной и неотложной помощи в стационаре. Организация работы приемного отделения.	Безопасность среды в медицинской организации. Организация ухода за пациентами. Профилактика пролежней. Профилактика падений.
Эпидемиологическая безопасность (профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи)	Преемственность медицинской помощи. Передача клинической ответственности за пациента. Организация перевода пациентов в рамках одной МО и трансфер в другие МО	Организация оказания медицинской помощи на основании данных доказательной медицины. Соответствие клиническим рекомендациям (протоколам лечения)
Лекарственная безопасность. Фармаконадзор.	Хирургическая безопасность. Профилактика рисков, связанных с оперативными вмешательствами.	

Способы реализации требований медицинская организация определяет самостоятельно, исходя из ресурсных возможностей.

## Этапы, сроки, стоимость



• Ознакомление со стандартами аккредитации JCI

• Анализ пробелов и составление плана действий

• Обновление политик и процедур

• Проведение целевых улучшений

• Работа с персоналом для преодоления сопротивления и препятствия

• Готовность к средней точке

• Обучение для дальнейших улучшений

• Оценка и уточнение процессов

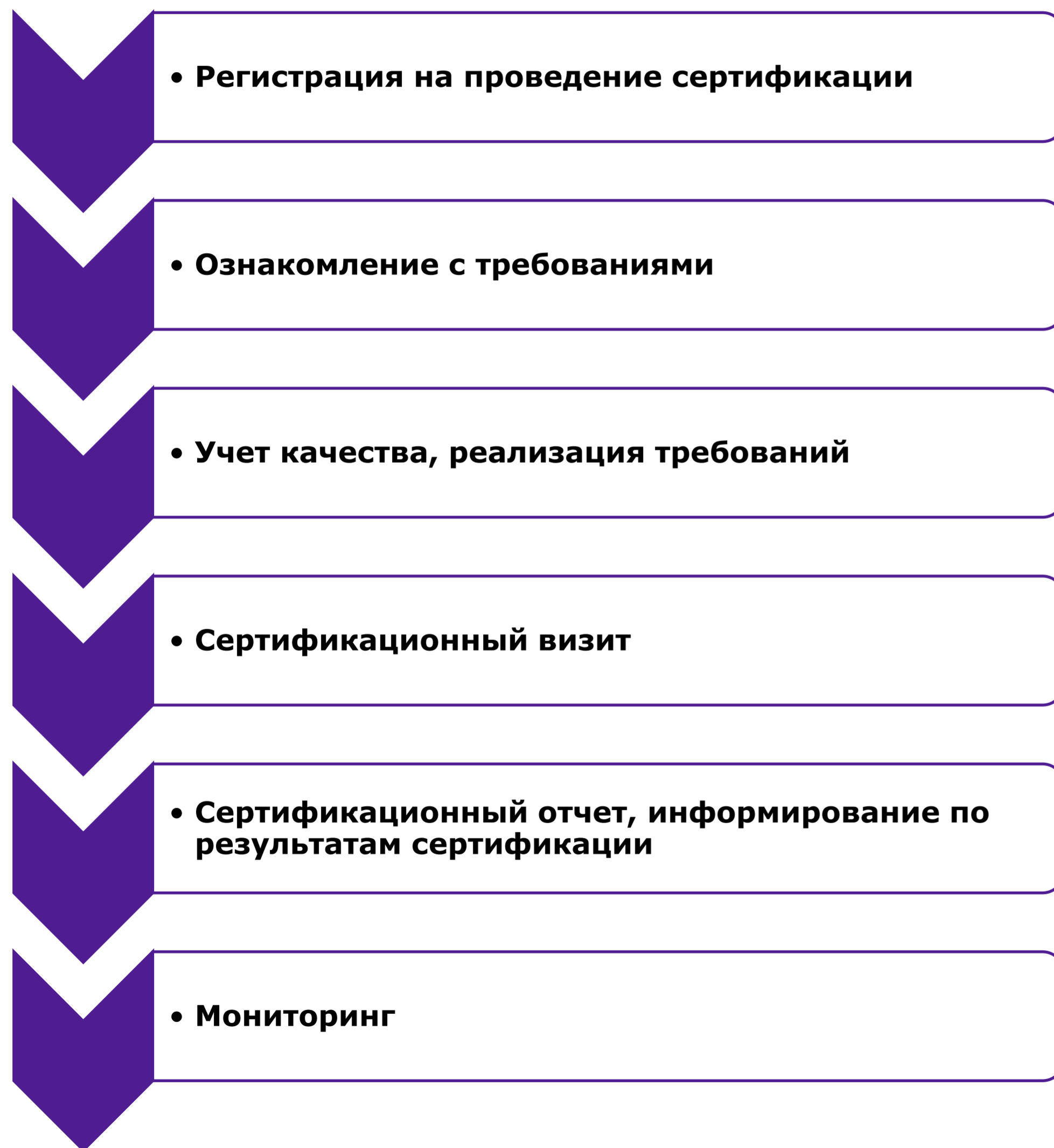
• Пробное исследование для определения готовности к аккредитации

• Провести окончательные изменения

**Сроки прохождения аккредитации от момента заявки:** 24 – 36 месяцев

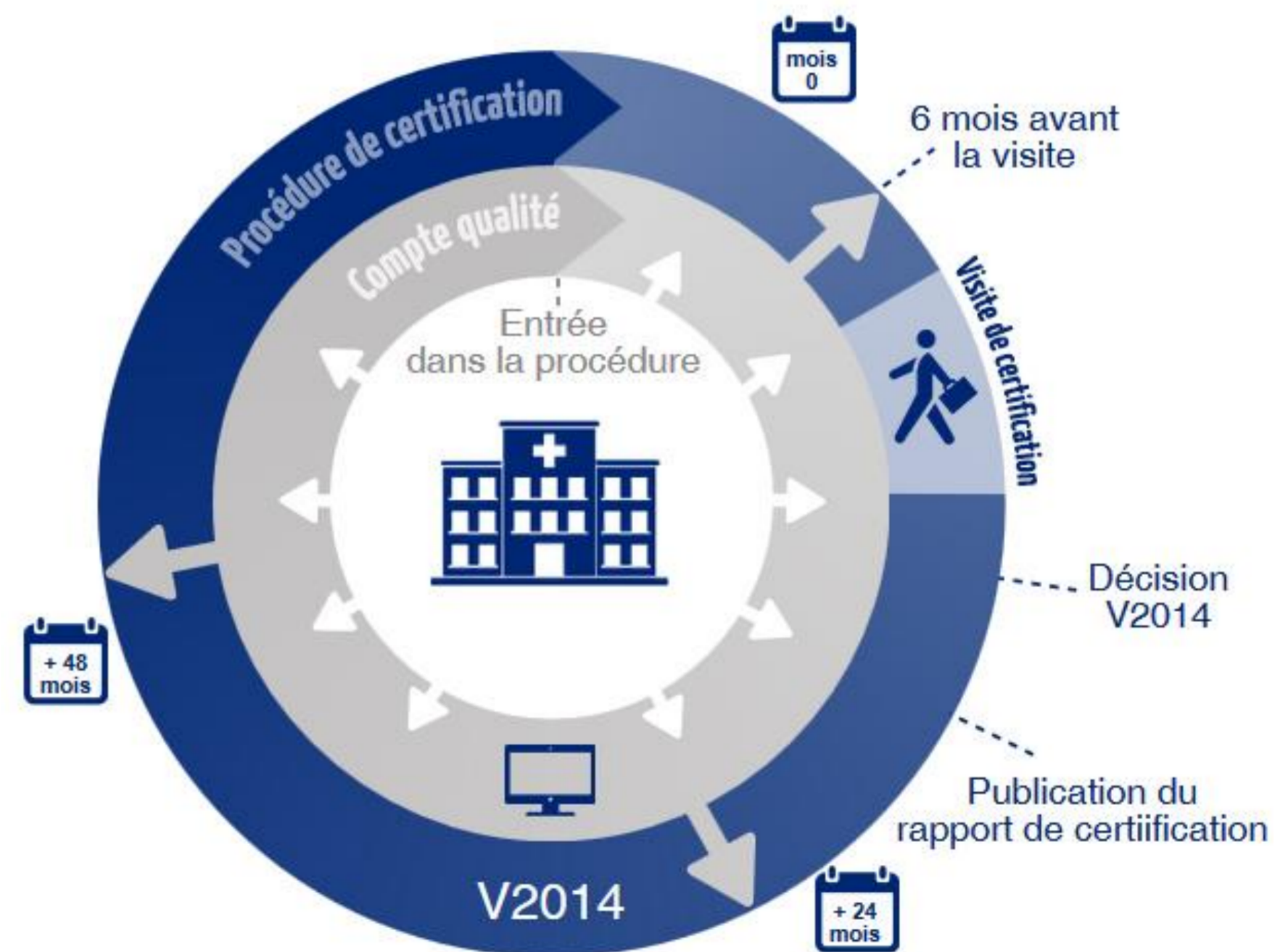
**Стоимость:** от ~ 11.000\$ (зависит от объемов и специализации медицинской организации)

## Этапы, сроки, стоимость



**Сроки прохождения сертификации:** от 12 месяцев

**Стоимость:** нет данных





## Этапы, сроки, стоимость



AUSTRALIAN  
COMMISSION  
ON SAFETY AND  
QUALITY IN  
HEALTH CARE

**Сроки прохождения аккредитации от момента заявки:** от 12 месяцев

**Стоимость:** определяется аккредитующим агентством



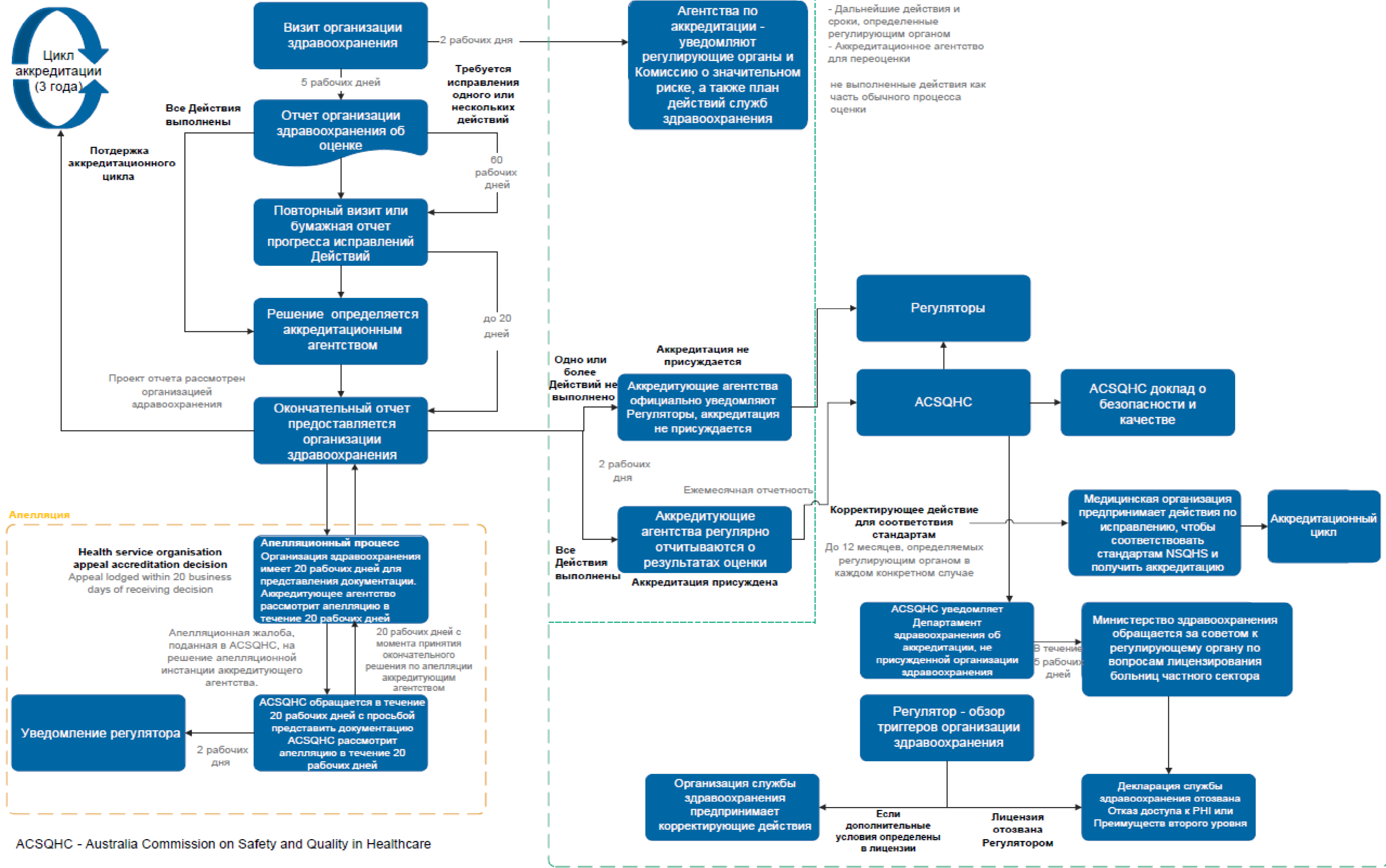
Australia



аккредитующие агентства

# International Medical Cluster

## Блок-схема аккредитации по стандартам NSQHS



## Этапы, сроки, стоимость

### • Фаза 1: Начало

- Заявка
- Назначение ответственных лиц
- Презентация

### • Фаза 2: Самооценка

- Реализация (выполнение) требований Руководства по стандартам
- Предоставление положительных доказательств и определение областей для улучшения
- Разработка внутреннего плана прохождения сертификации

### • Фаза 3: Оценка

- Ознакомительный визит специалистов (экспертов) ASCO
- Доклад об оценке

### • Фаза 4: Последующая деятельность

- Сертификация
- Последующая самооценка



**Сроки прохождения аккредитации от момента заявки:** от 12 месяцев

### **Стоимость:**

- Больницы (со стационаром) 3.000 €
- Больничные центры (без стационара) 1 200 €
- Центры гемодиализа 1.200 €
- Общественные аптеки 950 €
- Клинические лаборатории 1.200 €
- Диагностические центры 1.200 €
- Центры непрерывного образования 1.200 €
- Центры переливания крови 1.200 €
- Медицинские учреждения ортопедии 950 €
- Центры диетологии 1200 €
- Стоматологические центры 950 €
- Центры раннего ухода за детьми 950 €
- Неотложная помощь 1.200 €
- Дневной стационар 1.200 €
- Информационные и консультационные услуги 950 €
- Социальные услуги в обществе 950 €

## Методология сравнения и GAP - анализа

### GAP – анализа – оценка соответствия заданному критерию.



Цель 1. Правильно идентифицировать пациентов.

IPSG.1 Медицинская организация разрабатывает и внедряет процессы улучшения точности идентификации пациентов.

AUSTRALIAN  
COMMISSION  
ON SAFETY AND  
QUALITY IN  
HEALTH CARE

Действие 6.5

Организация здравоохранения:

а. Определяет утвержденные идентификаторы для пациентов в соответствии с рекомендациями передовой практики

б. Требуется как минимум три утвержденных идентификатора при регистрации и допуске; когда предоставляются:

- уход
  - медикаменты
  - терапия и другие услуги
- и когда документируется клиническая передача, передача или выписка.

high  
level

Полное соответствие: Требование стандарта JCI полностью соответствует требованиям действия (стандарта) NSQHS.

*Комментарий:*

Требования написаны по разному, но по сути об одном и том же.

## Методология сравнения и GAP - анализа

### GAP – анализа – оценка соответствия заданному критерию.



#### СТАНДАРТ IPSEG.4

Медицинская организация разрабатывает и внедряет процессы предоперационной верификации и маркировки места проведения операции/любой инвазивной процедуры.

#### СТАНДАРТ IPSEG.4.1

Медицинская организация разрабатывает и внедряет процессы тайм-аута, выполняемые непосредственно перед операцией/инвазивной процедурой и процедуры завершения (учета) сразу после окончания процедуры

#### Конкретные стандарты по предоперационным требованиям

average level	Частичное соответствие: действие (стандарт) NSQHS более обширное и содержит требования стандарта JCI.
---------------	---

*Т.е. данное действие применимо и в других областях, в отличие от стандарта JCI (только хирургия).*



#### Действие 6.6

Организация здравоохранения определяет:

а. Процессы, позволяющие правильно сопоставить пациентов с необходимой данным пациентам медицинской помощью;

б. Информация, которая должна быть задокументирована по процессу соответствия пациентов с необходимой данным пациентам помощью.

**Стандарт обширный: относится ко многим областям медицинской помощи: хирургия, радиология, лучевая терапия и т.д.**

*Комментарий:*

**Но!** В разделе «Стратегии для улучшения» Действия 6.6 отмечается: ...отметьте место проведения процедуры:

- проверить личность пациента;
- проверить детали выполняемой процедуры, в том числе место проведения процедуры;
- провести тайм-аут или аналогичную паузу со всеми членами команды для окончательной проверки перед началом процедуры.
- подтвердите документацию, образцы и иную информацию и материалы после завершения процедуры...

## Методология сравнения и GAP - анализа

### GAP – анализа – оценка соответствия заданному критерию.



#### Стандарт MMU.1

Использование медикаментов в больнице организуется для удовлетворения потребностей пациентов, соответствует применимым нормативно-законодательным требованиям и находится под руководством и контролем лицензированного фармацевта или другого квалифицированного специалиста.



Референс 20 Управление лекарствами  
Критерий 20.a Управление медикаментозным лечением пациента.

Р: медицинское учреждение formalizovalo политику улучшения качества лечения пациентов, консультируясь с соответствующими специалистами.

Определен проект компьютеризации комплексного управления лекарствами, интегрированный в информационную систему больницы.

Инструменты поддержки предписаний (на основе справочных данных) и администрирования, обновленные и проверенные, доступны для персонала.

D: -

CA: -

**Конкретные, понятные и логичные требования стандарта.**

*Комментарий:*

В критерии 20.a «напрямую» не предъявляются те же требования, что и в стандарте MMU.1. Но это не значит, что данные требования не нужно исполнять.

- Формально: данные требования отсутствуют в руководстве HAS.
- Фактически: данные требования должны исполняться.
- Анализ: предположение реализации данных требований в «политике улучшения качества лечения пациентов»

**Стандарт обширный: предъявляет обширные требования к системе управления медикаментозным лечением в целом (совместно с Критерием 20.a bis).**

**LOW  
LEVEL**

Требования стандарта JCI не включены, но могут быть реализованы в подобных критериях (HAS).

## Методология сравнения и GAP - анализа

### GAP – анализа – оценка соответствия заданному критерию.



#### Проведение научных медицинских исследований

- Стандарт GLD.15
- Стандарт GLD.16
- Стандарт GLD.17
- Стандарт GLD.18
- Стандарт GLD.19

AUSTRALIAN  
COMMISSION  
ON SAFETY AND  
QUALITY IN  
HEALTH CARE

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

В ходе анализа требования стандартов JCI по проведению научных медицинских исследований не были обнаружены ни в действиях NSQHS, ни в критериях HAS.

В руководствах Австралии и Франции отсутствуют разделы по медицинским исследованиям, что не позволяет отнести требования к Low level.

#### Комментарий:

Требования JCI не реализуются. |

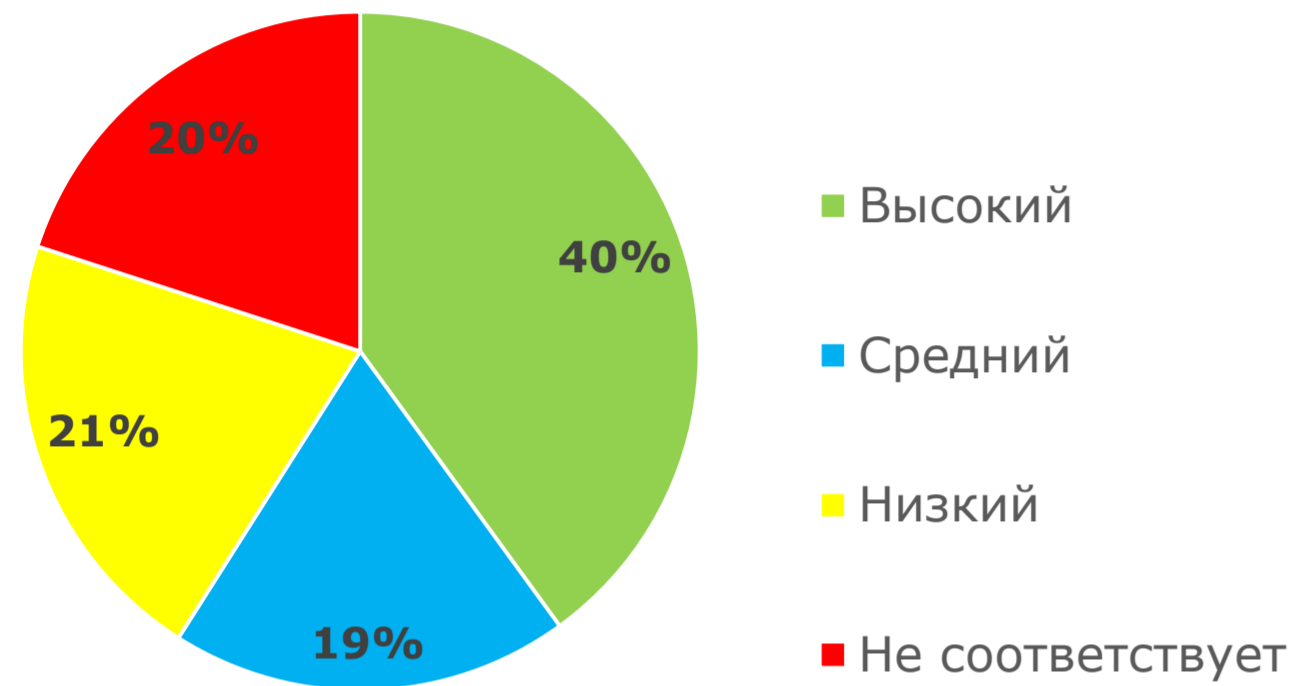
missing

Требования стандартов JCI не найдены в действиях NSQHS и критериях HAS.

# Уровень соответствия стандартов JCI и HAS

International Medical Cluster

Уровень соответствия



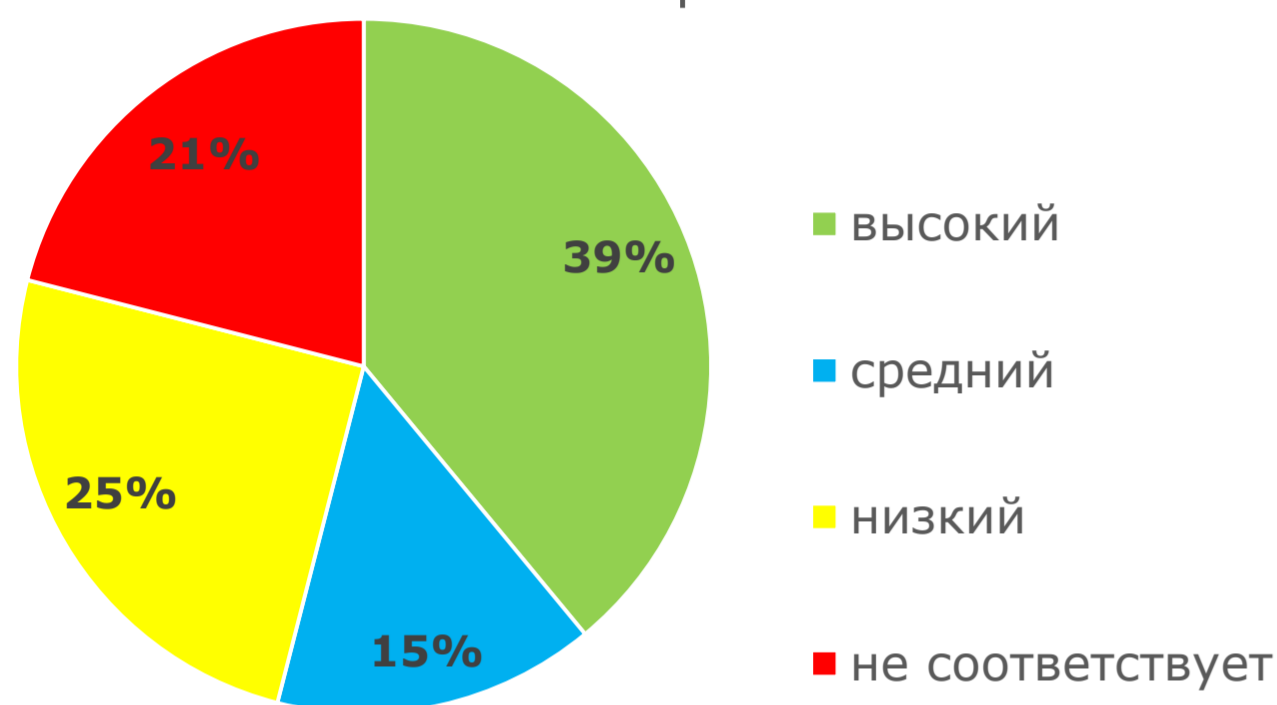
Значение цветов	
<span style="color: green;">■</span>	Полное соответствие: критерий (HAS) и стандарт (JCI) содержат одни и те же требования.
<span style="color: blue;">■</span>	Частичное соответствие: критерий (HAS) более обширный, содержит требования стандарта (JCI).
<span style="color: yellow;">■</span>	Требования стандарта (JCI) не включены, но могут быть реализованы в подобных критериях (HAS).
<span style="color: red;">■</span>	Требования стандартов (JCI) не найдены в критериях (HAS).

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Правильная идентификация пациента</li> <li>2. Повысить безопасность обращения сильнодействующих лекарств</li> <li>3. Обеспечить безопасную хирургию</li> <li>4. Непрерывность ухода</li> <li>5. Выписка, направление и последующее наблюдение</li> <li>6. Транспортировка</li> <li>7. Общее согласие</li> <li>8. Информированное согласие</li> <li>9. Лабораторные услуги</li> <li>10. Уход за пациентами с высоким риском и предоставление услуг с высоким риском</li> <li>11. Распознавание изменений в состоянии пациента</li> <li>12. Питание и диетотерапия</li> <li>13. Реанимационные услуги</li> <li>14. Контроль над болью</li> <li>15. Уход в конце жизни</li> <li>16. Обучение пациентов и семьи</li> <li>17. Улучшение качества и безопасности пациентов</li> <li>18. Цели программы инфекционного контроля</li> <li>19. Организационная и клиническая этика</li> <li>20. Медицинское оборудование</li> <li>21. Коммунальные системы</li> <li>22. Управление документами</li> <li>23. Медицинская запись</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. • Скрининг при поступлении в больницу</li> <li>2. • Выбор и приобретение</li> <li>3. • Выписка препарата</li> <li>4. • Изготовление и дозирование препарата</li> <li>5. • Мониторинг</li> <li>6. • Услуги питания</li> <li>7. • Улучшение качества и программа обучения</li> <li>8. • Управление больницей</li> <li>9. • Главный исполнительный директор</li> <li>10. • Больница. Лидерство по качеству и безопасности пациентов</li> <li>11. • Больница Лидерство для принятия решений о ресурсах</li> <li>12. • Направление больничных отделений и служб</li> </ol>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Передача пациентов</li> <li>2. Оценка пациентов</li> <li>3. Больницы, предоставляющие услуги по пересадке органов и / или тканей</li> <li>4. Программы трансплантации с использованием живых донорских органов</li> <li>5. Хирургическая помощь</li> <li>6. Место хранения</li> <li>7. Администрация</li> <li>8. Ресурсы</li> <li>9. Планирование</li> <li>10. Управление информацией</li> </ol>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Уменьшить риск нанесения вреда пациенту в результате падений</li> <li>2. Организация и управление</li> <li>3. Седация, Анестезия</li> <li>4. Больница. Лидерство по контрактам</li> <li>5. Исследования на людях</li> <li>6. Опасные материалы</li> <li>7. Готовность к стихийным бедствиям</li> <li>8. Пожарная безопасность</li> <li>9. Определение членства медицинского персонала</li> <li>10. Назначение клинических привилегий медицинского персонала</li> <li>11. Повторное назначение медицинского персонала и продление клинических привилегий.</li> <li>12. Средний медицинский персонал</li> <li>13. Другие практики здравоохранения</li> <li>14. Информационные технологии в здравоохранении;</li> <li>15. Медицинское профессиональное образование;</li> <li>16. Программы исследования человека.</li> </ol>



# Уровень соответствия стандартов JCI и NSQHS

Уровень соответствия JCI



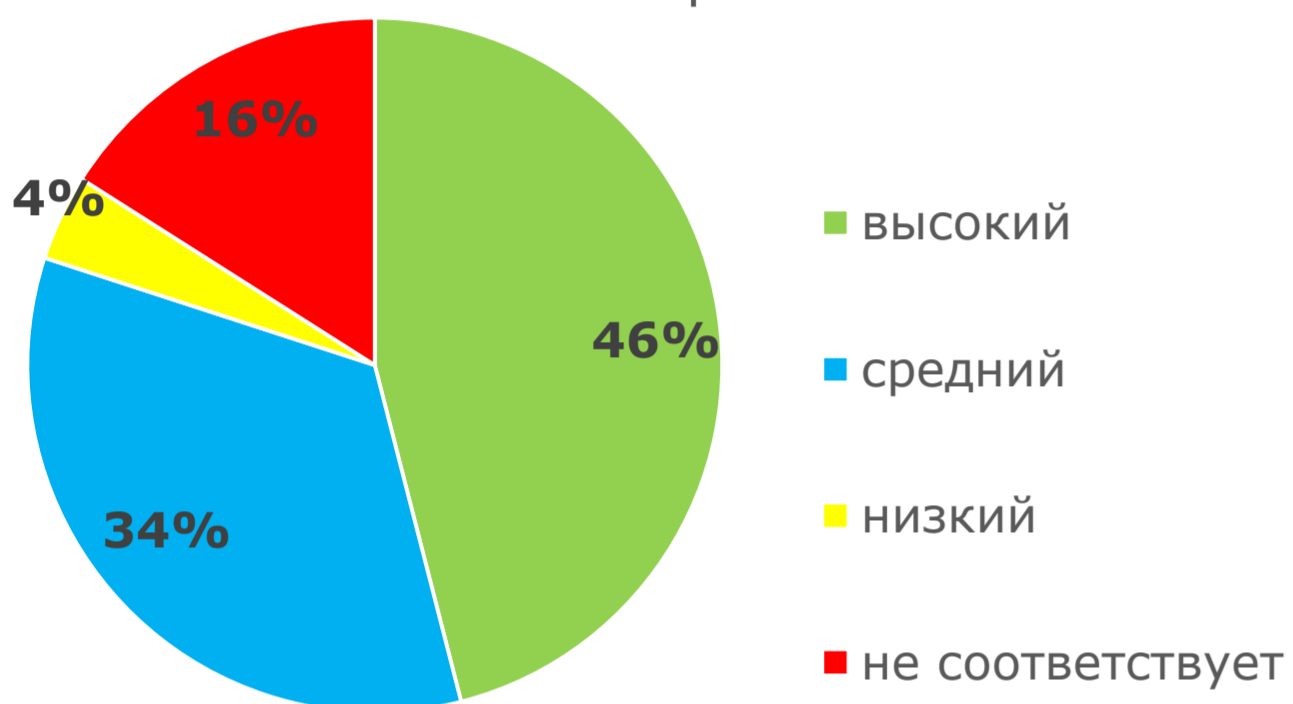
Значение цветов	
<span style="color: green;">■</span>	Полное соответствие: действие (NSQHS) и стандарта (JCI) содержат одни и те же требования.
<span style="color: blue;">■</span>	Частичное соответствие: действие (NSQHS) более обширное, содержит требования стандарта (JCI).
<span style="color: yellow;">■</span>	Требования стандарта (JCI) не включены, но могут быть реализованы в подобных действиях (NSQHS).
<span style="color: red;">■</span>	Требования стандартов (JCI) не найдены в действиях (NSQHS).

1. Идентификация пациентов
2. Эффективность коммуникаций
3. Безопасность обращения лекарственных средств
4. Риск ассоциированных с медицинской помощью инфекций
5. Риск повреждений при падении
6. Поступление в клинику
7. Непрерывность лечения
8. Выписка пациента
9. Права пациентов и их семей
10. Общее информированное согласие
11. Оказание помощи всем пациентам
12. Группы высокого риска
13. Распознавание состояния пациентов
14. Уход за умирающими пациентами
15. Организация медикаментозной помощи
16. Выбор медикаментов и поставка
17. Хранение, выписка препаратов
18. Мониторинг медикаментозного лечения
19. Выбор показателей измерения и сбор данных, анализ и валидация
20. Достижение и поддержание улучшений
21. Медицинская запись
22. Профилактика и контроль инфекций
23. Управление, высшее руководство / на уровне больницы
24. Безопасность и охрана
25. Квалификация персонала: планирование
26. Статус персонала, права на медицинскую практику, клинические полномочия

1. Безопасная хирургия
  2. Оценка состояния пациентов
  3. Лабораторные службы
  4. Службы радиологии и лучевой диагностики
  5. Управление медикаментозным лечением
  6. Управление качеством и безопасностью пациентов
  7. Управление опасными материалами, готовность к стихийным бедствиям, безопасность и охрана
  8. Квалификация персонала: планирование
1. Перевод в другую организацию
  2. Оценка состояния пациентов
  3. Седация, анестезия, хирургия
  4. Приготовление и доставка лекарственных средств
  5. Обучение пациентов и их семей (PFE)
  6. Распространение инфекций
  7. Руководство на уровне больницы по контракту
  8. Организационная и клиническая этика
  9. Пожарная безопасность, системы инженерного обеспечения
  10. Обучение персонала: управление объектами и безопасность
  11. Квалификация персонала: планирование
  12. Управление и внедрение документов
1. Транспортировка
  2. Донорство и трансплантация органов и тканей
  3. Лабораторные службы, банк крови и/или переливание крови
  4. Службы радиологии и лучевой диагностики
  5. Проведение научных медицинских исследований
  6. Повторное назначение персонала и возобновление клинических полномочий, сестринский персонал
  7. Управление информацией
  8. Профессиональное медицинское образование
  9. Программы исследований на людях

# Уровень соответствия стандартов JCI и ACSA

Уровень соответствия JCI



Значение цветов	
<span style="color: green;">■</span>	Полное соответствие: стандарт (ACSA) и стандарт (JCI) содержат одни и те же требования.
<span style="color: blue;">■</span>	Частичное соответствие: стандарт (ACSA) более обширный, содержит требования стандарта (JCI).
<span style="color: yellow;">■</span>	Требования стандарта (JCI) не включены, но могут быть реализованы в подобных стандартах (ACSA).
<span style="color: red;">■</span>	Требования стандартов (JCI) не найдены в стандартах (ACSA).

1. Медицинская запись
2. Идентификация пациентов
3. Информационные технологии в здравоохранении
4. Управление информацией, эффективность коммуникаций.
5. Управление объектами инфраструктуры и безопасность
6. Профессиональное образование
7. Организационная и клиническая этика
8. Ответственность медицинского персонала
9. Лидерство на уровне больницы
10. Программы контроля инфекций
11. Достижение и поддержание улучшений
12. Управление качеством и безопасностью пациента
13. Выбор показателей измерения и сбор данных
14. Анализ и валидация результатов измерений
15. Управление качеством и безопасностью пациента
16. Выбор показателей измерения и сбор данных
17. Обучение пациентов и их семей
18. Управление медикаментами
19. Выписывание и переписывание рецептов
20. Организация процесса медикаментозной терапии
21. Анестезия и хирургия
22. Программы трансплантации с использованием органов от живых доноров
23. Уход за умирающими пациентами
24. Обезболивание
25. Питание и диетотерапия
26. Реанимационная помощь
27. Распознавание изменений состояния пациента
28. Лечение пациентов группы высокого риска и оказание медицинской помощи, связанной с высоким риском.
29. Банк крови и/или переливание крови
30. Лабораторные службы
31. Донорство органов и тканей
32. Общее информированное согласие
33. Права пациентов и их семей
34. Перевод пациентов
35. Непрерывность (преемственность) лечения

1. Управление и внедрение документов
  2. Статуса медицинского персонала
  3. Проведение научных медицинских исследований
  4. Управление департаментами и службами
  5. Руководство больницы в принятии решений о ресурсах
  6. Руководство на уровне больницы и ответственность для повышения качества и безопасности пациентов
  7. Улучшение качества и программы обучения
  8. Инфекции связанные с утилизацией медицинских отходов, с медицинским оборудованием, приборами и материалами
  9. Использование внутреннего процесса для валидации данных.
  10. Анализ неблагоприятной динамики и отклонений
  11. Мониторинг действия медикаментов на пациентов.
  12. Приготовление и доставка медикаментов и т.д.
1. Мониторинг и оценка сотрудников медицинского персонала
  2. Высшее исполнительное руководство
  3. Ответственность на профилактику и лечение инфекций
  4. Ресурсы для поддержки программ профилактики инфекций
  5. Идентификации и управление дозорными событиями
  6. Трансплантология
  7. Транспортировка
1. Программы исследований на людях
  2. Профессиональное медицинское образование
  3. Сестринский персонал
  4. Повторное назначение медицинского персонала и возобновление клинических полномочий (привилегий)
  5. Наделение медицинского персонала правами на медицинскую практику в лечебном учреждении
  6. Руководство (Лидерство) на уровне больницы по контракту
  7. Конструкционные риски
  8. Идентификация и анализ «почти-ошибок» (near-miss)
  9. Защиты имущества пациентов
  10. Информирование о задержках
  11. Обеспечить безопасную хирургию
  12. Обучение сотрудников (реанимационная помощь)
  13. Вакцинация персонала

## Уровень соответствия стандартов JCI и требований Росздравнадзора

Идентификация пациента  
Лекарственная безопасность  
Эффективность коммуникаций  
Хирургическая безопасность  
Инфекционная безопасность  
Профилактика падений  
Поступление в медицинскую организацию, перевод  
Непрерывность лечения  
Выписка, направление и последующее наблюдение  
Организация, управление и мониторинг медикаментозной терапии  
Права пациентов и их семей  
Общее информированное согласие  
Лечение пациентов группы высокого риска  
Распознавание изменений состояния пациента  
Лабораторная служба  
Уход за умирающими пациентами  
Медицинские записи  
Служба радиологии и лучевой диагностики  
Реанимационная помощь  
Выбор показателей измерения, сбор, валидация, анализ  
Управление качеством и безопасностью пациентов  
Улучшение качества и программы обучения  
Обучение пациентов и их семей  
Контроль над болью  
Управление медицинской организацией  
Безопасность среды и охрана  
Обучение персонала  
Безопасность хранения переливания компонентов крови

Сравнение требований Росздравнадзора осуществлялось в ограниченном режиме, т.к. в Практических рекомендациях представлены не **стандарты**, а показатели.

Определялся не уровень соответствия стандартам JCI, а основные требования, встречающиеся в обоих руководствах, что составило **40%**.

Несмотря на невысокий процент, в практических руководствах Росздравнадзора представлены все основные требования стандартов, обязательные для каждой медицинской организации.



# Обязательные стандарты безопасности и качества медицинской деятельности

1. Идентификация пациента
2. Лекарственная безопасность
3. Эффективность коммуникаций
4. Хирургическая безопасность
5. Инфекционная безопасность
6. Профилактика падений
7. Поступление в медицинскую организацию, перевод в другую МО
8. Непрерывность лечения
9. Выписка, направление и последующее наблюдение
10. Организация, управление и мониторинг медикаментозной терапии
11. Права пациентов и их семей
12. Общее информированное согласие
13. Лечение пациентов группы высокого риска
14. Распознавание изменений состояния пациента
15. Лабораторная служба
16. Уход за умирающими пациентами
17. Медицинские записи
18. Служба радиологии и лучевой диагностики
19. Реанимационная помощь
20. Выбор показателей измерения, сбор, валидация, анализ
21. Управление качеством и безопасностью пациентов
22. Улучшение качества и программы обучения
23. Статус персонала
24. Обучение пациентов и их семей
25. Контроль над болью
26. Управление медицинской организацией
27. Организационная и клиническая этика
28. Безопасность среды и охрана
29. Обучение персонала
30. Безопасность хранения и переливания компонентов крови



# Заключение



Изучение международных и национальных стандартов качества и безопасности медицинской деятельности позволяет определить **обязательные требования, которые должны быть выстроены в любой медицинской организации мира.**

Изучение структуры стандартов и логики построения национальных систем позволяет понять, как лучше строить систему управления качеством и безопасностью **с учетом специфики системы здравоохранения страны.**

Знания, полученные в ходе анализа способствуют дальнейшему обоснованию в необходимости **создания собственной национальной системы управления качеством и безопасностью медицинской деятельностью и позволяют изучить инструменты для её грамотного построения.**

В планах дальнейшее сравнение и изучение систем Германии, Турции, Кореи, США и др.