

А.В. Петиченко  
mmks-tomsk@mail.ru

## АККРЕДИТАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ КАК ВЕКТОР ДОСТИЖЕНИЯ КАЧЕСТВА

Группа компаний «Международный менеджмент, качество, сертификация» (ММКС), г. Томск

**Петиченко А.В. Аккредитация медицинских организаций как вектор достижения качества.**

В статье обоснована необходимость внедрения национальных аккредитационных стандартов качества медицинской помощи в России. Представлена структура федерального и региональных центров аккредитации, в основе работы которых должна лежать сбалансированная система оценки деятельности медицинской организации. В статье также содержится краткий обзор содержания аккредитационных медицинских стандартов различных стран мира.

**Ключевые слова:** качество медицинской помощи, аккредитация медицинских организаций, аккредитационные стандарты, международные стандарты.

**Petichenko A.V. Accreditation of healthcare organizations as a vector of achievement of quality**

The need for the introduction of national standards of medical care quality in the Russian healthcare is substantiated. The structure of the federal and regional centers for accreditation is described. The activity of the centers should be based on a well-balanced assessment of a medical organization. The article also provides a brief overview of accreditation standards in different countries.

**Key words:** quality of care, accreditation of healthcare organizations, accreditation standards, international standards.

**В** мировом сообществе качество медицинской помощи стало приоритетным направлением и свидетельством заботы государства о здоровье нации.

Поскольку качество является одним из основополагающих критериев в здравоохранении, инициативы по его улучшению стали активно распространяться на международном уровне. Большинство развитых стран уже не одно десятилетие внедряют и совершенствуют национальные стандарты, определяющие качество медицинской помощи, качество организации процесса ее оказания. Общепринято наличие нескольких уровней обеспечения надлежащего качества (рис. 1). Первоначальный уровень – лицензи-

рование, является обычным допуском к осуществлению деятельности. Наличие лицензии не гарантирует стабильного качества, а свидетельствует лишь о выполнении законодательных требований и условий для осуществления деятельности.

Сертификация по международным стандартам ISO 9001<sup>1</sup> (ISO 14000, OHSAS 18001, ISO 17025 и т.д.) является вторым уровнем обеспечения надлежащего качества. В большинстве стран мирового сообщества этот процесс либо в самом разгаре, либо идет к логическому завершению (рис. 2). В развитии данный этап предполагает самооценку медицинских организаций на соответствие критериям EFQM<sup>2</sup> и TQM<sup>3</sup>.

Третий уровень – аккредитация, является доказательством стремления медицинской организации к более высокому уровню качества, обеспечению доверия пациента и его страховой компании. Аккредитация обеспечивает внешнюю, объективную оценку на основе согласованных национальных стандартов, базирующихся на лучших международных практиках. К преимуществам аккредитации относится тот факт, что она дает параметры оценки деятельности, стимулирует к развитию и является добровольным волеизъявлением руководства медицинской организации. Как правило, аккредитованные клиники получают массу преферен-

Рисунок 1. Уровни обеспечения надлежащего качества

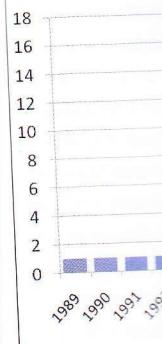


<sup>1</sup> ISO 9001:2008 Системы менеджмента качества. ISO 14001:2007 Системы экологического менеджмента. OHSAS 18001:2007 Системы менеджмента охраны здоровья и безопасности труда. ISO 17025 Общие требования к компетентности испытательных и калибровочных лабораторий.

<sup>2</sup> Модель делового совершенства Европейской премии.

<sup>3</sup> TQM — Всеобщий менеджмент качества.

Рисунок 2. Дина-



ций по страхова-  
оценки медици-  
ражен на рису-

Чаще всег-  
цинскими ас-  
Но в ряде стр-  
тива исходит

На перво-  
центр по ак-  
стандарты с-  
принимаетс-  
дарт. К прим-  
дарт JCI.

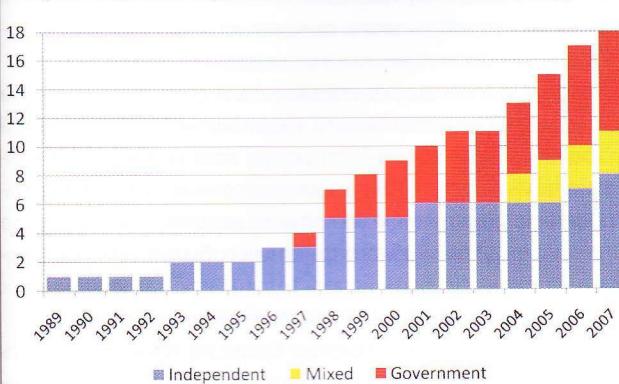
По нашему  
структуре с-  
ской помо-  
чтобы обес-  
ластей здра-  
медицинск-  
ограничени

Центр а-  
ские орга-  
организаци

В основа-  
стема оце-  
обязатель-  
чество мед-  
изучение  
работать  
оценки ма-  
ваниям с-  
параметр  
продолжа-  
цедуры с-  
эффектив-  
ную отк-  
ветствен

В целом  
безопасн

Рисунок 2. Динамика развития центров аккредитации в мире



Это позволит идентифицировать сильные и слабые стороны медицинских организаций, включая аспекты, требующие усиленного внимания. Они должны будут не только разработать дееспособные процедуры и процессы, но и выполнять требования, в них содержащиеся. Результаты оценки должны публиковаться в отчетах органа по аккредитации и включаться в информационную базу, доступную для заинтересованных сторон.

К большому сожалению, механизм аккредитации медицинских организаций, который во многих странах позволяет оказывать более эффективную, контролируемую и прослеживаемую медицинскую помощь, в России еще не реализован. Существующая политика и процессы в здравоохранении нередко не способны повысить безопасность пациента и способствовать снижению количества врачебных ошибок.

Важно понимать, что аккредитация фокусируется не только на оценке и выдаче свидетельства об аккредитации на соответствие стандартам, а в большей степени на последовательном улучшении системы управления и текущей клинической практики. Процесс аккредитации призван обеспечить фундаментальные изменения в процедурах оказания медицинской помощи, в соответствующем использовании доступных технологий, в интеграции самых передовых знаний, в рациональных методах использования ресурсов, гарантии социальной ответственности, повышение безопасности пациента. Поскольку процессы аккредитации во многих странах идут не первый год, то уже можно сделать положительные выводы относительно влияния данного процесса на повышение качества и безопасности в здравоохранении, улучшение результатов, обеспечение доступности медицинской помощи, улучшение системы управления, ускорение процесса принятия решений.

ций по страховым выплатам, госзаказам, налогам. Процесс оценки медицинской организации в ходе аккредитации отображен на рисунке 3.

Чаще всего процесс аккредитации инициируется медицинскими ассоциациями и объединениями потребителей. Но в ряде стран, например в Республике Сербской, инициатива исходит от министерства здравоохранения.

На первом этапе создается уполномоченный орган – центр по аккредитации и разрабатываются национальные стандарты с учетом лучших международных практик либо принимается уже существующий в какой-либо стране стандарт. К примеру, в Казахстане принят американский стандарт JCI.

По нашему мнению, широкая и доступная национальная структура обеспечения надлежащего качества медицинской помощи должна быть разработана таким образом, чтобы обеспечить оценку самых сложных и критичных областей здравоохранения в контексте нашей специфики медицинского страхования, культурных и финансовых ограничений.

Центр аккредитации должен стимулировать медицинские организации к непрерывному усовершенствованию организационной и клинической практики.

В основе его работы может лежать сбалансированная система оценки деятельности медицинской организации с обязательным изучением ситуации на месте, изучение качества медицинской помощи в форме тайного покупателя, изучение непрерывной способности быстро и эффективно работать с жалобами и инцидентами. Для периодической оценки медицинских организаций на соответствие требованиям стандартов должны быть разработаны ключевые параметры совершенства работы с целью подтверждения продолжающегося соответствия. Они должны включать процедуры обеспечения надлежащего качества и повышение эффективности работы, фокус на пациенте, информационную открытость, необходимую для финансирования и ответственности перед обществом.

В целом процесс аккредитации призван гарантировать безопасную медицинскую помощь надлежащего качества.

Рисунок 3. Процесс оценки медицинской организации в ходе аккредитации



Большинство специалистов, участвующих в процессе становления национальных систем аккредитации, отмечает, что вовлечение в этот процесс различных заинтересованных сторон имеет больше преимуществ, нежели жесткое стандартное регулирование. Формируется партнерство, которое обеспечивает платформу для гармонизации интересов, выработки согласия, базирующегося на принципе совместного использования стандартов, демократического и прозрачного функционирования.

Основным организатором и координатором работы по аккредитации медицинских организаций должен стать центр аккредитации, который будет определять общую концепцию в отношении качества, структуру процесса проверки качества, призванную гарантировать единство подхода к медицинским организациям разных форм собственности. Центр по аккредитации может быть зарегистрирован в форме автономной некоммерческой организации или автономного учреждения и функционировать на двух уровнях – федеральном и региональном. С нашей точки зрения, это должен быть авторитетный орган, отвечающий за качество медицинской помощи в России. Он должен тесно взаимодействовать с федеральными и региональными органами управления здравоохранением и обеспечивать координацию всех заинтересованных сторон. Более того, как показывает практика, центры по аккредитации, функционирующие при участии и от имени государства, являются более результативными и жизнеспособными.

В основе работы по аккредитации должны лежать национальные и региональные критерии качества оказания медицинской помощи, которые могут быть измерены, разработанные в т.ч. центрами по аккредитации.

В состав комиссии по разработке стандартов могли бы войти представители следующих групп:

- представители медицинских организаций (собственники, главные врачи, директора, врачи, медицинские сестры, технический персонал), которые должны быть вовлечены в разработку стандарта первоначально, т.к. именно они будут основными его потребителями;
- представители страховых компаний и финансовых учреждений, юридических компаний;
- представители профессиональных ассоциаций и общественных организаций, в т.ч. «узких» специалистов, таких как хирурги, офтальмологи, кардиологи и т.д., как имеющие необходимый уровень компетенции;
- представители федерального и региональных органов управления здравоохранением;
- представители пациентских организаций и объединений, в т.ч. организаций по защите прав пациентов, объединений слабозащищенных граждан и т.п.;
- представители бизнеса, способные высказать и сформулировать как требования корпоративных клиентов, так и определенной группы клиентов, имеющих спрос на высокотехнологичные и дорогостоящие медицинские услуги;
- индивидуальные инициативные лица, которые могут быть привлечены для выражения интересов общественности и

выявления требований к качеству медицинской помощи (медицины-клиницисты, медицинские сестры, представители социальных служб, экологи, специалисты по связям с общественностью, исследователи, преподаватели, юристы и др.).

Первым этапом аккредитации может стать анализ отчета самооценки, подготовленного медицинской организацией по заданным критериям. В структуру этих критериев обязательно должны войти такие, как постоянная готовность реагировать на пожелания и жалобы пациентов, оценка рисков и предупреждение неблагоприятных событий. Данные критерии затем могут быть использованы как для внутренних аудитов, так и для внешней аккредитационной оценки.

Центр аккредитации должен будет не только собирать информацию от всех заинтересованных сторон, но и приглашать пациентов, корпоративных клиентов, страховщиков для участия в процессе оценки. Только это позволит гармонично учесть в новых аккредитационных стандартах интересы всех участников процесса.

Нельзя не признать тот факт, что во всем мире растет вовлеченность пациентов в этот процесс. Они не только все больше узнают о проблемах здравоохранения, но и желают принимать активное участие в решении возникающих проблем, затрагивающих их собственное здоровье и здоровье их близких.

Аkkредитация медицинских организаций должна гарантировать, что их руководство, весь медицинский персонал выполняют этические стандарты, не допускают злоупотребления служебным положением, обеспечивают конфиденциальность, проявляют готовность использовать самые передовые технологии, не преследуя личной выгоды. Профессиональная ответственность медицинского персонала включает в себя своевременность оказания медицинской помощи, диагностическую точность, клиническую значимость проведенных исследований и операционных вмешательств, квалификацию и обучение персонала, предупреждение ошибок.

Федеральный центр по аккредитации (рис. 4) должен контролировать обеспечение процессов аккредитации в сфере здравоохранения в стране в целом, а также осуществлять аккредитацию и аудит функционирования медицинских учреждений федерального уровня. Его прерогативой должна стать разработка политики, структуры, процесса аккредитации и аккредитационных стандартов в тесном взаимоотношении с заинтересованными сторонами, а его деятельность должна быть организована таким образом, чтобы обеспечить максимальный географический охват и доступность. Для этого в его структуру целесообразно включить департамент стратегического планирования. Федеральный центр по аккредитации представляет собой своего рода управляющую компанию для региональных центров и объединяет в совете директоров всех руководителей региональных центров. Экспертный комитет в его составе включает в себя все заинтересованные стороны: представителей медицинских организаций, органов государственной власти, а также различных общественных объединений и ассоциаций.

Центры на-  
ваться феде-  
реализаци-  
вать участни-  
ществовать в  
анализ отче-  
влекать ме-  
ственности  
трах по ак-  
реализации  
организаци-

Основна  
оценке и  
ции выпол-  
помогают  
ганизаци  
лена на ри-

Высшим  
ется сове  
цию дея-  
мнения э  
нальной с  
дерально

В сове  
представ  
мента з  
фессиона  
организа

Рисуно  
центра  
уровне

П

Центры на региональном уровне должны контролироваться федеральным центром и нести ответственность за реализацию процесса аккредитации в регионе, поддерживать участников информацией, знаниями, обучением, осуществлять мониторинг процесса аккредитации, проводить анализ отчетов на предмет их полноты и адекватности, привлекать медицинские организации различных форм собственности к процессу аккредитации. На региональных центрах по аккредитации лежит первичная ответственность за реализацию процесса оценки деятельности медицинских организаций.

Основная функция центра по аккредитации состоит в оценке и подтверждении того, что медицинские организации выполняют выработанные национальные стандарты, помогают им модернизировать уровень своей работы. Организационная структура регионального центра представлена на рисунке 5.

Высшим органом управления центра аккредитации является совет директоров, который обеспечивает координацию деятельности, соблюдение интересов регионов, учет мнения заинтересованных сторон. Руководитель региональной структуры должен входить в совет директоров федеральной структуры.

В совет директоров на местном уровне могут входить представители регионального министерства или департамента здравоохранения, медицинских учреждений, профессиональных медицинских ассоциаций и общественных организаций страховых компаний и др.

В качестве оценщиков или асессоров могут привлекаться специалисты страховых компаний, департаментов здравоохранения, профессиональных ассоциаций, медицинских организаций. Самое главное, чтобы соблюдался принцип беспристрастности и независимости.

Анализ показывает, что в большинстве стран мира в процесс аккредитации вовлечены все основные типы медицинских учреждений/организаций: перинатальные центры, родильные дома, акушерские пункты, детские больницы, поликлиники, диспансеры, специализированные клиники, психиатрические больницы, клинические лаборатории, центры физиотерапии и диагностические центры, банки крови и плазмы, службы скорой и неотложной помощи, центры реабилитации.

Мониторинг и оценка качества медицинской помощи будут являться основными видами деятельности центра. Понимание медицинскими организациями ожиданий общества поможет осуществить то необходимое совершенствование, которого мы очень долго ждем.

Для успешной деятельности любой организации важно устойчивое финансирование. Основу финансирования центров аккредитации могут составить инвестиции как частных, так и общественных секторов. В качестве дополнительных источников финансирования можно рассматривать поступления от страховых компаний, объединений, медицинских ассоциаций, производителей фармацевтической продукции, бизнеса, реализации проектов по совершенствованию качества, взаимодействие с международными организациями по

**Рисунок 4. Организационная структура центра по аккредитации на федеральном уровне**





Рисунок 5. Организационная структура центра по аккредитации на региональном уровне

качеству, а также доход от выпуска информационных и учебных материалов.

#### ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ РАЗРАБОТКИ АККРЕДИТАЦИОННЫХ СТАНДАРТОВ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

##### США

Наиболее распространенными аккредитационными стандартами, вышедшими за национальные рамки, являются стандарты, разработанные Объединенной комиссией по аккредитации учреждений здравоохранения (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations – JCAHO) – <http://www.jointcommission.org/>. Они завоевали свою популярность во всем мире и являются гарантом высокого качества. Это набор стандартов, который часто используют под аббревиатурой JCI. Все их условно можно разделить на 2 блока:

##### 1. Стандарты госпиталя:

- фокус на пациенте;
- соблюдение требований законодательства и культурных особенностей;
- ключевые организационные элементы;
- устанавливание лучшей практики.

##### 2. Стандарты организации:

- безопасность пациентов и улучшение качества;
- предупреждение и контроль распространения инфекций;
- администрирование, лидерство и директирование;
- управление оборудованием и безопасность;

- менеджмент и квалификация персонала;
- управление информацией.

Наряду с JCAHO в США существует Американская комиссия по аккредитации в сфере здравоохранения (AMERICAN ACCREDITATION HEALTHCARE COMMISSION, [www.urac.org](http://www.urac.org)), деятельность которой связана с аккредитацией медицинских учреждений. Она имеет 10 программ аккредитации для систем менеджмента медицинских и фармацевтических организаций, фокусирующихся на различных аспектах эффективного менеджмента.

##### Япония

Япония известна своими долгожителями, тем не менее она «подстраховалась» и приняла стандарты, содержащие практически самые высокие требования к организации медицинских процессов. Уполномоченный орган Japan Council for Quality Health Care разработал стандарты – JCQHC.

Структура японских аккредитационных стандартов включает в себя 8 глав:

- 1.0. Администрирование и распределение ролей в медицинских организациях.
- 2.0. Права пациентов и безопасность.
- 3.0. Условия жизни и обслуживание пациентов.
- 4.0. Гарантия качества медицинской помощи.
- 5.0. Качество работы младшего медперсонала.
- 6.0. Рациональность управления больницей.
- 7.0. Специализированные стандарты для психиатрии.
- 8.0. Специфические функциональные стандарты по длительной госпитализации.

### Дополнительные модули к 1.0.

- Экстренная медицинская помощь.
- Реабилитация.
- Паллиативная помощь.

Для проведения самооценки японских клиник используется опросник, который позволяет медицинским организациям в доступной форме оценить уровень своей работы, понять цели и наметить ориентиры (рис. 6).

### Великобритания

Аkkредитационные стандарты Великобритании, разработанные организацией Качественное обслуживание в здравоохранении (HEALTH QUALITY SERVICE – HQS) – внедрены относительно недавно, в 1995 г. Основной акцент в них сделан на оценку качества деятельности госпиталей, психиатрических клиник и клиник в составе учебных учреждений. Аkkредитация проводится на добровольной основе независимым благотворительным обществом. Оценка соответствия проводится группой специалистов, фокус сделан на систему организации и процессы оказания медицинской помощи.

### Германия

В Германии аккредитация медицинских учреждений проходит по Больничным стандартам для государственных больниц (Hospital Standards for the Government Hospitals of Himachal Pradesh), которые включают в себя 4 основных раздела.

Первый раздел называется «Менеджмент» и содержит требования, касающиеся разработки миссии и целей, вовлеченности высшего руководства, лидерства, коммуникаций, менеджмент качества, риск-менеджмент, управление ресурсами.

Второй раздел называется «Клинические услуги» и определяет критерии в отношении услуг для пациентов, услуг лаборатории, радиологии, фармацевтического обслуживания. Данный раздел также описывает критерии оценки качества услуг в стационаре, операционной, отделении интенсивной терапии, реанимации, банка крови, охраны материнства и детства.

В третьем разделе «Обеспечивающие услуги» отражен набор требований к кухне, уборке и санитарии, прачечной и гладильной, стерилизации, моргу, работе добровольцев, транспортировке пациентов и амбулаторной помощи, складам.

**Рисунок 6. Фрагмент опросника для проведения самооценки японских клиник**

№	Пункты стандарта	5	4	3	2	1
2.1	Уважение пациентов и прав пациентов: достижение партнерства в медицинской помощи					
2.1.1	Политика об уважении прав пациентов и профессиональной этике понятна, опубликована, доведена до персонала и систематически анализируется					
2.1.2	Сформирована система партнерских отношений с пациентом в процессе оказания медицинской помощи и безопасности пациента					
2.2	Согласие на основе полной информации					
2.2.1	Разработана система для получения информированного согласия					
2.2.2	Пациентам в аккуратной форме дают честное объяснение их перспектив					
2.2.3	Установлена процедура раскрытия информации для пациента из медицинских отчетов					
2.3	Система управления безопасностью пациента					
2.3.1	Разработана система менеджмента для обеспечения безопасности пациента					
2.3.2	Разработаны процедуры обеспечения безопасности пациента в больнице					
2.3.3	В организации проходит обучение обеспечению безопасности пациента					
2.4	Внедрение процедур безопасности пациентов					
2.4.1	Процедуры проводятся на местах и учитывают специфику каждого подразделения					
2.5	Улучшение сбора информации и анализа безопасности пациента					
2.5.1	Разработана система и критерии оценки безопасности пациента					
2.5.2	Система скоординирована с безопасностью вне больницы					
2.6	Реагирование на ЧС в медицинской помощи					
2.6.1	Разработана процедура по реагированию на ЧС, персонал с ней знаком, проводится обучение ее выполнению					
2.7	Управление распространением инфекции внутри больницы					
2.7.1	Управление распространением инфекции выделено в отдельный процесс					
2.7.2	Разработаны предупреждающие действия					
2.7.3	Есть процедура изолирования и место для этого					
2.7.4	Проводится обучение					

Четвертый раздел «Межфункциональные цели» включает в себя здоровье и безопасность, управление отходами, контроль распространения инфекции, медицинские записи, права и ответственность пациентов, инфраструктуру и медицинское оборудование.

#### Франция

Процесс аккредитации во Франции курирует Департамент аккредитации и практической оценки (Accreditation and Practice Appraisal Department), а стандарты носят название ANAES. Французские стандарты также сгруппированы в 4 раздела:

- 1) «Политика менеджмента и качество» (регламентирует деятельность руководства);
- 2) «Общие процессы» (содержит набор требований к человеческим ресурсам, функционированию палат и логистике, системе качества и риск-менеджменту, управлению окружающей средой и безопасностью, информационной системе);
- 3) «Забота о пациенте» (описывает требования к стратегическому планированию медицинской помощи по разделам «реанимация и неотложная помощь», «психиатрия», «реабилитация», «долгосрочная госпитализация», «госпиталь на дому»);
- 4) «Оценивание и последующее улучшение» (содержит требования к дальнейшему развитию и совершенствованию).

#### Канада

В Канаде стандарты разработаны под эгидой Канадского совета по аккредитации в здравоохранении (CANADIAN COUNCIL ON HEALTH SERVICES ACCREDITATION). Одной из целей проекта было достижение стабильного уровня качества по всей стране. Среди критериев – адресность оказания медицинской помощи, результаты, структура, ориентация на пациента и постоянное улучшение. Одно из требований стандарта – это самостоятельное выделение медицинскими организациями показателей результативности и их улучшение как свидетельство совершенствования качества медицинской помощи.

#### Австралия

Активно процессы аккредитации протекают в Австралии. Австралийская комиссия по стандартам здравоохранения (AUSTRALIAN COMMISSION ON HEALTHCARE STANDARDS – ACHS). Стандарты включают в себя 4 основных блока:

- Часть 1. Стандарты регистрации и лицензирования.
- Часть 2. Стандарты безопасности.
- Часть 3. Стандарты на оборудование.
- Часть 4. Стандарты обеспечения качества услуг.

#### Новая Зеландия

В Новой Зеландии действует Программа аккредитации в сфере здравоохранения для Новой Зеландии (HEALTH ACCREDITATION PROGRAMME FOR NEW ZEALAND – HAPNZ). Стандарты полностью включают в себя международный стандарт

ISO 9001. В стране разработана модель системы качества для медицинских организаций. По пяти разделам сформулировано 48 показателей. Некоторые из них не просто отражают соответствие/несоответствие, а имеют шкалу выполнения требований от минимального до максимального уровня.

#### Саудовская Аравия

В Саудовской Аравии в развитие американских стандартов с учетом лучшей практики Центральным управлением по аккредитации учреждений здравоохранения (CENTRAL BOARD FOR ACCREDITATION OF HEALTHCARE INSTITUTIONS – СВАН) созданы аккредитационные стандарты.

В структуре стандартов 22 главы, которые приведены ниже. Глава I. Лидерство.

Глава II. Медицинский персонал и оказание медицинской помощи.

Глава III. Уход.

Глава IV. Менеджмент качества и безопасность пациента.

Глава V. Обучение пациентов и их семей, права пациентов.

Глава VI. Анестезия.

Глава VII. Интенсивная терапия:

1. Взрослые и педиатрия.
2. Сердечно-сосудистые заболевания.
3. Неонатальная терапия.

Глава VIII. Операционная.

Глава IX. Организация труда и поставки медикаментов.

Глава X. Гемодиализ.

Глава XI. Скорая и неотложная помощь.

Глава XII. Радиология.

Глава XIII. Ожоговый центр.

Глава XIV. Медицинская и радиационная онкология.

Глава XV. Психиатрия.

Глава XVI. Специальные отделения:

1. Искусственное дыхание.
2. Диетическое питание.
3. Социальная работа.
4. Реабилитация.

Глава XVII. Амбулаторная помощь:

1. Амбулаторная помощь.
2. Стоматология.

Глава XVIII. Управление информацией и медицинскими записями.

Глава XIX. Контроль распространения инфекции.

Глава XX. Аптека.

Глава XXI. Лаборатория.

Глава XXII. Управление инфраструктурой и безопасность.

#### Индия

Можно отметить, что уже почти 10 лет медицина Индии работает по аккредитационным стандартам – NAVH. Структура стандартов NAVH приведена в таблице.

Как показывает анализ, практически все аккредитационные стандарты разных стран мира в своем составе объединяют требования, ранее нашедшие отражения в стандартах ISO (качество системы), и требования к качеству лечения.

Таблица.

1	Дост
2	Забо
3	Упр
4	Пра
5	Кон
6	Поп
7	От
8	Уп
9	Уп
10	Уп

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Сов  
ния и  
говор  
шла к  
собны  
показа  
станд  
цини  
помо  
реал  
Очев  
очев  
ему

1.  
2.  
3.  
4.  
5.  
6.  
7.  
8.  
9.  
10.

**Таблица. Структура стандартов NABH**

Стандарты, ориентированные на пациентов	
1	Доступ, возможность оценки и непрерывность медицинской помощи
2	Забота о пациенте
3	Управление медикаментами
4	Права пациентов и их обучение
5	Контроль распространения инфекции в больнице
Стандарты, ориентированные на организацию	
6	Постоянное улучшение качества
7	Ответственность руководства
8	Управление инфраструктурой и безопасность
9	Управление человеческими ресурсами
10	Управление информационной системой

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Современное состояние отечественного здравоохранения и потребность общества в социальных преобразованиях говорят о том, что пришло время действовать. Россия подошла к необходимости начать процесс разработки жизнеспособных, адекватных, содержащих конкретные измеримые показатели надежных национальных аккредитационных стандартов. Формирование системы аккредитации медицинских организаций по качеству оказания медицинской помощи должно быть плановым, практическим, в пределах реалистичного периода времени и абсолютно прозрачным. Очевидно, что этот процесс не будет простым и быстрым, но очевидно и то, что он неизбежен, поскольку альтернатива ему – нестабильное качество медицинской помощи и высокий уровень риска пациентов.

Вместе с тем формирование в Российской Федерации системы аккредитации медицинских организаций по качеству оказания медицинской помощи могло бы стать действенным инструментом повышения конкурентоспособности, базой для международного признания, а все заинтересованные стороны в случае ее внедрения получат несомненные преимущества: у страховых компаний появится система для получения четкой и объективной оценки работы медицинских организаций; потребители медицинской помощи будут иметь гарантии учета их интересов и требований; общество в целом получит более высокий уровень качества медицинской помощи; медицинские организации, успешно прошедшие аккредитацию, попадут в базу данных надежных поставщиков медицинской помощи и станут обладать преференциями по финансированию и государственным заказам. Денежный поток пойдет к лучшим.

При этом следует помнить, что оценка деятельности медицинских организаций не должна напоминать бюрократизированную проверку. Аккредитация не должна восприниматься как карательный инструмент, не должна являться заменой лицензированию, это лишь действенный и апробированный во всем мире инструмент повышения качества организации медицинской помощи.

Многие руководители медицинских организаций уже сейчас задаются вопросом: «Как улучшить качество медицинской помощи в условиях отсутствия национальных стандартов по аккредитации?» Ответ прост: первым шагом аккредитации, практически во всех странах является подтверждение наличия работающей системы качества ISO 9001. Главное – начать действовать. И тогда у нас все получится!



## ЛИТЕРАТУРА

1. Accreditation Manual for healthcare organization ANAES, 1999.
2. ALPHA Agenda, International Society for Quality in Health Care, Vol 1:2, May, 2000.
3. Anrudh K. Jain, Managing quality of care in population programs, Kumarian press. QA Brief. The Quality Assurance Project's Information Outlet. Vol-8, No: 1.
4. Baker R., Fraser R.C. Development of review criteria: linking guidelines and assessment of quality. Br Med J 1995; 311:370–373.
5. Bero L.A., Grilli R., Grimshaw J.M. et al. Getting research findings into practice: Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. Br Med J 1998; 317:465–8.
6. British Quality Foundation <http://www.quality-foundation.co.uk/>.
7. Buttery Y., Walshe K., Coles J., Bennett J. The development of audit: findings of a national survey of healthcare provider units in England. London: CASPE Research, 1994.
8. Campion-Smith C. Editorial. Never mind the quality, feel the improvement. Quality in Health Care. 1998; 7:181.
9. CANADIAN COUNCIL ON HEALTH SERVICES ACCREDITATION <http://www.chapinc.org/>.
10. COMMUNITY HEALTH ACCREDITATION PROGRAM - CHAP THE HEALTH QUALITY SERVICE <http://www.hqs.org.uk/>.
11. Department of Health. A first class service: quality in the new NHS. 1998. <http://www.open.gov.uk/>.
12. Donabedian A. The criteria and standards of quality. In explorations in quality assessment and monitoring. Vol II. Ann Arbor: Health Administration Press; 1982.
13. EFQM - The European Foundation for Quality Management <http://www.efqm.org>.
14. Eliasson G. et al. Facilitating quality improvement in primary health care by practice visiting.
15. Ellis R., Dorothy Wittington. Quality Assurance in Healthcare, a handbook. Edward Arnold <http://www.achs.org.au/> - ACHS-AUSTRALIAN COUNCIL ON HEALTHCARE STANDARDS <http://www.agpal.com.au/> - GENERAL PRACTICE ACCREDITATION <http://www.cchsa.ca/>.