

Общественное объединение
«ACCREDITATION CENTER FOR QUALITY AND HEALTHCARE»

РУКОВОДСТВО

*«Культура безопасности и управление
инцидентами
в медицинских организациях»*



Версия: 1.0

Статус: Методическое руководство

Область применения: Казахстан и страны СНГ

Год: 2026



Аяганов Е.Е.

Зайгбек К.Б.

Каупбаева Б.Т.

ОГЛАВЛЕНИЕ

	Введение	4
	Термины и определения	6
1	Раздел 1. Общие положения и методологические основы	8
2	Раздел 2. Медицинские инциденты: причины и управление	9
3	Раздел 3. Медицинские инциденты как инструмент управления рисками	12
4	Раздел 4. Система управления инцидентами	17
5	Раздел 5. Системный разбор инцидентов и анализ причин (RCA)	18
6	Раздел 6. Корректирующие и предупреждающие действия	20
7	Раздел 7. Роль службы качества и безопасности пациентов	21
8	Раздел 8. Индикаторы, уровень зрелости и готовность к аккредитации	22
9	Раздел 9. Использование руководства при аккредитации ACQH	27
	Приложение А	28
	Приложение Б	31
	Приложение В	34
	Приложение Г	37
	Приложение Д	40
	Приложение Е	44
	Приложение Ж	47
	Приложение З	51
	Список использованных источников	54

ВВЕДЕНИЕ

Безопасность пациентов является неотъемлемой составляющей качества медицинской помощи и одним из приоритетных направлений деятельности современных систем здравоохранения. В международной практике безопасность пациентов рассматривается как базовый принцип оказания медицинской помощи, напрямую связанный с клиническими исходами, доверием населения к системе здравоохранения и устойчивостью медицинских организаций.

Медицинская помощь осуществляется в условиях высокой сложности, клинической неопределённости и тесной взаимосвязи процессов, технологий и человеческих факторов. В таких условиях риск возникновения неблагоприятных событий присутствует на всех этапах оказания помощи — от первичного контакта с пациентом до завершения лечения и последующего наблюдения. Значительная часть этих событий носит предотвратимый характер и обусловлена не индивидуальными ошибками отдельных сотрудников, а системными факторами: организацией процессов, недостатками коммуникации, особенностями рабочей среды, перегрузкой персонала и несовершенством управленческих решений.

Международные исследования и аналитические обзоры, начиная с конца XX века, продемонстрировали, что медицинские ошибки и неблагоприятные события представляют собой одну из ведущих причин предотвратимого вреда пациентам. Эти данные стали основанием для перехода от карательного подхода к ошибкам к системному управлению рисками, развитию культуры безопасности и внедрению доказательных практик, направленных на предупреждение вреда.

Современное понимание безопасности пациентов базируется на следующих ключевых положениях:

- ошибки в здравоохранении являются ожидаемым риском в сложных системах и требуют системного управления;
- предотвращение вреда невозможно без активного участия руководства, клинического персонала и пациентов;
- устойчивые улучшения достигаются за счёт стандартизации процессов, эффективной коммуникации, обучения персонала и постоянного анализа инцидентов;
- культура безопасности должна быть ориентирована на обучение и улучшение, а не на поиск виновных.

В этой связи безопасность пациентов рассматривается как интегральная функция управления медицинской организацией и не может быть изолирована от процессов стратегического планирования, управления качеством, управления рисками, кадровой политики и клинического управления. Эффективная система безопасности пациентов требует чётко определённых ролей и ответственности, прозрачных механизмов отчётности, надёжных информационных систем и регулярного мониторинга результатов.

Настоящее руководство разработано с учётом концептуальной рамки Всемирной организации здравоохранения по безопасности пациентов и Международной классификации безопасности пациентов (WHO ICPS) и адаптировано для практического применения в системе здравоохранения Республики Казахстан и стран СНГ.

РАЗДЕЛ 5

СИСТЕМНЫЙ РАЗБОР ИНЦИДЕНТОВ И АНАЛИЗ ПРИЧИН (RCA)

Системный разбор инцидентов и анализ корневых причин (RCA) является обязательным управленческим инструментом при серьёзных и экстремальных инцидентах, а также в случаях выявления значимых системных рисков.



Системный разбор инцидентов и RCA применяются к непреднамеренным ошибкам и сбоям процессов. Умышленные действия, сознательное игнорирование требований безопасности, фальсификация данных и грубая халатность не относятся к сфере системного разбора и рассматриваются в рамках дисциплинарных и правовых процедур в соответствии с законодательством.

Некарательный подход не означает отсутствие ответственности. Умышленные нарушения, сознательное игнорирование правил и грубая халатность рассматриваются в рамках дисциплинарных и правовых процедур. Системный разбор применяется к непреднамеренным ошибкам и сбоям процессов.

Цель RCA — понять, почему инцидент стал возможным, и изменить процессы таким образом, чтобы исключить его повторение.

RCA проводится с соблюдением следующих принципов:

Междисциплинарный формат

В разборе участвуют представители различных подразделений и профессиональных групп, вовлечённых в процесс оказания медицинской

помощи. Это позволяет получить объективную картину происходящего и избежать односторонних выводов.

Участие руководства

Руководство медицинской организации несёт ответственность за инициирование RCA, поддержку процесса и реализацию принятых решений. Без участия руководства системные изменения невозможны.

Чёткие сроки проведения

Разбор инцидента проводится в установленные сроки, позволяющие сохранить достоверность информации и своевременно принять корректирующие меры.

Фокус на процессах, а не на персоналиях

RCA направлен на анализ процессов, условий и организационных факторов. Персональная вина не является целью разбора. Основное внимание уделяется тому, какие изменения в системе необходимы для повышения безопасности пациентов.

Результаты RCA оформляются документально и используются для:

- улучшения процессов оказания медицинской помощи;
- обучения персонала;
- совершенствования системы управления качеством и безопасностью.

РАЗДЕЛ 6

КОРРЕКТИРУЮЩИЕ И ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИЕ ДЕЙСТВИЯ

Корректирующие и предупреждающие действия являются ключевым этапом работы с инцидентами. Их цель — изменить процессы работы таким образом, чтобы снизить риск повторения инцидентов и повысить безопасность пациентов.

Важно понимать, что корректирующие меры не должны ограничиваться разовыми инструкциями или устными замечаниями. Эффективные действия направлены на изменение организации работы, условий выполнения задач и взаимодействия между сотрудниками.

Каждая корректирующая или предупреждающая мера должна быть чётко оформлена и включать:

- Понятное описание меры
- Мера должна ясно отвечать на вопрос: что именно будет изменено и каким образом это повысит безопасность.
- Назначенного ответственного

За реализацию каждой меры должен быть определён конкретный ответственный сотрудник или подразделение, обладающие полномочиями для внесения изменений.

- Реалистичный срок выполнения

Для каждой меры устанавливается срок, достаточный для её внедрения и оценки первых результатов.

- Критерий эффективности

Для оценки результата должно быть заранее определено, как именно организация поймёт, что мера сработала (например, снижение числа аналогичных инцидентов, улучшение показателей процесса, положительная обратная связь персонала).

Реализация корректирующих и предупреждающих действий подлежит обязательному контролю со стороны руководства и службы качества. В случае отсутствия ожидаемого эффекта меры подлежат пересмотру и доработке.