



# ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЮЛЛЕТЕНЬ



## 3 ПЕРЕСМОТР СТАНДАРТОВ АККРЕДИТАЦИИ



## РЦРЗ

### МИССИЯ РЦРЗ

Развитие национальной системы здравоохранения и повышение её конкурентоспособности в мире

### ЦЕННОСТИ РЦРЗ

1. Транспарентность
2. Справедливость
3. Командная работа
4. Профессионализм
5. Инновационность

### ВИДЕНИЕ РЦРЗ

Стать признанной экспертной организацией в глобальном здравоохранении

### СТРУКТУРА ЦЕНТРА АККРЕДИТАЦИИ

РУКОВОДИТЕЛЬ ЦЕНТРА АККРЕДИТАЦИИ

ОТДЕЛ ВНЕШНЕЙ  
КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ

Нет обмена информации

ОТДЕЛ ВНЕДРЕНИЯ  
СТАНДАРТОВ  
АККРЕДИТАЦИИ

ОТДЕЛ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ  
АККРЕДИТАЦИИ

### Миссия центра Аккредитации

Совершенствование системы аккредитации в здравоохранении через внедрение международных норм безопасности и качества для повышения доверия населения и повышения конкурентоспособности медицинских организаций

### Видение центра Аккредитации

Создание системы аккредитации, которая обеспечит уровень качества и безопасности медицинской помощи в Казахстане, сопоставимые с развитыми странами

### Аккредитация – это

- переход на мировые стандарты качества
- возможность получения безопасных медицинских услуг
- соблюдение прав пациента
- постоянное стремление к улучшению
- снижение рисков и затрат времени пациентов
- доверие со стороны общества



Медицинская организация имеет право готовиться к национальной аккредитации:



С привлечением сертифицированных консультантов  
(юридических/физических лиц)



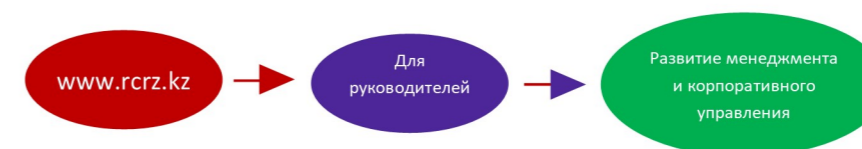
Самостоятельно

## ЦЕНТР АККРЕДИТАЦИИ

### ВИДЫ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

| № | Наименование услуги  | Кол-во |
|---|--|--------|
| 1 | Первичная оценка медицинской организации на соответствие внутренних документов, правил, процессов национальным стандартам аккредитации и разработка предложений по улучшению                             | 1 день |
|   |  | 2 дня  |
|   |  | 3 дня  |
|   |  | 4 дня  |
|   |  | 5 дней |
| 2 | Оказание консалтинговых услуг на базе заказчика. Обзор внутренних документов, правил, процессов и разработка предложений по улучшению  | 3 дня  |
| 3 | Тестовая оценка медицинской организации на соответствие требованиям стандартов аккредитации  | 1 день |
|   |  | 2 дня  |
|   |  | 3 дня  |
|   |  | 4 дня  |
|   |  | 5 дней |
| 4 | Обучение сотрудников медицинской организации по циклу: «Повышение качества медицинской помощи и безопасности пациентов через национальные стандарты аккредитации медицинских организаций»                | 4 дня  |
| 5 | Оказание консультативных услуг дистанционно. Обзор внутренних документов, правил, процессов и разработка предложений по их улучшению   | 5 дней |
| 6 | Подготовка профессиональных медицинских ассоциаций к процедуре аккредитации: оказание консультационно - образовательных услуг, обзор документов, правил, процессов и разработка предложений по улучшению | 5 дней |

На официальном сайте РЦРЗ ([www.rcrz.kz](http://www.rcrz.kz)) размещена бесплатная база ресурсов по различным направлениям работы, которые могут быть полезны для улучшения работы медицинских организаций



Контакты: +7 7172 700-950 внутренний (1051, 1052, 1059, 1068) e-mail: [c.akkred@mail.ru](mailto:c.akkred@mail.ru)





# ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЮЛЛЕТЕНЬ

# ПО III ПЕРЕСМОТРУ СТАНДАРТОВ АККРЕДИТАЦИИ

Более подробную информацию  
смотреть в руководствах по  
интерпретации стандартов  
аккредитаций для  
медицинских организаций



## III ПЕРЕСМОТР СТАНДАРТОВ АККРЕДИТАЦИИ

- ⇒ Разработаны новые стандарты
- ⇒ Дополнены и расширены стандарты предыдущей версии
- ⇒ Отдельные критерии выделены в самостоятельные стандарты
- ⇒ Международные цели безопасности пациентов сгруппированы в подразделе D1: Безопасность пациента

● Каждый Стандарт содержит 5 измеримых критериев

● Текст стандартов и критериев сформулирован кратко, изложение максимально четкое и ясное

● Для обозначения взаимосвязей отдельных критериев применяются перекрестные ссылки

● Стандарт или критерий, требующий, наличие утвержденной внутренней процедуры или правил, обозначается знаком \*

● Стандарт или критерий, требующий, предоставление любого другого подтверждающего документа обозначается знаком \*\*

**Например:** список участников лекции, план работы, журнал учета, и т.п.

● Стандарт или критерий, основанный на нормативных правовых актах и правовых актах Республики Казахстан, обозначается знаком \*\*\*

### Примеры новых стандартов

- Управляющий орган медицинской организации
- Научные исследования
- Безопасное соединение катетеров и трубок
- Программа управления хроническими неинфекционными заболеваниями (для медицинских организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь)
- Мониторинг договоров

### Примеры дополненных и расширенных стандартов

- Культура безопасности в коллективе
- Работа с населением
- Анализ данных
- Контрактные работники
- Протоколы диагностики и лечения
- Комиссия по безопасности зданий
- Контроль антибиотиков
- Барьеры к получению медицинской помощи
- Обучение пациента

## ПРИМЕР СРАВНИТЕЛЬНОЙ ТАБЛИЦЫ ПО КОЛИЧЕСТВУ ТРЕБОВАНИЙ

| Предыдущая версия стандартов<br>(II пересмотр, 2012 год) |                   |                             |  | Обновленная версия стандартов<br>(III пересмотр, 2017 год) |                   |                             |  |
|--|-------------------|-----------------------------|--|--|-------------------|-----------------------------|--|
| Разделы стандартов                                       | Кол-во стандартов | Кол-во критериев стандартов | Среднее количество критериев на 1 стандарт | Разделы стандартов   | Кол-во стандартов | Кол-во критериев стандартов | Среднее количество критериев на 1 стандарт |
| <b>A</b>   | <b>5</b>          | <b>39</b>                   | <b>7,8</b>                                 | <b>A</b>   | <b>11</b>         | <b>55</b>                   | <b>5</b>                                   |
| <b>B</b>   | <b>3</b>          | <b>35</b>                   | <b>7</b>                                   | <b>B</b>   | <b>17</b>         | <b>85</b>                   | <b>5</b>                                   |
| <b>C</b>   | <b>5</b>          | <b>59</b>                   | <b>11,8</b>                                | <b>C</b>   | <b>15</b>         | <b>75</b>                   | <b>5</b>                                   |
| <b>D</b>   | <b>8</b>          | <b>91</b>                   | <b>11,4</b>                                | <b>D</b>   | <b>57</b>         | <b>285</b>                  | <b>5</b>                                   |
| Кол-во стандартов  | <b>23</b>         | <b>251</b>                  | <b>9,5</b>                                 |  | <b>100</b>        | <b>500</b>                  | <b>5</b>                                   |

На основе стандартов для медицинских организаций, оказывающих стационарную помощь

Сфера применения стандартов аккредитации медицинских организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую, стационарную и скорую медицинскую помощь:

- ☞ При проведении самооценки медицинских организаций \*
- ☞ При проведении внешней комплексной оценки (аккредитации) \*
- ☞ Постаккредитационный мониторинг \*

\* Согласно требованиям ISQua (The International Society for Quality in Health Care)





## УПРАВЛЯЮЩИЙ ОРГАН

### Управляющий орган (Высший уровень управления)

Управляющий орган медицинской организации может состоять из Наблюдательного Совета, Совета директоров, учредителя (-ей). Например, это может быть группа лиц (как общественный совет), один или более собственников, или для государственных организаций – Министерство Здравоохранения, отвечающих за контроль деятельности организации и ответственных за предоставление высококачественных медицинских услуг своим пациентам.



### КРИТЕРИЙ 1.1

Структура и функции Управляющего органа, включая делегированные высшему руководителю(-ям) медицинской организации полномочия, описываются в Уставе (положении) медицинской организации. \*\*

**Управляющий орган** действует в соответствии с Конституцией Республики Казахстан, законами Республики Казахстан и иными нормативными правовыми актами, регулирующими деятельность в сфере здравоохранения, и имеет требуемые правоустанавливающие документы, в том числе: справка о государственной (учетной) регистрации (перерегистрации) в органах юстиции; Устав (положение) организации (далее – Устав).

Устав организации разрабатывается и утверждается в соответствии с законодательством Республики Казахстан. В Уставе содержится информация о типе Управляющего органа, а также: об оказываемых услугах, деятельности организации; порядке выбора и отзыва управления; полномочия и обязанности руководства.

### КРИТЕРИЙ 1.2

Члены Управляющего органа медицинской организации утверждаются в соответствии с законодательством Республики Казахстан. \*\*\*

1

Полномочия органа управления закреплена в уставе и соответствует требованиям законодательства

2

утверждены основные внутренние документы, регулирующие деятельность ее органов

3

Отсутствуют противоречия в полномочиях органа управления с другими органами Предприятия

4

Состав органа управления соответствует требованиям действующих законодательств

## УПРАВЛЯЮЩИЙ ОРГАН

### КРИТЕРИЙ 1.3

Медицинская организация ежегодно оценивается в соответствии с порядком оценки работы руководителя (-лей) с критериями оценки руководителя(-лей) медицинской организации, утвержденным Управляющим органом. \*

1

Управляющий орган утверждает критерии оценки (индикаторы) руководителя медицинской организации

2

Пороговое значение, расчёт критериев оценки (индикаторов)

3

В письменном документе(-ах) описано, как Управляющий орган будет оценивать руководство организации по определенным критериям, как минимум раз в год. Результаты оценки документируются.

### КРИТЕРИЙ 1.4

Медицинская организация ежеквартально предоставляет Управляющему органу отчеты об основной деятельности, включая сведения о медицинских ошибках, жалобах, случаях смерти и результатах проведенного анализа. \*\*

Руководитель решает оперативные вопросы, возникающие в процессе деятельности организации, утверждает план управления рисками, план повышения качества, программу инфекционного контроля, стратегии и процедуры по обеспечению охраны труда и безопасности на рабочем месте. Ежегодно в вышестоящий государственный орган управления представляется отчет о деятельности организации. Реагирование на сообщения от контрольных и регулирующих органов осуществляется в соответствии с установленными требованиями.

**Руководитель является ответственным и отчитывается за следующее:**

- 1) все оперативные вопросы, включая управление рисками, повышение качества, охрану здоровья (труда) и безопасность;
- 2) клиническую, управленческую и финансовую деятельность перед вышестоящими государственными органами;
- 3) реагирование на любые сообщения, полученные от контрольных и уполномоченных органов.

### КРИТЕРИЙ 1.5

Документируется ежегодная оценка работы Управляющего органа и руководителя(-лей) медицинской организации. \*\*

Деятельность Управляющего органа должна оцениваться вышестоящим органом здравоохранения или вышестоящим учредителем. Например, наблюдательный совет, при медицинской организации имеющей форму собственности «ГП на ПХВ», может оцениваться курирующим органом. Если управляющий орган медицинской организации является высшим уровнем управления и не имеет над собой других учредителей, например, частные медицинские организации с формой собственности «АО» или «ТОО», то оценка управляющего органа проходит в виде самооценки на ежегодной основе. Руководитель медицинской организации получает оценку от управляющего органа на ежегодной основе.

Более подробную информацию смотреть в руководствах по интерпретации стандартов аккредитации для медицинских организаций



## Мониторинг договоров

**Мониторинг** – анализ реализации мероприятий по договору, а также целевого использования средств в соответствии с условиями договора.  
**Целью мониторинга** договоров является обеспечение контроля над выполнением мероприятий по договору, целевым использованием средств в соответствии с условиями договора, а также принятие либо обеспечение принятия необходимых мер по недопущению/снижению/устранению финансовых и проектных рисков, содействие в эффективной реализации проекта.

### КРИТЕРИЙ 28.1

Руководителем медицинской организации определяются ответственные лица по курации договоров о предоставлении услуг или товаров для медицинской организации.



В медицинской организации осуществляется контроль качества товаров и услуг, в том числе отданных в аутсорсинг. Для этих целей приказом руководителя медицинской организации определяются ответственные лица, осуществляющие мониторинг и контроль исполнения договоров закупок услуг или товаров.

### КРИТЕРИЙ 28.2

В каждом договоре прописываются требования к контрактной организации или её исполнителям, объёму и качеству предоставляемых услуг или товаров. \*\*

На этапе заключения договоров, для определения качества приобретаемых товаров и услуг, медицинской организацией разрабатывается подробная техническая спецификация к объёму и качеству услуг или товаров, квалификационные требования к потенциальным поставщикам.

Техническая спецификация - это документ, который определяет набор требований, которым должен соответствовать продукт или ряд продуктов. Спецификации используются в случае, когда выдается договор на покупку оборудования или услуг. Техническая спецификация определяет требования к выполнению контракта.

Более подробную информацию смотреть в руководствах по интерпретации стандартов аккредитации для медицинских организации

## Мониторинг договоров

### КРИТЕРИЙ 28.3

В каждом договоре прописываются индикаторы, на основании которых медицинская организация проводит мониторинг договора и оценку качества услуг или товаров поставщика. \*\*

В медицинской организации для проведения объективной оценки исполнения договорных обязательств контрактной организацией или её исполнителями объёма и качества предоставляемых услуг или товаров\*\*, к каждому договору разрабатываются **индикаторы** оценки.

Это - контроль сроков и полноты исполнения сторонами договорных обязательств

### КРИТЕРИЙ 28.4

Результаты мониторинга договоров на основе индикаторов доводятся до сведения руководства медицинской организации не реже одного раза в год \*\*

Руководители подразделений получают от контрактных организаций отчёты относительно качества и объёма услуг, предоставленных в рамках их подразделения, принимают необходимые меры по ним, а также обеспечивают, чтобы эти отчёты интегрировались в процесс измерения качества организации

### КРИТЕРИЙ 28.5

При несоответствии качества услуг или товаров поставщика ожиданиям медицинской организации, принимаются меры по устранению несоответствий, вплоть до расторжения договора с поставщиком.

☞ Качество и безопасность пациента при оказании медицинского ухода требует оценки всех услуг, которые предоставляются медицинской организацией или услуг в рамках договорных отношений.

Договор подлежит расторжению в следующих случаях:

Нецелевое использование бюджетных средств

Нарушение условия договора

Фальсификация документов или предоставление недостоверной информации





ПРОГРАММА УПРАВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИМИ НЕИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

ПРОГРАММА УПРАВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИМИ НЕИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

**77.1.** Разрабатывается программа и внедряется процесс управления хроническими неинфекционными заболеваниями (оценка статуса прикрепленного населения, формирование стратегий по ведению пациентов, утверждение списков пациентов, индикаторов мониторинга)



Программы управления заболеваниями (ПУЗ) - это система скоординированных и интегрированных медицинских вмешательств и коммуникаций для определённых групп пациентов с хроническими заболеваниями, где важный компонент – улучшение самопомощи/самоменеджмента

ПУЗ разрабатываются и внедряются для улучшения состояния людей с хроническими заболеваниями, снижения частоты развития осложнений и расходов системы здравоохранения, связанных с госпитализацией этих пациентов.

**77.2** Руководством медицинской организации определяются ответственные лица для реализации программы по управлению хроническими неинфекционными заболеваниями из числа руководителей медицинской организации, врачей, медицинских сестёр и прочего персонала (мультидисциплинарная команда) - (далее - МДК)



**77.3.** Проводится обучение пациентов по программе поддержки самоменеджмента и сотрудников по применению инструментов внедрения программы управления заболеваниями (ведение карт наблюдения, регистров)

Самоменеджмент/  
самопомощь

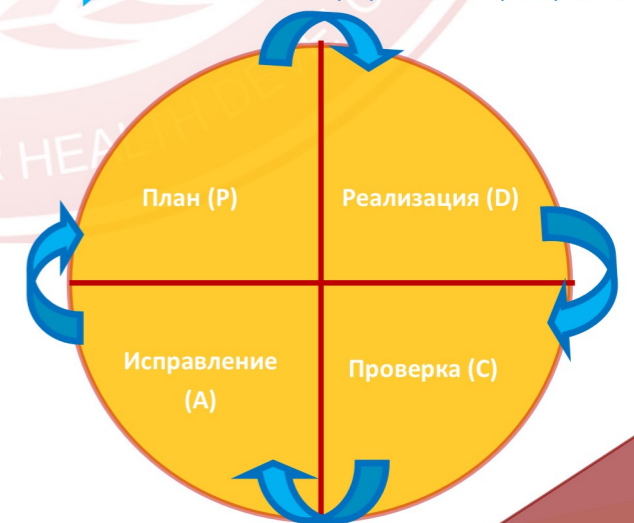
**Ключевая особенность ПУЗ:**  
1. Ведущая роль информированного активного пациента и продуктивное взаимодействие между врачом и пациентом  
2. Обучение пациентов самопомощи  
3. Совместный план медицинской помощи

**77.4** Проводится мониторинг для оценки эффективности мероприятий по управлению хроническими неинфекционными заболеваниями в соответствии с процедурами и процессами, утверждёнными руководством медицинской организации

**Согласованное с руководством:**  
1. Определение измеримых элементов (индикаторов)  
2. Периодичность сбора  
3. Ответственное лицо  
4. Пороговые значения

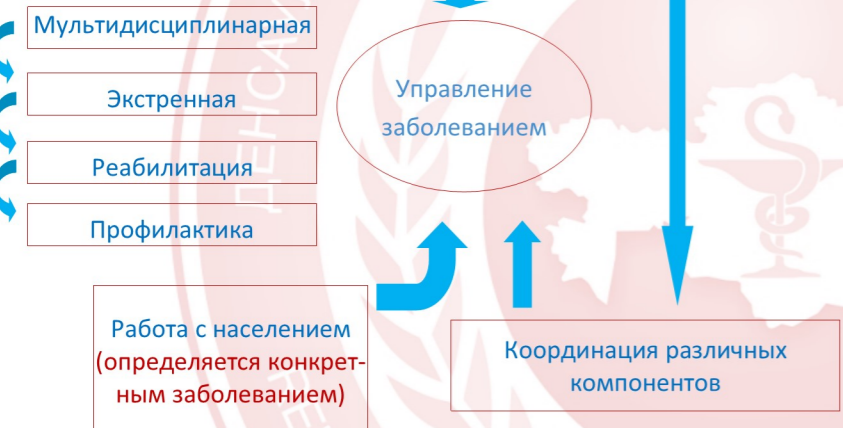
**77.5** Результаты мониторинга применяются для принятия решений об обучении сотрудников и других мероприятий для улучшения деятельности медицинской организации. В медицинской организации проводится план-фактный анализ достигнутых результатов за определённый период по результатам мониторинга. По результатам мониторинга вносятся корректировки по выявленным несоответствиям проводится анализ, информация о проблемах представляется руководителю (в стационаре) для принятия управленческих решений.

Стандарт подробно расписан. Рекомендовано использование цикла **PDCA**, для улучшения результатов



Определение приоритетных хронических неинфекционных заболеваний  
**Ключевые элементы программы по управлению заболеваниями**

Комплексная медицинская помощь (уход) | Интегрированная медицинская помощь (уход) | Преимущество медицинской помощи (непрерывный уход)



**Активные инструменты для ведения пациента**  
- Наличие клинических руководств, основанных на доказательной медицине  
- Просвещение в области здоровья  
- Самопомощь  
- КР, КП, основанные на доказательствах  
- Информационные технологии  
- Непрерывное повышение качества  
- Оплата по результату

**ФАЗЫ УПРАВЛЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

**Фаза 1—Планирование**

1. Определение целевого заболевания (критерии отбора)
2. Определение уровня медицинских организаций
3. Определение количества случаев

**Фаза 2 — Внедрение**

1. Наличие адаптированного клинического руководства, основанного на ДМ
2. Разработка программы обучения для врачей/медсестёр /пациентов/общества
3. Разработка механизмов стимулирования оплаты труда
4. Разработка индикаторов проекта

**Фаза 3 — Оценка**

1. Непрерывный мониторинг изменений в практике применения ПУЗ в результате использования КР
2. Непрерывная оценка изменений состояния пациентов
3. Непрерывная оценка влияния программ профилактики для общества

Более подробную информацию смотреть в руководствах по интерпретации стандартов аккредитации для медицинских организаций



## БЕЗОПАСНОЕ СОЕДИНЕНИЕ КАТЕТЕРОВ И ТРУБОК

Безопасность пациентов повышается за счет предотвращения неправильного соединения катетеров и трубок пациента

### Из доклада ВОЗ

Трубки, катетеры и шприцы являются фундаментальным аспектом ежедневного предоставления медицинской помощи и используются для введения лекарств и жидкостей пациентам. Дизайн трубок, катетеров, шприцов, а также их переходников представлен таким образом, что возможно непреднамеренное подключение неправильных шприцов и трубок, тем самым способствуя неправильному маршруту введения лекарств. Причина этого такова, что разные устройства, используемые для различных целей, могут подключаться к одному разъёму или друг к другу

#### КРИТЕРИЙ 61.1

Персонал обучается визуальному отслеживанию катетеров и трубок от точки их начала до порта (места) их подключения, чтобы убедиться в правильности их соединения перед выполнением любых Соединений \*\*

Обучение и подготовка медицинского персонала, постоянное повышение квалификации, соблюдение правил установки, а также наблюдение и тщательный уход за катетерами и трубками являются основополагающими мероприятиями, по предотвращению развития катетер-ассоциированных инфекций

Для эффективного обучения персонала разрабатываются программа и план обучения. Проводится мониторинг знаний, который может включать тестирование, наблюдение за действиями персонала, анкетирование и другие мероприятия. Проводится неотложное и эффективное расследование и разрешение случаев возникновения катетер-ассоциированных инфекций

#### КРИТЕРИЙ 61.2

Соединения трубок и катетеров перепроверяются или обговариваются вслух после перемещения (смены положения) пациента, при переводе пациента в другое подразделение или медицинскую организацию

В соответствии с утверждёнными процедурами (правила передачи устной информации)



## БЕЗОПАСНОЕ СОЕДИНЕНИЕ КАТЕТЕРОВ И ТРУБОК

#### КРИТЕРИЙ 57.3

По мере необходимости, перед закупкой проводится оценка безопасности при использовании трубок и катетеров, чтобы выявить потенциальные шансы неправильных соединений (предпочтение приобретать устройства, которые не соединяемы для различных систем организма)



#### КРИТЕРИЙ 57.4

Для следующих категорий устройств предназначается уникальный разъем, чтобы ошибочно не перепутать катетеры и трубки разных систем организма при соединении с разъемом:

- 1) дыхательные системы и подача газов (кислород и вентиляторы);
- 2) устройства для энтерального применения (зонды, трубки для питания и системы подачи питания новорожденным).



#### КРИТЕРИЙ 57.5

Пациенты и их законные представители обучаются уходу за катетерами и трубками и информированы о запрете на самостоятельное подключение или отключение катетеров и трубок

Наличие у пациента постоянного катетера предусматривает тщательный гигиенический уход и соблюдение пациентом определённого режима в зависимости от вида катетера или трубки.



Медицинская организация проводит обучение пациентов и их родственников уходу за стомами, дренажами, зондами, катетерами и др.



Обучение фокусируется на конкретных знаниях и навыках, которые понадобятся пациенту и семье при уходе за катетерами и трубками.



Пациенты и их семьи информируются о запрете на самостоятельное подключение или отключение катетеров и трубок. Медицинская организация самостоятельно определяет формат для документирования обучения в медицинской карте пациента.





## Стандарты аккредитации, регламентирующие научные исследования

Участие пациента в научных исследованиях или экспериментальном лечении проводится в соответствии с законодательством Республики Казахстан \*\*\*

### КРИТЕРИЙ 69.1

В медицинской организации создаётся и работает Локальная Этическая Комиссия, которая наблюдает за проведением научных исследований с вовлечением пациента или экспериментального лечения \*\*

### КРИТЕРИЙ 69.2

В процедурах, разработанных медицинской организацией в соответствии с законодательством Республики Казахстан\*\*\* определяются функции Локальной Этической Комиссии, включающие обзор научного исследования, анализ ожидаемых преимуществ и рисков для безопасности пациента и принятие решения о проведении исследования \*\*

Локальная комиссия по вопросам этики является независимым экспертным органом, основанным на добровольном членстве и совместной деятельности

Комиссия в своей деятельности руководствуется принципами независимости, открытости и компетентности

Локальная комиссия по вопросам этики создаётся с целью проведения нравственно-этической и правовой экспертизы материалов научного исследования для защиты прав, безопасности и благополучия испытуемых пациентов

Контроль над соблюдением прав испытуемых и исследователей при проведении научных исследований



## Стандарты аккредитации, регламентирующие научные исследования

### КРИТЕРИЙ 69.3

Руководством медицинской организации определяется лицо, осуществляющее контроль за проведением и координацию научного исследования с вовлечением пациента (главный исследователь).

Главный исследователь имеет соответствующую квалификацию, образование, профессиональную подготовку и опыт, позволяющие ему принять на себя ответственность за надлежащее проведение научного исследования. Квалификация исследователя соответствует действующим нормативным требованиям и подтверждается текущим резюме и (или) другими документами. Главный исследователь осуществляет контроль за надлежащим проведением и координацию научного исследования с вовлечением пациента в медицинской организации, в том числе за предоставление пациентам информации об исследовании, получение информированного согласия на участие, контроль безопасности на всех этапах исследования, предоставление качественных и надёжных данных для обработки и другое.

### КРИТЕРИЙ 69.4

Перед началом исследования пациентом и его законным представителем подписывается информированное согласие на участие в научном исследовании с указанием идентификации пациента, фамилии и подписи врача, даты, времени, подписи пациента или законного представителя.

В медицинской организации разработаны правила (порядок) получения информированного согласия пациента или его законного представителя на участие в научном исследовании. Разработаны и утверждены формы информированного согласия. Перед включением в исследование пациент или его законный представитель получает подписанный и датированный экземпляр письменной формы информированного согласия и другие предоставляемые пациентам письменные материалы.



### КРИТЕРИЙ 69.5

Пациент информируется о ходе исследования и обязанностях пациента, об ожидаемых преимуществах, рисках и дискомфорте, альтернативных видах лечения, праве отказаться от участия в исследовании в любое время без страха предвзятого отношения после отказа

Пациент или его законный представитель информируется о ходе исследования и обязанностях пациента, об ожидаемых преимуществах, рисках и дискомфорте, альтернативных видах лечения. Пациент вправе отказаться от участия в исследовании в любое время без страха предвзятого отношения после отказа.



Более подробную информацию  
смотреть в руководствах по  
интерпретации стандартов  
аккредитации для  
медицинских организации



## ЦЕНТР АККРЕДИТАЦИИ



Республика Казахстан, г. Астана,  
ул. Мангілік ел 8, подъезд 18В

Тел.: +7 7172 700-950  
внутренний (1051, 1052, 1059, 1068) .  
E-mail: [c.akkred@mail.ru](mailto:c.akkred@mail.ru)

[www.rcrz.kz](http://www.rcrz.kz)