**Пояснительная записка**

В рамках исполнения мероприятий по пересмотру стандартов аккредитации Рабочая группа провела внешнее сканирование, литературный обзор, сбор экспертных мнений для изучения и анализа вопросов касательно стандартов аккредитации. Собранные предварительные отзывы, полученные в результате анкетирования медицинских организаций и экспертов по аккредитации в общем количестве 454 респондентов проанализированы и приняты во внимание в процессе пересмотра стандартов аккредитации. Рабочая группа установила формат стандартов аккредитации и требования к содержанию и оформлению текста. Первое рассмотрение проекта стандартов аккредитации проводилось Рабочей группой в течение 60 дней в течение июня – июля 2016 года

В состав Рабочей группы были включены представители аккредитованных медицинских организаций, эксперты по аккредитации, сотрудники аккредитующего органа, представители государственных органов, клиницисты, организаторы здравоохранения в количестве 23 человек.

Ниже предоставлены результаты деятельности рабочей группы в виде сравнительной таблицы стандартов аккредитации второго и третьего пересмотров.

**Сравнительная таблица стандартов аккредитации для медицинских организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№****п/п** | **Структурный элемент** | **Действующая редакция****2 пересмотр** | **Предлагаемая редакция****3 пересмотр** | **Обоснование****Кроме ссылки на поручения необходимо указать:****1) Суть поправки;****2) Четкое обоснование каждой вносимой поправки** |
|  | Заголовок главы | 1. Общие положения | Глава 1. Общие положения | Редакционная правка |
| 1. | Стандарт 1 | **1.0** **ЭТИЧЕСКИЕ НОРМЫ ОРГАНИЗАЦИИ** **Этические нормы определяют направление деятельности организации и процесс принятия решений.** | **Раздел А****1.0 УПРАВЛЯЮЩИЙ ОРГАН** **Функции управляющего органа (Наблюдательный Совет, Совет директоров, Совет учредителей или уполномоченный орган) медицинской организации описываются в документах.** | Добавлен новый стандарт в связи с усилением координации деятельности медицинской организации и внедрением корпоративного управления  |
| 1.1 Формулировка целей или предназначения медицинской организации осуществляется руководством организации при содействии персонала с учетом рекомендаций заинтересованных сторон и представляет собой основу для планирования и определения направлений развития организации. |
| 1.1 Структура и функции управляющего органа медицинской организации, включая делегированные высшему руководителю(-ям) медицинской организации полномочия, описываются в документах (Устав или иной документ) ). \*\* |  |
|  |
| 1.2 В медицинской организации имеется определенный комплекс ценностей, которыми она руководствуется при принятии решений и определении правил поведения сотрудников. | 1.2 Члены Управляющего органа представляются по имени и должности в документах . \*\* |
| 1.3 Медицинская организация разрабатывает этические правила, охватывающие вопросы в отношении деятельности медицинской организации и обслуживания пациентов. | 1.3 Управляющим органом разрабатывается порядок оценки работы руководителя(-лей) медицинской организации с критериями оценки руководителя(-лей) медицинской организации. \* |
| 1.4 Управляющий орган ежеквартально рассматривает отчеты медицинской организации об основной деятельности, включая сведения о медицинских ошибках, жалобах и случаях смерти, и результатах проведенного анализа. \*\* |
| 1.4 Персонал регулярно проходит обучение по вопросам этики и деонтологии.  |
| 1.5 В медицинской организации внедрен процесс выявления, анализа и принятия мер по фактам нарушения этических норм. | 1.5 Документируется ежегодная оценка работы управляющего органа и руководителя(-лей) медицинской организации . \*\* |
| 2 | Стандарт 2 | **2.0 УПРАВЛЕНИЕ****В медицинской организации осуществляется эффективное управление в соответствии с ее правовым статусом и ответственностью.** | **2.0 СТРАТЕГИЧЕСКОЕ И ОПЕРАЦИОННОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ** **Руководители медицинской организации планируют услуги согласно потребностям населения**2.1 В документе для стратегического планирования (стратегия развития или стратегический план) излагаются миссия, видение, ценности, стратегические цели, задачи и индикаторы исполнения задач. \*\*2.2 Коллективно разработанный документ для стратегического планирования деятельности организации согласовывается управляющим органом. \*\*2.3 На основании документа для стратегического планирования руководство коллективно разрабатывает и утверждает документы для операционного планирования деятельности (операционный или производственный план организации на год). \*\*2.4 Руководство ежеквартально проводит мониторинг выполнения операционного плана работы (планов работы подразделений) и данные по индикаторам. \*\*2.5 Руководство планирует бюджет и обеспечивает медицинскую организацию необходимыми ресурсами для реализации стратегических, операционных задач и исполнения протоколов диагностики и лечения. \*\* | Стандарт 2.0 «Управление» в действующей редакции заменен на стандарт «Стратегическое и операционное планирование» в предлагаемой редакции, предусматривающий связь стратегического планирования с операционным.  |
| 2.1 | Обязанности руководства организации включают следующее:1. определение и рассмотрение этических норм;
2. согласование и утверждение стратегического, оперативного планов организации, а также плана обеспечения качества медицинских услуг;
3. утверждение бюджета и обеспечение организации соответствующими ресурсами для выполнения поставленных целей и задач;
4. мониторинг и оценка достижения результатов стратегических и оперативных планов и качества медицинских услуг;
5. назначение или утверждение руководителей структурных подразделений и оценка эффективности их деятельности.
 |
| 2.2 | Медицинская организация действует в соответствии с конституционными и юридическими нормами Республики Казахстан, и имеет требуемые правоустанавливающие документы, в том числе:1) свидетельство о государственной (учетной) регистрации (перерегистрации);2) устав (положение);3) РНН, БИН. |  |  |
|  | 2.3 | Руководство организации обеспечивает осуществление деятельности путем:1) получения, рассмотрения и реагирования на предписания государственных органов;2) своевременной актуализации пакета действующих нормативных правовых актов; 3) принятия активных действий по доведению их до заинтересованных лиц;4) обеспечения доступности базы нормативных правовых актов для персонала медицинского учреждения. |  |  |
| 2.4 | Медицинская организация информирует общественность:1. об оказываемых услугах и условиях их получения;
2. о деятельности и принимаемых решениях, которые могут повлиять на предоставляемые услуги;
3. о качестве оказываемых услуг и достигнутых результатах.
 |  |  |
| 3. | Стандарт 3 | **3.0** **СТРАТЕГИЧЕСКОЕ И ОПЕРАТИВНОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ****Организация планирует свои услуги с целью удовлетворения потребностей населения и осуществляет четкое руководство по его реализации.** | **3.0** **ОПЕРАЦИОННОЕ УПРАВЛЕНИЕ****Эффективное управление медицинской организации осуществляется в соответствии с ее правовым статусом и ответственностью.** | Стандарт «Стратегическое и оперативное планирование» действующей редакции заменен на стандарт «Операционное управление» в предлагаемой редакции в связи с приоритетностью эффективного управления медицинской организацией в соответствии с миссией и видением организации |
|  | 3.1 | В стратегическом плане развития, разработанном руководством совместно с персоналом, излагаются долгосрочные цели, задачи, стратегии для осуществления миссии медицинской организации. | 3.1 Миссия и видение организации являются доступными для сотрудников медицинской организации и для населения. |
|  | 3.2 | Стратегический план основан на:1) целях и этических нормах организации; 2) потребностях обслуживаемого населения;3) анализа полученных отзывов от пациентов/ семей и общественности;4) количественных и качественных показателях оказания медицинских услуг;5) правительственных стратегиях и приоритетах в здравоохранении;6) ожидаемых результатах по достижению целей и задач организации (индикаторах оценки). | 3.2 Медицинская организация действует в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан и своевременно реагирует на результаты проверок уполномоченных органов (смотреть критерий 15.3). \*\* |
|  | 3.3 | Комплексный годовой план разработан и согласован со всеми структурными подразделениями медицинской организации:1. в соответствии со стратегическим планом;
2. с рассмотрением непосредственных приоритетов;
3. содержит задачи и план мероприятий по всем услугам;
4. определяет укомплектование штата, финансовые и материальные ресурсы для обеспечения выполнения запланированных действий.
 | 3.3 Для каждого структурного подразделения утверждается положение о подразделении с описанием основных функций или списка оказываемых услуг. \* |
|  |  | 3.4 | Медицинской организацией и ее структурными подразделениями регулярно рассматривается достигнутый прогресс в реализации годового плана в сравнении с целями и планом мероприятий:1. уровень достижения целей и ожидаемых результатов;
2. выполнение запланированных действий;
3. адекватность ресурсной поддержки;
4. соблюдение запланированных сроков;
5. нереализованные задачи и проблемы;
6. дальнейшие планируемые шаги.
 | 3.4 Руководитель каждого структурного подразделения или службы отчитывается руководству организации о статусе выполнения поставленных задач и достижении желаемых порогов по индикаторам (смотреть критерии 8.1 и 8.2). \*\* |
|  |  | 3.5 | Служба внутреннего аудита проводит анализ достигнутых результатов в сравнении с годовым планом, информация предоставляется руководителю медицинской организации и руководителям структурных подразделений для планирования дальнейших действий. | 3.5 В решении ежедневных проблем руководство демонстрирует предпочтение плановой системной работе по предупреждению рисков вместо реактивной работы по устранению кризисных ситуаций (смотреть критерии 9.1; 9.4; 9.5). |
|  | 3.6 | Решения относительно планируемых улучшений, внесенных в годовой план, сообщаются и обсуждаются с персоналом и передаются при необходимости соответствующим внешним службам. |  |  |
| 4. | Стандарт 4 | **4.0** **ОБЩЕЕ УПРАВЛЕНИЕ** **Медицинская организация имеет структуру управления и подотчетности. Управление осуществляется квалифицированными менеджерами.** | **4.0 ОРГАНИЗАЦИОННАЯ СТРУКТУРА****Организационная структура соответствует миссии и деятельности организации.** | Критерий 4.8 (2 версия стандартов) выделен в отдельный стандарт в связи с приоритетностью организационной структуры в сбалансированной работе структурных подразделений организации |
| 4.1 | Руководитель медицинской организации является ответственным и отчитывается за следующее:1. все оперативные вопросы, включая управление рисками и повышение качества, инфекционный контроль, охрану здоровья/труда и безопасность;
2. о клинической, управленческой и финансовой деятельности перед руководящим органом и вышестоящими государственными органами;
3. реагирование на любые сообщения, полученные от контрольных и регулирующих органов.
 | 4.1 Организационная структурапредставляется в виде схемы, утверждается и доводится до сведения персонала организации. \*\* |
|  |  | 4.2 В организационной структуре представляется лицо, осуществляющее контроль общего управления организацией и (или) лицо, осуществляющее контроль клинических вопросов. |  |
| отсутствует | 4.3 В организационной структуре представляется лицо, осуществляющее контроль сестринского ухода; лицо, осуществляющее контроль качества и иные руководящие лица для реализации миссии организации. |
| 4.2 | Руководитель медицинской организации имеет образование, квалификацию, стаж и опыт работы. | 4.4 В организационной структуре представляется лицо, осуществляющее контроль эффективного управления финансовыми ресурсами. |
| 4.3 | В должностной инструкции руководителя медицинской организации ясно определена его роль, права и обязанности. | 4.5 Организационная структура пересматривается коллективно на основании инициатив руководителей структурных подразделений, при значительном изменении деятельности, в целях совершенствования и способствует координированной работе между подразделениями и службами. |
| 4.4 | Эффективность работы руководителя организации определяется достижениями в деятельности медицинской организации, отчет по исполнению запланированных мероприятий предоставляется в вышестоящую организацию.  |  |  |
| 4.5 | Функции и полномочия каждого структурного подразделения определены и доведены до сведения сотрудников. |  |  |
| 4.6 | Каждое подразделение медицинской организации возглавляется руководителем, имеющим образование, квалификацию, стаж и опыт работы. |  |  |
| 4.7 | Лица, ответственные за клиническую деятельность медицинской организации обеспечивают:1. планирование и оценку клинической практики;
2. предоставление консультаций по клиническим вопросам руководителю организации и заведующим подразделениями;
3. мониторинг стандартов клинического лечения;
4. контроль и оказание содействия персоналу.
 |  |  |
| 4.8 | Организационная структура:1. оформлена документально и представлена в виде схемы;
2. соответствует целям, задачам и функциям организации;
3. четко отражает структуру подчинения персонала;

4) помогает отделам и службам скоординировать планирование и оказание услуг. |  |  |
| 4.9 | Структура организации регулярно рассматривается и доводится до сведения всего персонала организации и других соответствующих лиц. |  |
|  | 4.10 | Медицинская организация согласовывает свою деятельность и услуги, предоставляя планы и стратегии государственным органам управления или другим медицинским организациям в целях обеспечения преемственности. |  |
| 5 | Стандарт 5  | **5.0** **УПРАВЛЕНИЕ РИСКАМИ И ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА** **Медицинская организация сводит к минимуму возможные риски, постоянно проводит их мониторинг и оценку, а также повышает качество предоставляемых услуг.** | **5.0****ЭТИЧЕСКИЕ НОРМЫ** **Определяются и соблюдаются этические нормы организации.** | Выделен в отдельный стандарт в соответствии с международной практикой в области повышения безопасности пациентов и соблюдения этических норм в деятельности организации |
| 5.1 | План управления рисками для медицинской организации:1. основан на информации, полученной из стратегического плана;

результатов анализа клинических показателей;результатов анализа отзывов пациентов и неблагоприятных событий;службы инфекционного контроля;результатов анализа укомплектования персоналом и обеспечения ресурсами;результатов анализа состояния окружающей обстановки;1. определяет, оценивает и располагает по приоритетам все риски с точки зрения их вероятности и последствий нанесенного вреда здоровью и материального ущерба;
2. включает стратегии управления такими рисками;
3. имеется в наличии и распространяется среди персонала для ознакомления.

Примечание: План управления рисками может включать такие элементы, как политика, критерии для оценки рисков, обязанности и функции по управлению рисками, необходимую подготовку кадров, список идентифицированных рисков (стратегических, эксплуатационных, финансовых и рисков опасности) - реестр рисков или подобный документ с анализом рисков и их уровня, выводы касательно планов работы с рисками или мер по контролю основных рисков, включая процессы по передаче информации заинтересованным сторонам. | 5.1 В медицинской организации определяются этические нормы, которыми она руководствуется при организации своей деятельности, в том числе при принятии решений и определении политик поведения сотрудников. |
| 5.2 | Медицинская организация обучает своих сотрудников правилам снижения рисков, путем:1. обнаружения, оценки и сообщения о ситуациях, включающих риск;
2. управления ситуациями, имеющими потенциальный риск;
3. предотвращения или контроля инфекции;
4. безопасного использования оборудования и материалов;
5. безопасного метода транспортировки людей и грузов.
 | 5.2 В медицинской организации разрабатывается и утверждается этический кодекс или политика по этике, охватывающие права, обязанности и ответственность персонала при осуществлении своей профессиональной деятельности. \* |  |
| 5.3 | План управления рисками регулярно проверяется и пересматривается в целях обеспечения его эффективности путем:1. контроля за фактическим выполнением требований правил управления рисками;
2. пересмотра определенных рисков;
3. внесения улучшений в план управления рисками, используя результаты, полученные в процессе контроля выполнения требований, правил управления рисками и пересмотра определенных рисков.
 | 5.3 Персонал проходит обучение по вопросам этики. |  |
|  |  | 5.4 В медицинской организации внедряется процесс выявления, своевременного анализа и принятия мер по этическим дилеммам, включающим решение прекратить или не продолжать лечение, отказать в лечении, или когда лечение будет предоставлено против желания пациента в связи с требованиями законодательных актов и другие этически-сложные ситуации. |  |
|  |  | 5.5 В медицинской организации создается Этический комитет для рассмотрения этических вопросов при оказании медицинской помощи в данной организации. \*\* |  |
|  |  | 5.4 | В медицинской организации имеется непрерывная система повышения качества медицинских услуг, включающая:1. участие всех подразделений медицинской организации;
2. определение приоритетов медицинской организации по контролю качества предоставляемых услуг и их обновление с учетом нужд и потребностей пациентов, процессов, которые представляют высокий риск, большой объем, являются дорогостоящими или проблемными;
3. сбор, анализ и оценку данных мониторинга и аудита;
4. информирование руководства и сотрудников.
 |  |  |
|  |  | 5.5 | Ежегодный план повышения качества:1. разрабатывается совместно с руководителями структурных подразделений; подробно определяет мероприятия по контролю качества, планы действия, их цели и методы достижения;
2. определяет график проведения аудита, сбора данных по качественным показателям;
3. определяет ответственных лиц и сроки исполнения.
 |  |  |
|  |  | 5.6 | План повышения качества включает мониторинг, отчетность и оценку:1. показателей эффективности лечения по приоритетным заболеваниям и ключевым процессам, например, время ожидания, уровень повторной заболеваемости и госпитализации, ошибки в назначении лекарственных средств, инфекции и несчастные случаи;
2. удовлетворенности пациента и его семьи, оказанными медицинскими услугами.
 |  |  |
|  |  | 5.7 | Руководители структурных подразделений ответственны за реализацию плана по повышению качества, включая следующее: 1. мониторинг соответствующих показателей;
2. мониторинг выполнения стандартов, политик, процедур, клинических протоколов и правил;
3. рассмотрение фактов обращений и предложений со стороны пациентов и их семей;
4. проекты по улучшению качества оказываемых медицинских услуг.
 |  |  |
|  |  | 5.8 | Внутренняя служба по контролю качества:1. получает отчеты по мероприятиям обеспечения качества;
2. анализирует собранные данные и классифицирует их по направлениям;
3. отчитывается перед руководителями структурных подразделений и руководителями организации.
 |  |  |
|  |  | 5.9 | Информация и отчеты о повышении качества обсуждаются на производственных или клинических встречах и конференциях. Сотрудники организации, руководители структурных подразделений и руководство организации участвуют в принятии решений по определенным действиям в области улучшения качества. |  |  |
|  |  | 5.10 | Проводится аудит медицинской организации с целью оценки качества предоставляемых медицинских услуг и соответствия с утвержденными клиническими протоколами и правилами:1. уполномоченным лицом/группой экспертов;
2. в соответствии с графиком проведения клинических аудитов использования клинических протоколов, которые имеются в достаточном количестве.
 |  |  |
|  |  | 5.11 | Результаты клинического аудита и обзора клинических случаев: 1. обсуждаются в работе соответствующих комиссий, на собраниях или конференциях;
2. используются для улучшения процессов оказания медицинской помощи;
3. включаются в отчеты по выполнению программы повышения качества.
 |  |  |
|  |  | 5.12 | Мероприятия по повышению качества запланированы, предприняты соответствующие меры и действия, оценена эффективность действий. Персонал, клиенты/ пациенты информированы о результатах оценки. |  |  |
|  |  | 5.13 | Персонал следует документированным политикам и процедурам при выполнении своих должностных обязанностей в каждом структурном подразделении. |  |  |
|  |  | 5.14 | Политики и процедуры, утвержденные руководством: 1. ежегодно обновляются;
2. разрабатываются с участием персонала;

доступны персоналу на рабочих местах. |  |  |
| 6 | Стандарт 6.0  | **6.0 УПРАВЛЕНИЕ ФИНАНСАМИ****Финансовые ресурсы медицинской организации управляются и контролируются для оказания содействия в достижении целей.** | **6.0 КУЛЬТУРА БЕЗОПАСНОСТИ****Руководство организации внедряет и поддерживает культуру безопасности, поощряющую выявление ошибок и принятие системных мер по улучшению работы вместо наказания** | Разработан новый стандарт.В соответствии с международными требованиями внедряется новая терминология в области повышения качества медицинских услуг, деятельность руководства медицинской организации, поощряющая выявление ошибок и принятие системных мер по улучшению работы вместо наказания  |
|  |  | 6.1 | Руководство ежегодно утверждает план финансово-хозяйственной деятельности:1. подготовленный финансово-экономическим блоком медицинской организации;
2. с участием персонала медицинской организации;
3. основанный на предполагаемых доходах и сметах расходов;
4. на основе задач и планируемых мероприятий годового плана.
 | 6.1 Руководством медицинской организации поддерживается баланс между профессиональной ответственностью и некарательной обстановкой для выявления ошибок и «почти ошибок».  |  |
|  |  | 6.2 | Порядок и процедуры финансовой деятельности медицинской организации документируются и включают следующее:1. оперативность выставления счетов и оплаты счетов;
2. бухгалтерский учет;
3. полномочия по закупке и расходованию средств, процедура передачи полномочий;
4. страхование;
5. управление активами.
 | 6.2 Медицинской организацией обеспечивается страхование профессиональной ответственности медицинских работников с высоким риском возникновения конфликтов касательно профессиональной ответственности. \*\* |
|  |  | 6.3 | Бухгалтерский учет основан на достоверной финансовой информации обо всех источниках доходов и расходов, и обеспечивает своевременные и точные финансовые отчеты для принятия решений. | 6.3 Руководство и сотрудники обучаются определениям «культура безопасности», «инцидент», «почти ошибка (потенциальная ошибка)», процессу сообщения об инцидентах, предоставлению отчетов и расследованию инцидентов (например, применение анализа корневых причин) |
|  |  |  |  | 6.4 В медицинской организации внедряется процесс выявления, документации в медицинской карте, процесса сообщений и анализа инцидентов, включая ошибки с нанесением вреда пациенту, ошибки без вреда пациенту и «почти ошибки».  |
|  |  | 6.4 | Прибыли, убытки и расходы на услуги регулярно отслеживаются в сравнении с бюджетом и предоставляются руководству медицинской организации в виде ежемесячных финансовых отчетов. | 6.5 Руководством осуществляются системные меры по фактам расследования ошибок и «почти ошибок» с выявлением причины возникновения инцидентов для улучшения деятельности организации \*\* |  |
|  |  | 6.5 | Существует система внутреннего финансового контроля и аудита. |  |  |
|  |  | 6.6 | Внешний финансовый аудит проводится в соответствии с НПА. |  |  |
|  |  | 6.7 | Медицинские услуги, осуществляемые на платной основе:1) имеется прейскурант цен; 2) цены рассчитаны на основе затрат;3) оплата платных услуг проводится в соответствии с законодательством Республики Казахстан. |  |  |
|  |  | 6.8 | Список утвержденных платных услуг и их цен доступен населению. |  |  |
|  |  | 6.9 | Медицинская организация проводит аудит платных услуг для подтверждения, что:1. цены соответственные, а расходы и платежи осуществляются надлежащим образом, согласно документально оформленным процессам;
2. средства используются по целевому назначению.
 |  |  |
|  |  | 6.10 | Оплата труда сотрудникам, перечисления в пенсионный фонд и другие обязательные отчисления:1. осуществляются своевременно;
2. основаны на утвержденной структуре заработных плат и вознаграждений сотрудникам медицинской организации.
 |  |  |
|  |  | 6.11 | Отчеты своевременно направляются в налоговые органы и органы государственной статистики.  |  |  |
| 7 | Стандарт 7.0 | **7.0** **ИНФОРМАЦИОННОЕ УПРАВЛЕНИЕ****Организация систематически управляет и защищает свою информацию в целях удовлетворения информационных потребностей и задач.** | **7.0 УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ****В медицинской организации определяется лицо, ответственное за координацию мероприятий по улучшению качества и утверждается документ, определяющий основные направления работы по улучшению качества.** | Критерий 5.5 (2версия) выделен в стандарт 7.0 предлагаемой редакции для разделения системы управления рисками от управления качеством медицинских услуг |
|  |  | 7.1 | В медицинской организации имеется единая автоматизированная информационная система по управлению ее деятельностью, включающая:1. наличие совместимых компьютеров и пакетов прикладных программ, отвечающих нуждам каждого отдела;
2. лицензионное программное обеспечение;
3. управление текущими расходами;
4. процедуры необходимых обновлений программного обеспечения;
5. текущее техническое обслуживание;
6. обучение персонала.
 | 7.1 Лицо, осуществляющее контроль координации программы по улучшению качества обладает необходимыми навыками и знаниями в области улучшения качества \*\*(смотреть критерий 4.3). |  |
|  |  | 7.2 | Медицинская организация обеспечивает конфиденциальность, безопасность и целостность информации путем:1. установки уровней защиты для доступа персонала к особо важной информации;
2. обучения персонала о неразглашении частной или личной информации и соблюдения конфиденциальности;
3. ограничения доступа к конфиденциальной информации, в том числе информации о пациенте.
 | 7.2 Управляющий орган медицинской организации ежегодно утверждает документ (программа или план мероприятий) для непрерывного улучшения качества услуг и повышения безопасности пациента с вовлечением всех подразделений организации. \* |
|  |  | 7.3 | Документально оформленные процедуры защиты информации используются персоналом и включают:1. создание резервных копий файлов;
2. хранение резервных копий;
3. восстановление данных в случае чрезвычайных ситуаций
 | 7.3 В документе для непрерывного улучшения качества услуг прописывается определение термина «экстремальное событие», что включает, но не ограничивается следующим: 1. случай смерти, не связанной с естественным течением заболевания;
2. процедура или операция, проведенная «не тому пациенту», «не на том месте» или «не та процедура»;
3. значительные побочные эффекты или реакция на анестезию или седацию;
4. значительные побочные эффекты на лекарственные средства;

инцидент с нанесением вреда пациенту и иные события, определенные организацией. |
|  |  | 7.4 | Персонал клиники имеет доступ к надежным Интернет-ресурсам и телекоммуникационным технологиям для выполнения своих профессиональных обязанностей. | 7.4 Экстремальное событие подлежит анализу корневых причин в течение 45 дней с момента происшествия или с момента выявления и сообщается управляющему органу медицинской организации в составе квартального отчета с указанием принятых системных мер по улучшению работы (смотреть критерий 1.4) и пациентам для информирования \*\* |
|  |  | 7.5 | Персонал может получить информацию о достижениях и передовых технологиях в здравоохранении посредством:1. предоставления актуальной медицинской информации, руководств по эксплуатации медицинского оборудования, базы по лекарственным препаратам в библиотеке или другом доступном месте;
2. участия в профессиональных конференциях, семинарах и учебных программах.
 | 7.5 Руководители организации и руководители подразделений обучаются методам (инструментам) улучшения качества и надлежащему использованию данных (смотреть критерий 19.3). |
|  |  | 7.6 | Медицинская организация использует стандартный процесс управления документацией, соответствующий требованиям законодательства РК и включающий следующее:1. утвержденную номенклатуру дел с указанием сроков хранения;
2. файлы/папки во всех отделениях сводятся в единую номенклатуру;
3. документы хранятся в папках в соответствии с номенклатурой дел.
 |  |  |
|  |  | 7.7 | Внутренние документы, регулирующие деятельность организации:1. утверждены и подписаны ответственным лицом;
2. имеют дату ввода и сроки действия;
3. обновляются по потребности;
4. контролируются на своевременность выполнения ответственными лицами.
 |  |  |
|  |  | 7.8 | Медицинские записи о пациентах: 1) защищены от потери, уничтожения, искажения и неправомочного доступа или использования; 2) доступны только уполномоченному персоналу;3) удобны для доступа, но с соблюдением конфиденциальности;4) не должны выноситься из помещения без специального разрешения. |  |  |
|  |  | 7.9 | Медицинская документация архивируется:1. в соответствии с документированной процедурой по архивированию документов, их передаче в архив и правилами получения документов из архива;
2. под руководством ответственного лица;
3. помещение архива находится в защищенном от доступа посторонних лиц месте и оборудовано стеллажами (шкафами);
4. и выписки из амбулаторных карт предоставляются только определенным лицам по запросу.
 |  |  |
| 8 | Стандарт 8.0 | **8.0 УПРАВЛЕНИЕ ЧЕЛОВЕЧЕСКИМИ РЕСУРСАМИ****Эффективное планирование и управление человеческими ресурсами повышает производительность труда персонала и является инструментом в достижении медицинской организацией поставленных целей и задач.** | **8.0 НЕПРЕРЫВНОЕ ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА****В медицинской организации внедряется программа непрерывного улучшения качества услуг и безопасности пациента.** | Выделен в отдельный стандарт в связи с приоритетностью повышения качества медицинских услуг и безопасности пациента |
|  |  | 8.1 | В медицинской организации используется документированный процесс для определения:1) уровня укомплектованности персонала, необходимого для выполнения планируемых объемов услуг и работ;2) уровня требуемого стажа и опыта;3) наиболее эффективной и рациональной структуры профилей и должностей персонала. | 8.1 Руководство ежегодно участвует в определении приоритетных индикаторов для организации в целом и для отдельных служб, которые включаются квартальные отчеты медицинской организации об основной деятельности (смотреть критерии 1.4 и 2.4). \*\* |
|  |  | 8.2 | Медицинская организация разрабатывает и использует политику и процедуры по управлению штатом, включающую назначение, отбор, обучение, оценку, поощрение, сохранение и привлечение компетентного штата в целях выполнения поставленных задач по оказанию медицинских услуг. | 8.2 Для каждой клинической службы определяются индикаторы c формулой расчета (определенным числителем и знаменателем, если применимо), с желаемым пороговым значением; проводится сбор данных и анализ индикаторов. \*\*8.3 Проводится аудит медицинских карт в соответствии с внутренними правилами медицинской организации, и результаты аудита применяются для улучшения деятельности. \* |
|  |  | 8.3 | Доступность специалистов и структура профессиональных навыков персонала:1. соответствуют функциям каждого подразделения;
2. пересматриваются ежегодно при планировании или по потребности.
 |
|  |  | 8.4 | На все штатные должности разработаны должностные инструкции, которые утверждены руководством медицинской организации. Должностные инструкции доступны каждому сотруднику и включают:1) квалификацию, навыки, подготовку, опыт работы, требуемые для занятия штатной должности;2) функциональные обязанности; 3) подотчетность;4) сроки пересмотра. | 8.4 Проводится анкетирование удовлетворенности пациентов всех типов (стационара и пациентов, получающих услуги на дому) в соответствии с внутренними политиками и процедурами медицинской организации и результаты анкетирования применяются для улучшения деятельности. \* |
|  |  |  |  | 8.5 Проводится обзор клинических случаев и результаты обсуждаются в группах или в работе соответствующих комиссий и применяются для улучшения деятельности.  |  |
|  |  | 8.5 | Назначение/прием на должность производится:1) подписанием контракта между работником и организацией; 2) в соответствии с требованиями, изложенными в должностной инструкции; 3) в соответствии с трудовым законодательством и обеспечением равных возможностей трудоустройства. |  |  |
|  |  | 8.6 | До назначения/приема специалиста, допущенного к клинической практике медицинская организация:1) проводит оценку его клинических знаний и навыков; 2) проводит проверку предоставленной первичной документации (дипломы, сертификаты); 3) оформляет личное дело с указанием послужного списка, трудового стажа и опыта работы.  |   |  |
|  |  | 8.7 | Каждый сотрудник имеет подписанный оригинал своей должностной инструкции, копия которой имеется в отделе кадров. |  |  |
|  |  | 8.8 | Каждый сотрудник проходит инструктаж для ознакомления с медицинской организацией, ее целями и задачами, а также со своими должностными обязанностями, в соответствии с документированной программой введения в должность. |  |  |
|  |  | 8.9 | Персонал в медицинской организации идентифицируется посредством:1. ношения специального медицинского обмундирования;
2. униформы для технических работников;
3. бейджей с указанием фамилии, имени, отчества и занимаемой должности.
 |  |  |
|  |  | 8.10 | В медицинской организации существует ежегодно проводимая процедура оценки результатов работы специалистов на предмет: 1) соответствия целям и задачам, указанным в должностных инструкциях; 2) определения достижений и нуждающихся в повышении квалификации; 3) процедура документируется и подписывается сотрудником и руководителем подразделения;4) подшивается к личному делу. |  |  |
|  |  | 8.11 | В медицинской организации существует механизм мониторинга деятельности всего клинического персонала, который включает: 1) мониторинг того, что клинический персонал имеет достаточную непрерывную клиническую практику для сохранения своей компетентности; 2) реагирование на проблемы, связанные с компетентностью персонала, посредством дополнительного наставничества, обучения или других процедур; 3) мониторинг того, что клинический персонал занимается клинической деятельностью в рамках своих полномочий и компетенций;4) регулярную проверку сведений о профессиональной квалификации и компетенций сотрудников. |  |  |
|  |  | 8.12 | Составляется бюджет и ежегодный план по повышению квалификации специалистов на основе:1) анализа потребностей в дополнительной подготовке сотрудников;2) анализа потребностей медицинской организации, связанных с оказанием услуг. |  |  |
|  |  | 8.13 | В медицинской организации имеется политика непрерывного профессионального образования, предусматривающая: 1) регулярное повышение квалификации специалистов (не реже 1 раза в пять лет); 2) средства для повышения квалификации. |  |  |
|  |  | 8.14 | Существует полная документированная информация о каждом сотруднике организации, включая записи об обучении, которая относится к конфиденциальной и хранится в защищенном месте. |  |  |
|  |  | 8.15 | В медицинской организации проводится анализ ключевых показателей, таких как, отсутствие на работе без уважительной причины, текучесть кадров, результаты которых используются для улучшения. |  |  |
| 9 | Стандарт 9  | **9.0** **БЕЗОПАСНОСТЬ ЗДАНИЙ****Окружающая среда медицинской организации является безопасной и комфортной для пациентов, персонала и посетителей.** | **9.0 УПРАВЛЕНИЕ РИСКАМИ****В медицинской организации внедряется программа** **по управлению рисками.** | Выделен в отдельный стандарт по внедрению программы по управлению рисками для улучшения работы медицинской организации. Критерии данного стандарта включают анализ инцидентов («почти ошибок», ошибок, экстремальных событий); результаты анализа применяются для улучшения деятельности, что отсутствовало ранее.Данные критерии отражают оценку рисков |
|  |  | 9.1 | Здания медицинской организации1. отвечают потребностям в площади и расположении подразделений при предоставлении услуг пациентам в повседневной работе и во время чрезвычайных ситуаций;
2. регулярно ремонтируются;
3. отвечают требованиям строительных норм и правил;
4. отвечают требованиям санитарных норм и правил.
 | 9.1 Медицинская организация имеет программу по управлению рисками, которая включает следующие элементы \*: а) цель, задачи, область применения;б) критерии оценки рисков;в) ответственность за управление рисками и функции управления рисками;г) требования по обучению персонала;д) список выявленных рисков – стратегических, клинических, финансовых и прочих угроз;е) план действий с указанием мероприятий на каждый значительный риск;ж) план информирования о рисках заинтересованных сторон. |  |
|  |  |  | отсутствует | 9.2 В рамках программы по управлению рисками проводится: 1) выявление;2) сообщение;3) регистрация и определение приоритетности;4) анализ инцидентов («почти ошибок», ошибок, экстремальных событий»);5) результаты анализа применяются для улучшения деятельности (смотреть критерии 1.4; 6.3; 6.4; 7.3; 7.4). \*\* |
|  |  |  |  | 9.3 Раз в год медицинская организация проводит оценку рисков (составляется и обновляется реестр рисков) и принимаются меры по их снижению. \*\* |  |
|  |  | 9.2 | В медицинской организации принимаются меры по обеспечению безопасности в соответствии с письменной политикой и процедурами, с целью защиты:1. персонала, работающего в одиночку или в изолированном помещении;
2. 2) пациентов, посетителей и персонала от угрозы физического насилия и потери имущества в дневное и ночное время;
3. лекарственных средств от краж и хищений;

здания, оборудования и имущества от повреждения или утери.  | 9.4 Руководители структурных подразделений знают о существующих рисках (проблемах) в своем подразделении. |
|  |  |  |  | 9.5 Руководители структурных подразделений принимают во внимание данные по индикаторам, инциденты, предложения и обращения со стороны пациентов и сотрудников для снижения рисков или для улучшения работы. |
|  |  | 9.3 | По всей территории медицинской организации на видных местах установлены легко читаемые информационные знаки по технике безопасности, включая знаки:1. направлений;
2. запрета курения;
3. запретных зон и прочих предупреждений;
4. опасности радиоактивного излучения в помещении;
5. противопожарного оборудования;
6. схем эвакуации при чрезвычайных ситуациях;
7. указателей ближайшего выхода.
 |  |  |
|  |  | 9.4 | Территория медицинской организации обслуживается в должном объеме и соответствует транспортным требованиям:1. имеются свободные подъездные пути;
2. отведено парковочное место для автомобилей медицинской организации, автомобилей пациентов и посетителей;
3. оснащенный гараж для парковки автомобилей медицинской организации при потребности;
4. соответствующее место для проведения ремонта автомобилей.
 |  |  |
|  |  | 9.5 | В медицинской организации имеется возможность передвижения пациентов и посетителей с ограниченными физическими возможностями, и перемещения грузов:1. обеспечение работающих пассажирских лифтов в зданиях, состоящих из трех и более этажей, служебных лифтов в лечебные отделения выше второго этажа или выше;
2. пандус, подходящий для детских колясок, инвалидных кресел, каталок и тележек.
 |  |  |
|  |  | 9.6 | Медицинская организация имеет функционирующие водопроводные и канализационные системы, отвечающие требованиям санитарно-гигиенических норм и правил:1. бесперебойная подача холодной и горячей воды, доступная в местах нахождения пациентов и в других служебных зонах;
2. функционирующая канализационная и дренажная система.
 |  |  |
|  |  | 9.7 | Окружающая обстановка в медицинской организации способствует комфорту и безопасности персонала и пациентов посредством: 1. естественной вентиляции при помощи вытяжки воздуха, открывания окон и/или искусственной – приточно-вытяжной;
2. функционирующей системы центрального или местного отопления равномерно во всех помещениях в холодное время года;
3. адекватного естественного освещения в местах нахождения пациентов;
4. наличия адекватного искусственного освещения, в местах, где отсутствует естественное освещение.
 |  |  |
|  |  | 9.8 | Медицинская организация с целью создания комфортной рабочей среды управляет своими коммунальными службами и сводит к минимуму потенциальные риски:1. имеет в наличии альтернативные источники для предупреждения воздействия перебоев работы коммунальных служб на систему жизнеобеспечения организации и инфекционный контроль;
2. обслуживание инженерных коммуникаций осуществляется высококвалифицированными, компетентными работниками, которые следуют надлежащим процедурам;
3. предотвращает распространение загрязняющих веществ в таких зонах, как централизованные стерилизационные службы, лаборатория с обеспечением адекватной вентиляции с притоком воздуха из чистых районов в загрязненные.
 |  |  |
|  |  | 9.9 | Медицинская организация обеспечивает условия для поддержания гигиены пациентов и персонала, предоставляя:1. достаточное количество расположенных в удобном месте, понятно обозначенных и доступных туалетов и гигиенических комнат;
2. доступ к раковинам, электросушилкам или бумажным полотенцам во всех туалетах и в рабочих зонах для персонала;
3. приватное место для пациентов при отправлении личных потребностей гигиены, возможность получения помощи при этом.
 |  |  |
|  | Стандарт 10.0 | **10.0** **УПРАВЛЕНИЕ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫМИ СИТУАЦИЯМИ И ПРОТИВОПОЖАРНОЙ БЕЗОПАСНОСТЬЮ****Медицинская организация сводит к минимуму риски возникновения пожара и готова к чрезвычайным и критическим ситуациям.**  | **10.0 КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ****Руководители организации отслеживают выполнение сотрудниками утвержденных на основании доказательной базы клинических протоколов диагностики и лечения** | Клинические протоколы диагностики и лечения в соответствии с требованиями международных стандартов: выделяются в отдельный стандарт с целью проведения мониторинга внедрения протоколов диагностики и лечения |
|  |  | 10.1 | Медицинская организация разрабатывает детальный план мероприятий на случай пожара или иной чрезвычайной ситуации, который включает:1. ответственность за управление и координирование мер экстренного реагирования;
2. процесс уведомления аварийных служб и персонала;
3. систему экстренной связи;
4. процедуру эвакуации людей из здания в случае необходимости.
 | 10.1 Ежегодно руководители медицинской организации коллективно определяют не менее пяти клинических протоколов диагностики и лечения (если применимо), которые подлежат мониторингу на предмет исполнения. |  |
|  |  |  |  | 10.2 При отсутствии утвержденных клинических протоколов диагностики и лечения, медицинская организация утверждает для внутреннего пользования адаптированные клинические протоколы диагностики и лечения или инициирует их пересмотр или утверждение на национальном уровне.  |
|  |  | 10.2 | Персонал проходит ежегодное обучение в соответствии с планом реагирования при ЧС, включая процедуры ориентации персонала при эвакуации, и участвует в мероприятиях по учебной тревоге. | 10.3 Проводится ретроспективный и текущий аудит медицинских карт на предмет соответствия требованиям клинических протоколов диагностики и лечения. |
|  |  |  |  | 10.4 Результат аудита медицинских карт оформляется в виде презентации с данными по исполнению отдельных требований клинического протокола диагностики и лечения. |
|  |  |  |  | 10.5 Презентация с данными по исполнению клинических протоколов диагностики и лечения применяется для обратной связи с медицинским персоналом, обучения сотрудников и других мероприятий для улучшения деятельности. |
|  |  | 10.3 | Медицинская организация снижает риск возникновения пожара путем: 1. использования огнестойких строительных материалов, таких как огнестойкая краска, шторы, мебель и постельное белье;
2. обеспечения запасных путей эвакуации, таких как лестницы внутри здания и внешние пожарные лестницы;
3. обеспечения оборудованием пожаротушения (гидранты, пожарные шланги, огнетушители, системы автоматического водяного пожаротушения), расположенного в соответствующих местах и обозначенного надлежащим образом;
4. установки системы пожарной сигнализации и системы оповещения;
5. использования техники и устройств, для ограничения распространения пожара (противопожарные барьеры, противопожарные стены, пожарные двери и аварийные выключатели).
 |  |  |
|  |  | 10.4 | Системы аварийной сигнализации: 1. должны находиться в состоянии готовности и быть способными издавать звуковые сигналы, слышимые на необходимом расстоянии и заглушающие остальной шум;
2. имеют необходимые настройки, которые содержатся в рабочем состоянии, тестируются в соответствии с программой планово-предупредительного технического обслуживания, полученные данные документируются.
 |  |  |
|  |  | 10.5 | Из всех зон здания медицинской организации имеются адекватные пути для эвакуации, включая:1. пути эвакуации в случае пожара, такие как дверные проемы, коридоры, пандусы или переходы, лестничные пролеты, всегда свободные от заграждений;
2. пожарные и противодымные двери, которые должны хорошо открываться и закрываться вручную;
3. выходные двери, которые оставляются открытыми или фиксируются электрическими устройствами автоматического расцепления;
4. запрет запирания дверей в кабинетах для приема пациентов и выходных дверей, за исключением особых случаев и моментов, когда есть адекватные запасные выходы.
 |  |  |
|  |  | 10.6 | Воспламеняющиеся вещества, газовые баллоны и другие потенциально опасные материалы и химические вещества хранятся и используются в соответствии с инструкциями по безопасности, и включают:1. систематическую сортировку и маркировку;
2. запирание помещений и обеспечение герметичности;
3. запирание контейнеров для хранения газовых баллонов или наличие ограждения, с целью недопущения посторонних лиц;
4. хранение на уровне пола на специализированных поддонах.
 |  |  |
| 11 | Стандарт 11.0  | **11.0** **БЕЗОПАСНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОБОРУДОВАНИЯ И РАСХОДНЫХ МАТЕРИАЛОВ****Медицинская организация использует оборудование, расходные материалы и медицинские приборы безопасно, эффективно и рационально.** | **11.0 РАБОТА С НАСЕЛЕНИЕМ****Медицинская организация способствует доступности оказываемых услуг для населения и планирует типы медицинских услуг, отвечающие потребностям обслуживаемых пациентов.** | Критерий 2.4 (2-ой версии) выделен в отдельный новый стандарт в 3 версии, в связи с детализацией функций по требованию стандарта, привлечением населения к планированию услуг медицинской организации |
|  |  | 11.1 | Медицинская организация планирует закупки, модернизацию и замену медицинских приборов и оборудования: 1. для обеспечения планируемых услуг;
2. для реагирования при чрезвычайных ситуациях с помощью имеющегося резерва;
3. с целью обеспечения бесперебойной работы всех приборов и оборудования.
 | 11.1 Медицинская организация информирует население об оказываемых услугах и условиях (порядке) их получения, а также любых изменениях в списке оказываемых услуг и условиях (порядке) их получения. \*\* |  |
|  |  | 11.2 | Внедрена программа профилактического технического обслуживания и ремонта приборов и оборудования, включающая:1. 1) наличие графика планового испытания, осмотра, технического обслуживания и ремонта;
2. 2) наличие инструкций на основе руководств по эксплуатации производителя, стандартов по обращению с опасными веществами и стандартов безопасности;
3. 3) выполнение калибровки;
4. соблюдение требований законодательства и местных органов власти.

Примечание: Программа охватывает оборудование для диагностики и лечения пациентов, работу электрических, канализационных, отопительных, вентиляционных систем и их компонентов. | 11.2 Медицинская организация информирует население о качестве оказываемых услуг (индикатор «удовлетворенность пациента» и другие). \*\*  |
|  |  |  |  | 11.3 Медицинская организация имеет способ постоянного информирования населения и сбора потребностей от населения по оказываемым услугам (веб-сайт), поддерживает обратную связь с населением через средства коммуникации (веб-сайт, социальные сети, телефон, call-центр). |  |
|  |  | 11.3 | Имеется процедура обнаружения и оповещения выявленных дефектов и отказов оборудования, включающая:1. ведение журнала регистрации дефектов и неисправностей оборудования;
2. общепринятый бланк для персонала для подачи заявки на ремонт или замену оборудования**;**
3. достаточное количество расходных материалов для проведения технического обслуживания и мелкого ремонта**;**
4. регулярный обзор нерассмотренных заявок;
5. решения о списании и утилизации неподлежащего ремонту или устаревшего оборудования в соответствии с установленными критериями;
6. мониторинг и документирование всех заявок по ремонту, выполненных работ, произведенных закупок и время их выполнения.
 | 11.4 Медицинская организация участвует в программах по обучению населения здоровому образу жизни и профилактике заболеваний. \*\* |
|  |  | 11.4 | Имеются в наличии письменные договора с подрядчиками, обеспечивающими поставки, технические услуги, услуги управления отходами, профилактическое техническое обслуживание и ремонт медицинского и электрооборудования, в которых:1. установлены обязанности обеих сторон и требования к безопасности и качеству;
2. указаны дата поставки, стоимость;
3. содержатся условия, используемые для контроля выполнения работ подрядчиками.
 | 11.5 Медицинская организация учитывает потребности населения в планировании услуг. |
|  |  | 11.5 | Медицинская организация обеспечивает безопасную и правильную эксплуатацию оборудования посредством:1) того, что все сотрудники, эксплуатирующие как новое, так и имеющееся оборудование, и медицинские приборы, проходят обучение по безопасной эксплуатации и техническому обслуживанию; 2) того, что к эксплуатации специализированного оборудования (например, автоклавы, насосы IV группы и выше, вентиляторы, уплотнители мусора) допускаются квалифицированные специалисты, имеющие необходимые знания, навыки и свидетельство;3) имеется в наличии и доступны для персонала правила по технике безопасности и инструкции по диагностическому и другому медицинскому оборудованию. |  |  |
|  |  | 11.6 | Системы связи обеспечивают эффективный поток внутренних и внешних коммуникаций с целью незамедлительного информирования о любом инциденте и включают следующее:1. наличие доступной телефонной связи во всех структурных подразделениях для пациентов и ухаживающих лиц;
2. для пациентов функционирующую систему сигнального оповещения медицинского персонала.
 |  |  |
|  |  | 11.7 | Все оборудование (лечебно – диагностическое, автоклавы) подключены к контуру заземления. |  |  |
|  |  | 11.8 | Сотрудники службы лучевой диагностики защищены от радиоактивного облучения путем: 1. использования кабины радиационной защиты и средств защиты;
2. использования индивидуальных дозиметров ежемесячно замеряемых на радиационный фон, при превышении нормы которого выполняются надлежащие меры;
3. проведения два раза в год радиационного контроля
 |  |  |
|  |  | **Поставки** |  |  |
|  |  | 11.9 | Внедрена и используется система управления поставками, предусматривающая:1. оценку потребностей в клинических и неклинических поставках для каждого отделения;
2. установку минимальных норм товарно-материальных затрат для удовлетворения рассчитанных потребностей и обеспечение поставок с целью снижения до минимума складских запасов и стоимости погрузочно-разгрузочных работ;
3. учет движения запасов и контроль объема складских запасов;
4. хранение в хороших условиях белья и других мягких материалов;
5. своевременную замену запасов до истечения срока годности;
6. хранение запасов на полках в сухом и безопасном месте.
 |  |  |
|  |  | 11.10 | В медицинской организации имеется в достаточном количестве моющие и дезинфицирующие средства, соблюдается график закупок и имеются акты списания этих средств, а персонал обучен правилам применения средств согласно инструкциям. |  |  |
|  |  | **Фармацевтические поставки** |  |  |
|  |  | 11.11 | Лекарственные средства и изделия медицинского назначения приобретаются, исходя из конкретных критериев, что включает:1. области предоставляемых услуг и установленных потребностей пациентов**;**
2. необходимые лекарственные препараты в соответствии с утвержденным перечнем жизненно важных лекарственных средств**;**
3. потребности в специальных лекарственных средствах и изделиях медицинского назначения, запасы которых не предусмотрены**;**
4. способ транспортировки.
 |  |  |
|  |  | 11.12 | Структурное подразделение по лекарственному обеспечению использует систему управления запасами, которая включает:1. список запасов в соответствии с утвержденными нормами для всех отделений**;**
2. использование системы резервного запаса (наличие минимального объема запасов)**;**
3. наличие лекарственных средств и изделий медицинского назначения в случае чрезвычайной ситуации, немедленно восполняемых после использования**;**
4. проверку качества, количества, номера партии, даты производства и срока годности приобретенных лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения при проведении приема**;**
5. наличие автоматизированной системы учета для управления запасами и контроля истечения срока годности.
 |  |  |
|  |  | 11.13 | Медикаменты хранятся в соответствии с групповой принадлежностью: 1. защищены от неблагоприятного воздействия света, влаги и экстремальных температур**;**
2. защищены от вредителей**;**
3. при достаточной вентиляции.
 |  |  |
|  |  | 11.14 | Температурный режим при хранении лекарственных средств и контрастных веществ отвечают требованиям производителя:1. медицинские холодильники запираются на замок и используются только для хранения лекарственных препаратов данного температурного режима**;**
2. ведется контроль и запись температурного режима холодильника, и предпринимаются меры при отклонении температуры от заданного диапазона.
 |  |  |
| 12 | Стандарт 12.0  | **12.0 ЗДОРОВЫЕ УСЛОВИЯ ТРУДА****Программа гигиены труда персонала способствует безопасным и здоровым рабочим условиям.** | **РАЗДЕЛ B: УПРАВЛЕНИЕ РЕСУРСАМИ****12.0 УПРАВЛЕНИЕ ФИНАНСАМИ****Финансовые ресурсы медицинской организации используются эффективно для реализации стратегических и операционных задач.** | Выделен в отдельный стандарт, так как управление финансами должно эффективно использоваться для реализации стратегических и операционных задач медицинской организации |
|  |  | 12.1 | Имеется программа гигиены труда и здоровья персонала с документированным процессом рассмотрения вопросов, связанных с условиями профессиональной деятельности и поддержкой здоровья персонала, которая включает: 1. биологический скрининг и профилактику риска профессионального заражения крови и жидких компонентов организма от вирусов, таких как гепатиты A, B и C;
2. обеспечение механическими подъёмными устройствами и обучение персонала методам обращения с ними;
3. профилактику получения травм иглой и повреждения глаз;
4. контроль радиационной безопасности;
5. реабилитацию персонала после болезни или травмы для скорейшего возвращения на рабочее место;
6. обеспечение удобным рабочим местом.
 | 12.1 Бюджет организации составляется на основании заявок руководителей подразделений и при необходимости пересматривается (смотреть критерий 2.5). |  |
|  |  | 12.2 | Медицинская организация предоставляет средства и услуги для обеспечения здоровья сотрудников, включающая:1. аптечки оказания первой помощи;
2. срочный осмотр и лечение производственной травмы, включая уколы от неосторожного обращения с иглами и повреждения глаз;
3. контроль рабочей нагрузки и психологическая поддержка для минимизации стресса и его контроля.
 | 12.2 Бюджет соответствует поставленным задачам в стратегическом и операционном (годовом) плане работы медицинской организации (смотреть критерии 2.2 и 2.3.) |
|  |  |  |  | 12.3 Страхование профессиональной ответственности медицинских работников с высоким риском возникновения конфликтов касательно профессиональной ответственности включается в бюджет организации (смотреть критерий 6.2). \*\* |
|  |  | 12.3 | Сотрудники обучаются правилам техники безопасности и ответственности за свое здоровье и безопасность, включая:1) стратегии и процедуры по обеспечению охраны труда и безопасности на рабочем месте;2) выявление и управление рисками на рабочем месте;3) выявление и сообщение о происшествиях, авариях и несчастных случаях, в которых пациенты, персонал или кто-либо еще были травмированы или могли быть травмированы на рабочем месте либо при исполнении служебных обязанностей. | 12.4 Для экстренного приобретения лекарственных средств и изделий медицинского назначения, отсутствующих в медицинской организации, существует процесс (договор) их срочного приобретения в круглосуточном режиме. \*\* |
|  |  | 12.4 | Медицинская организация ежегодно оценивает удовлетворенность сотрудников условиями труда, гарантируя, что:1) персонал будет ознакомлен с результатами проведенного исследования; 2) будут приняты управленческие меры по результатам выявленных проблем. | 12.5 Медицинские услуги, осуществляемые на платной основе, оказываются на основании утвержденного прейскуранта цен, доступного населению. \*\* |
|  |  | **Управление рисками** |  |  |
|  |  | 12.5 | Каждое подразделение использует системный процесс, чтобы:1. выявлять и вести документальный учет фактических и потенциальных рисков (не менее одного раза в год) ;
2. оценивать степень и последствия выявленных рисков и ранжировать их по степени представляемых угроз;
3. применить надлежащий контроль по каждому значимому риску путем его устранения, изоляции, с целью снижения риска или сведения к минимуму его воздействия.
 |  |  |
|  |  | 12.6 | Персонал рассматривает значимые риски, которые были изолированы или сведены к минимуму, но не устранены в установленные сроки для выявленных рисков. |  |  |
|  |  | 12.7 | Информация об актуальных вопросах здоровья и безопасности персонала, включая информацию о рисках, вывешены на видном месте и доведены до сведения персонала и сотрудников, работающих на договорной основе. |  |  |
|  |  | 12.8 | Персоналу, который подвергается потенциальным опасностям при выполнении своих служебных обязанностей, предоставляется соответствующая защитная одежда и снаряжение (спецодежда, фартуки, маски, перчатки, головные уборы, защитные очки, а для сотрудников радиологической службы – свинцово-резиновые фартуки). |  |  |
|  |  | 12.9 | Проводится регулярная (ежеквартальная, ежегодная) дезинсекция и дератизация помещений с обязательным документированием. |  |  |
|  |  | **Инциденты, несчастные случаи и неблагоприятные события** |  |  |
|  |  | 12.10 | Информация об инцидентах, несчастных случаях и неблагоприятных событиях, в том числе о потенциально опасных происшествиях и возникших профзаболеваниях:1. предоставляется в соответствующей форме, доступной во всех местах и в установленные сроки;
2. записывается в медицинскую карту пациента или личное дело сотрудника;
3. в случае аварии регистрируется в журнале аварийных ситуаций;
4. сообщается в соответствующие органы при получении серьезной травмы работника или пациента;
5. вносится в централизованный журнал регистрации инцидентов для последующего анализа;
6. оперативно расследуются согласно установленной процедуре.
 |  |  |
|  |  | 12.11 | Результаты расследования инцидентов, несчастных случаев и неблагоприятных событий:1. проанализированы с целью выявления причины происшествия;
2. передаются соответствующей комиссии или подразделению, и используются для улучшения процессов или дополнительного обучения персонала;
3. доведены до сведения персонала, вовлеченного пациента или его семьи.
 |  |  |
|  |  | 12.12 | Данные об инцидентах, несчастных случаях и потенциально опасных происшествиях рассматриваются не реже одного раза в год с целью выявления тенденций, а информация предоставляется руководству и сотрудникам, для возможности дальнейшего использования с целью предотвращения травматизма или вреда. |  |  |
| 13 | Стандарт 13.0  | **13.0** **БЕЗОПАСНОСТЬ ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ****Для удовлетворения диетических и медицинских потребностей пациентов обеспечиваются безопасные продукты питания.** | **13.0 ФИНАНСОВЫЙ АУДИТ****Управление ресурсами организации проводится в соответствии с законодательными актами, внутренним политикам.** | Критерий 6.5 действующей редакции выделен в отдельный стандарт предлагаемой редакции «Финансовый аудит» в связи с актуальностью проведения мониторинга финансового статуса организации, внешнего и внутреннего аудита |
|  |  | 13.1 | Запасы продуктов питания для составления сбалансированного меню для пациентов имеются в достаточном количестве, на них указаны сроки годности и условия хранения.  | 13.1 Существует система или процесс внутреннего финансового контроля.  |  |
|  |  | 13.2 | Хранение, обработка, приготовление и распределение продуктов питания проводится согласно санитарно-гигиеническим требованиям, правилам и руководствам:1. сухие продукты питания хранятся на защищенных полках;
2. жидкие, сырые продукты и приготовленная пища хранятся в закрытых маркированных контейнерах;
3. сырые и готовые продукты хранятся в холодильнике раздельно;
4. в достаточном количестве имеется оборудование для хранения, транспортировки и поддержания безопасной температуры пищи до- и во время распределения.
 | 13.2 Внешний финансовый аудит проводится в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан и внутренних политик и процедур. |
|  |  | 13.3 | Холодильные и морозильные установки используются для хранения скоропортящихся продуктов. Температура внутри установки контролируется и записывается ежедневно в разное время суток, при любом отклонении от нормы предпринимаются меры по их устранению. | 13.3 Руководитель организации проводит мониторинг финансового статуса организации (финансовые отчеты или сведения о выполнении операционного или производственного плана). |
|  |  | 13.4 | Все помещения в медицинской организации соответствуют санитарным нормам и правилам, содержатся в чистоте, без насекомых и грызунов, разделены по функциональным зонам, таким как, раздача пищи и мытье посуды. | 13.4 Бухгалтерский учет ведется с применением признанных автоматизированных программ. |
|  |  |  |  | 13.5 Отчеты своевременно направляются в налоговые органы и органы государственной статистики. |
|  |  | 13.5 | Пищеблок регулярно проверяется на наличие: 1. работающего кухонного оборудования и техники для приготовления пищи;
2. маркировки инвентаря в соответствии с его предназначением;
3. отдельных разделочных столов, ножей и досок для резки сырых и вареных продуктов;
4. удобных столов для различных видов работ;
5. отдельных раковин для мытья овощей и посуды;
6. планировка дает возможность разделения функций;
7. помещения содержатся в чистоте и отвечают санитарно-гигиеническим требованиям.

Примечание:Столы для работы с продуктами должны быть из нержавеющей стали или прочного алюминия.Столы из оцинкованного железа с закругленными углами используются только для разделки сырого мяса. |  |
|  |  | 13.6 | Квалифицированный врач- диетолог или диетсестра осуществляют надзор за приготовлением блюд диетических столов для пациентов, руководствуясь специальной литературой по приготовлению основных диетических столов.Примечание:Стол № 1 - язва желудка и двенадцатиперстной кишки Стол № 5 – хронический и острый гепатит, хронический холецистит, желчнокаменная болезньСтол № 7 – хроническое и острое почечное заболевание Стол № 9 - сахарный панкреатический диабетСтол № 10 – заболевания сердечнососудистой системы Стол № 11 - туберкулёз лёгких, заболевания легкихСтол № 13 - острые инфекционные заболеванияСтол № 15 – общий стол |  |
|  |  | 13.7 | Осуществляется контроль качества приготовленных блюд с целью:1. оценки и регистрации данных о вкусе, цвете, аромате, структуре и температуре готовых блюд перед их подачей;
2. оценки качества скоропортящихся продуктов.
 |  |
|  |  | 13.8 | Механизм по контролю и учету переводов пациентов в другое отделение обеспечивает предоставление им блюд диетических столов в соответствии с назначением. |  |
| 14 | Стандарт 14.0 | **14.0 ИНФЕКЦИОННЫЙ КОНТРОЛЬ****Организация проводит контроль и профилактику инфекционных заболеваний.** | **14.0 ФОНД ОПЛАТЫ ТРУДА****Оплата труда сотрудников осуществляется своевременно и с учетом дифференцированного вклада работника в производительность организации**  | Выделен в отдельный стандарт в связи с важностью своевременной оплаты труда сотрудников на основе утвержденной руководством медицинской организации организационной структуры, штатного расписания и с учетом дифференцированного вклада работника |
|  |  | 14.1 | Медицинская организация разрабатывает программу по инфекционному контролю:1. для профилактики и снижения распространения внутрибольничной инфекции;
2. с привлечением различных специалистов к ее разработке и мониторингу;
3. для всех структурных подразделений.
 | 14.1 Оплата труда сотрудников осуществляется на основании утвержденного руководством медицинской организации документа о дифференцированной оплате труда. \*\* |  |
|  |  |  |  | 14.2 Система дифференцированной оплаты труда основывается на индикаторах.  |
|  |  |  |  | 14.3 Проводится определение производительности работников в соответствии с утвержденными критериями для дифференцированной оплаты труда. \*\* |
|  |  |  |  | 14.4 Оплата труда сотрудникам, перечисления в пенсионный фонд и другие обязательные отчисления осуществляются своевременно. \*\* |
|  |  |  |  | 14.5 Оплата труда сотрудникам осуществляется на основе утвержденной руководством медицинской организацией организационной структуры, штатного расписания и в рамках системы дифференцированной оплаты труда. \*\* |
|  |  | 14.2 | Надзор за программой инфекционного контроля осуществляется комиссией по инфекционному контролю, состоящей из представителей соответствующих структурных подразделений, имеющей четкий круг полномочий и ответственной за:1. разработку и мониторинг программы инфекционного контроля;
2. утверждение и обзор всех политик и процедур по инфекционному контролю и проведение мероприятий;
3. координацию всех мероприятий по инфекционному контролю;
4. рассмотрение и анализ данных по инфекционному контролю не реже одного раза в год;
5. принятие надлежащих мер при выявлении недостатков инфекционного контроля;
6. оценку эффективности принятых мер.
 |  |  |
|  |  | 14.3 | Программа инфекционного контроля реализуется квалифицированными специалистами (медицинские сестры и/или врачи), в чьи должностные обязанности должны входить:1. реализация программы инфекционного контроля, учитывая рекомендации и замечания сотрудников и пациентов;
2. реализация политик;
3. обучение персонала;
4. консультации по инфекционному контролю;
5. разработка и применение методов контроля, включая обзор методов борьбы с инфекцией;
6. предоставление отчетов и рекомендаций.
 |  |  |
|  |  | 14.4 | Проводится регулярный сбор, сравнение и анализ информации о выявленных случаях инфекций для оценки эффективности мероприятий и показателей по инфекционному контролю:1. результаты своевременно сообщаются в комиссию по инфекционному контролю и руководству клиники и соответствующим сотрудникам;
2. используются стандартные определения для выявления и классификации случаев инфекции, показателей и результатов.
 |  |  |
|  |  | 14.5 | Проводятся регулярные обзоры клинических и параклинических практик для анализа рисков инфекции, методов инфекционного контроля и потребностей персонала в обучении, включающие:1. обходы;
2. изучение медицинских карт пациентов, лабораторных отчетов и записей о назначении лекарственных средств;
3. лабораторные анализы культур из взятых проб и смывов от намеченных участков с возможным риском инфекции;
4. уведомления, выдаваемые медицинскому персоналу.
 |  |  |
|  |  | 14.6 | В случае возникновения инфекции, персонал следует оформленным документально процессам, чтобы:1. незамедлительно выявить, отреагировать и локализовать инфекцию;
2. изолировать инфицированных пациентов;
3. выявить источник и пути распространения инфекции, включая отслеживание всех контактов;
4. проконсультироваться с государственными органами здравоохранения или специалистами по инфекционным заболеваниям;
5. использовать результаты расследований, чтобы предотвратить повторное возникновение данной формы инфекции;
6. сообщить в государственные органы здравоохранения.
 |  |  |
|  |  | 14.7 | Лабораторный и медицинский персонал, а также медицинские работники, имеющие право назначать лекарственные препараты, работают совместно и с сообществом для того, чтобы: 1. незамедлительно выявить и отреагировать на присутствие новых и резистентных вирусов и бактерий;
2. следовать стратегиям назначения антибиотиков, которые поддерживают осторожное их использование в лечении инфекций, включая ограничение использования антибиотиков широкого спектра действия;

3) проводить наблюдение за множественными резистентными организмами и организмами, связанными с использованием антибактериальных препаратов, как часть программы инфекционного контроля.  |  |  |
|  |  | 14.8 | Персонал регулярно проходит инструктаж и своевременно получает обновленную информацию по всем аспектам инфекционного контроля, касающуюся сферы их деятельности, включая:1. программу инфекционного контроля;
2. тщательное мытье и дезинфекцию рук;
3. стандартные процедуры предосторожности относительно передачи инфекций;
4. политики, процедуры, руководства и принципы инфекционного контроля.
 |  |  |
|  |  | 14.9 | Персонал, имеющий прямой контакт с пациентом моет и дезинфицирует руки:1. перед осмотром или лечением пациентов;
2. после осмотра или лечения пациентов;
3. после физического контакта с любыми материалами или оборудованием возможно зараженными биологическими жидкостями;
4. после снятия перчаток.
 |  |  |
|  |  | 14.10 | Стандартные инструкции и диаграммы по мытью и дезинфицированию рук размещены во всех отделениях и в местах пребывания пациентов и над умывальниками. |  |  |
|  |  | 14.11 | Персонал следует документированным процедурам и графикам в целях:1. предоставления безопасной и соответственной очистки всех больничных поверхностей;
2. очистки, дезинфекции и стерилизации оборудования, материалов и медицинских приборов в соответствии с инструкциями производителя;
3. сбора, транспортировки, обработки и хранения грязного и чистого белья для того, чтобы предотвратить заражение и инфицирование.
 |  |  |
|  |  | 14.12 | Технологическая цепочка (последовательность) гигиенических мероприятий от «грязного» до «чистого» обеспечивается путем четкого разделения «грязных» и «чистых» участков, включая отдельные входы и выходы в операционную, прачечную и в центральное стерилизационное отделение. |  |  |
|  |  | 14.13 | Коэффициент внутрибольничных инфекций:1. оценивается за определенный период времени;
2. анализируется для возможных действий;
3. доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования.
 |  |  |
|  |  | 14.14 | Коэффициент персонала, прошедшего обучение по гигиене рук:1. оценивается за определенный период времени;
2. анализируется для возможных действий;
3. доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования.
 |  |  |
|  |  | 14.15 | Коэффициент реализации соответствующей практики гигиены рук в организации:1. оценивается за определенный период времени;
2. анализируется для возможных действий;
3. доступен и предоставляется во время аккредитационного обследования.
 |  |  |
|  |  | **Управление отходами** |  |  |
|  |  | 14.16 | Помещение медицинской организации должно содержаться чистым и свободным от мусора и других отходов при помощи:1. достаточного количества закрытых мусорных контейнеров для пациентов и персонала;
2. регулярного опустошения контейнеров от мусора.
 |  |  |
|  |  | 14.17 | Отходы собираются, сортируются и хранятся по видам отходов в контейнерах, которые:1. имеют четкую маркировку и разный цвет для разных видов отходов;
2. имеют плотно закрывающиеся крышки;
3. запираются, если в них клинические отходы;
4. регулярно опустошаются, очищаются и дезинфицируются;
5. расположены на платформах, удобных для выгрузки и погрузки мусора;

6) находятся вдали от лабораторий. |  |  |
|  |  | 14.18 | Персонал, имеющий дело с опасными материалами и отходами:1. прошел надлежащий инструктаж, обучение и получил информацию о рисках, связанных с такой работой;
2. выполняет документально оформленные стратегии и процедуры в целях безопасного управления отходами;
3. снабжен защитной экипировкой и спецодеждой, соответствующей рискам.
 |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Стандарт 15.0 | 15.0 ПРАВА ПАЦИЕНТА И СЕМЬИ**Медицинская организация реализует политику по защите прав пациентов и их семей** | **15.0 ИНФОРМАЦИОННОЕ УПРАВЛЕНИЕ**Создаются надлежащие условия для эффективного управления данными. | Выделяется в отдельный стандарт в связи со значимостью информационного управления данными в процессе деятельности медицинской организации, включая доступ медицинских работников к сети интернет, доступность актуализированных актов для получения своевременной информации |
|  | 15.1 | Информация о правах и обязанностях пациента и семьи размещена на государственном и русском языках в местах пребывания пациентов и включает право на:1) достоинство и уважительное отношение;2) свободу от притеснений, эксплуатации и физического насилия;3) неприкосновенность частной жизни;4) конфиденциальность и приватность информации; 5) охрану и безопасность;6) полную информированность;7) принятие информированного решения;8) подачу жалобы/обращений. | 15.1 В медицинской организации имеется достаточное количество технических устройств для работы с медицинской и административной информацией.  |  |
|  | 15.2 | В местах ожидания и в других местах пребывания пациентов выставлена информация:1. о правах пациентов на государственном и русском языках;
2. об объеме оказываемых услуг и наличии медицинского оборудования;
3. о перечне услуг, предоставляемых на бесплатной основе, также прейскурант платных услуг;
4. о процедуре подачи жалоб/обращений и предложений.
 | 15.2 Руководство обеспечивает доступ медицинских работников к сети интернет для получения своевременной информации, необходимой в работе.  |
|  | 15.3 | В медицинской организации имеется процедура:1. обучения персонала по правам пациента и семьи;
2. мониторинга знаний и соблюдения персоналом прав пациента и семьи;
3. информирования пациентов и их семей с правами и обязанностями;
4. неотложного и эффективного расследования и разрешения предполагаемых случаев нарушения прав пациента.
 | 15.3 Руководство организации обеспечивает доступность актуализированных актов Республики Казахстан. |  |
|  |  |  | 15.4 При внедрении электронной медицинской карты и работе с электронным порталом принимаются меры для снижения дублирования информации, повышения эффективности использования времени сотрудников. |
|  |  |  | 15.5 Медицинская организация использует стандартный процесс управления документацией, и документы хранятся в папках в соответствии с номенклатурой дел. |
|  | 15.4 | Медицинская организация обеспечивает приватность и конфиденциальность информации о пациенте путем:1. информирования персонала об ответственности за соблюдение конфиденциальности информации;
2. обеспечение доступа к информации о пациентах только уполномоченным лицам или по запросу, имеющему законное обоснование;
3. получения согласия пациентов на раскрытие их личной информации их семьям и другим организациям;
4. предоставления пациентам возможности приватного общения с другими;
5. обеспечения того, что пациенты получают консультацию и услуги конфиденциально;
6. выполнения любого медицинского вмешательства только в присутствии тех лиц, которые необходимы для данного вмешательства, с согласия пациента и с учетом его пожеланий.
 |  |  |
|  | **Средства для удобства пациента и его семьи**  |  |  |
|  | 15.5 | Медицинская организация обеспечивает для пациентов благоприятные условия для пребывания и встреч с посетителями посредством:1. наличия площадок, оборудованных навесами и скамейками; помещения в отделениях с телевизором, игрушками для детей, журналами;

гибких графиков для посещения больных;1. предоставления возможности родственникам или другим лицам участвовать в уходе за больными с согласия пациента;
2. наличия места рядом с пациентом, оборудованного для родственника или лица, осуществляющего уход.
 |  |  |
|  | 15.6 | Для пациентов с ограниченной подвижностью имеются вспомогательные средства для передвижения, поручни и перила, инвалидные кресла, костыли и трости, а также предоставляется персонал для помощи таким пациентам. |  |  |
|  | **Информация для пациентов и получение их согласия**  |  |  |
|  | 15.8 | Пациентам и их семьям предоставляется адекватная информация в доступной форме:1. о состоянии здоровья пациента;
2. о планируемом лечении;
3. о стоимости, возможных рисках и пользе предлагаемого лечения или обследования;
4. об альтернативных методах лечения или диагностики.
 |  |  |
|  | 15.9 | После предоставления информации и в соответствии с требованиями законодательства медицинская организация получает согласие пациента: 1. в письменном виде с записью его в медицинскую карту на инвазивные процедуры или операции;
2. в письменном виде на его участие в клиническом исследовании, тестировании медицинских препаратов или новых медицинских технологий.
 |  |  |
|  | 15.10 | Информация относительно направления в другую больницу, такая как стоимость, проезд, время, продолжительность лечения и ожидаемый результат предоставляется пациенту и его семье. |  |  |
|  | 15.11 | Пациенты и их семьи обеспечиваются информацией об уходе и заболевании посредством:1. регулярных занятий по информации о здоровье, проводимых профессионалами в области здравоохранения;
2. предоставления видеоматериалов, брошюр и другой информации о профилактике заболевания и пропаганде здорового образа жизни, которые находятся в доступных местах.
 |  |  |
|  | **Порядок подачи обращений пациентом** |  |  |
|  | 15.12 | В организации существует и используется процесс получения обращений от пациентов и их семей относительно нарушения их прав, в котором:1) обеспечивается информирование пациентов и их семей о том, как подать обращение в организацию, а также в общество по защите прав пациента или в суд; 2) упрощается процедура путем предоставления готовых бланков для обращений или принятия обращений в произвольном или устном виде; 3) позволяет передать обращение ответственному лицу. |  |  |
|  | 15.13 | Существует документальный процесс сбора, приоритизации, расследования, а также справедливого и своевременного удовлетворения обращений, что включает следующее:1) письменное подтверждение (если по обращению еще не были приняты меры к удовлетворению пациента и его семьи);2) расследование обращений, опрос вовлеченных сотрудников; 3) вынесение решения об обоснованном обращении; 4) принятие мер при обоснованности обращений; 5) информирование пациента и членов его семьи о ходе расследования через регулярные промежутки времени; 6) информирование лица, подавшего обращение и других вовлеченных лиц о результате. |  |  |
|  | 15.14 | Обращения заносятся в журнал регистрации, мониторируется процесс работы с обращениями, и результаты используются для повышения качества. |  |  |
|  | **Отзывы пациентов** |  |  |
|  | 15.15 | Организация регулярно измеряет степень удовлетворенности пациентов и их семей услугами путем:1) предоставления информации по почтовому и электронному адресу для обратной связи с пациентами;2) ведения записи замечаний, пожеланий и благодарностей, полученных в письменном виде, по телефону или лично от пациентов; 3) проведения анкетирования пациентов с целью определения удовлетворенности пациентов с учетом таких аспектов, как качество оказания услуг, работа персонала и система оплаты, где применимо; 4) анализа данных и определения тенденций, которые используются для повышения качества. |  |  |
| Стандарт 16.0 | **16.0 ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ****Своевременное и безопасное лечение и уход за пациентом****предоставляются в соответствии с планом лечения и ухода****за пациентом, и предоставление услуг завершается согласно****плану.** | **16.0 ЗАЩИТА ИНФОРМАЦИИ**Медицинская организация обеспечивает конфиденциальность, безопасность и целостность информации. | Выделен в отдельный стандарт, так как защита информации – это конфиденциальность, безопасность информации медицинской организации обеспечивает права пациента |
|  | 16.1 | Уход за пациентом и лечение предоставляются всоответствии с планом лечения и ухода за пациентом иклиническим руководствами и стандартами:1) младший медперсонал и медицинские специалисты,участвующие в лечении и уходе за пациентом, ознакомлены спланом ухода;2) услуги предоставляются своевременно и с установленнойрегулярностью;1. 3) используются соответствующие методы и оборудование.
 | 16.1 Определяются уровни доступа персонала к информации. \* |  |
|  | 16.2 | Квалифицированные лица:1) отвечают за лечение и уход за пациентом на каждомэтапе лечения;2) известны персоналу, как ответственные лица;3) их данные занесены в амбулаторную карту пациента. | 16.2 Информация на бумажном и электронном носителях защищается от повреждения, утери и неавторизированного доступа. \* |
|  | 16.3 | Пациенты могут получить помощь по требованию:1) медицинский персонал доступен в любое время всоответствии с графиком дежурств;2) дежурный врач осматривает пациентов, требующихспециального лечения и вносит данные осмотра в1. амбулаторную карту пациента.
 | 16.3 По требованиям законодательных актов Республики Казахстан в медицинской организации обеспечивается конфиденциальность информации о пациенте. \* |  |
|  | 16.4 | Уровни боли пациентов оцениваются, с использованиемсоответствующего инструмента/шкалы по измерению боли,устранение боли и страдания осуществляется в соответствиис последними методами и технологиями. | 16.4 Персонал обучается требованиям по защите и неразглашению конфиденциальной информации.  |
|  | 16.5 | Безопасность пациента обеспечивается путем:1) идентификации пациента двумя различными методами вовремя назначения лекарственных препаратов, при забореобразцов крови и других образцов для клинического анализаили предоставлении любого другого лечения или процедуры;2) верификации участка тела до проведения диагностическойили лечебной процедуры;3) использования процесса принятия устной или телефоннойинформации с проверочным повтором записанного полноготекста информации лицом, получившим эту информацию. | 16.5 Определяются сроки хранения в местах пользования, в архиве организации и порядок уничтожения медицинских и немедицинских документов, в соответствии с требованиями законодательных актов Республики Казахстан. \* |
|  | 16.6 | Риск падения каждого пациента, включая потенциальныйриск, связанный с медикаментозным лечением пациента:1) оценивается и периодически оценивается повторно;2) снижается или устраняется путем принятия мер при1. обнаружении рисков.
 |  |  |
|  | 16.7 | В течение всего времени оказания услуг пациенту междуразличными услугами поддерживается целостность инепрерывность путем:1) проведения для персонала ознакомительного инструктажапо индивидуальным потребностям каждого пациента ивыполнению поставленных задач;2) того, что группа, осуществляющая уход и лечение,проводит регулярные обсуждения динамики состояния пациента;3) использования стандартного подхода к преемственностимежду профилями (отделениями), включая обновленнуюинформацию по состоянию каждого пациента, сообщая о любыхинцидентах и предоставляя возможность задавать вопросы опациентах и отвечать на них;4) соблюдения комплекса процедур по переводу пациента изодного профиля (отделения) в другой с соответствующейинформацией, сопровождающей пациента;5) ведения амбулаторной карты пациента с внесением точныхи своевременных записей о динамике состояния.16.8Динамика состояния пациента в достижении целей |  |  |
|  | 16.8 | Динамика состояния пациента в достижении целей иожидаемых результатов в его плане лечения:1) регулярно отслеживается в координации с пациентом иего семьей;2) измеряется с использованием количественных икачественных методов оценки;3) заносится в медицинскую карту пациента. |  |  |
|  | 16.9 | План лечения пациента пересматривается в соответствии срезультатами повторной оценки и прогрессом в достиженииопределенных целей при помощи:1) определения и рассмотрения барьеров, которые могутпомешать пациентам достичь цели их лечения;2) пересмотра, в зависимости от обстоятельств, целей иожидаемых результатов, режимов лечения и временных рамок. |  |  |
|  | 16.10 | Коэффициент идентификации пациентов:1) оценивается за определенный период времени;2) анализируется для возможных действий;3) коэффициент доступен и предоставляется во времяаккредитационного обследования.16.11Коэффициент ошибок в передаче информации |  |  |
|  | 16.11 | Коэффициент ошибок в передаче информации в пунктахперехода (при передаче смены, смена службы, передвижениемежду службами):1) оценивается за определенный период времени;2) анализируется для возможных действий;3) коэффициент доступен и предоставляется во времяаккредитационного обследования. |  |  |
| **Окончание обслуживания (для дневного стационара)** |
|  | 16.12 | Персонал готовит пациентов к переводу, выписке илиокончанию обслуживания, и последующему лечению, там, гдеприменимо, путем:1) планирования окончания услуг, поставляемых пациенту иего семье;2) оценки и документирования готовности пациента квыписке/переводу и его текущих потребностей;3) с участием других лечебных организаций там, гдетребуется дальнейший уход или лечение;4) будущих назначений или иных соглашений и договоров поокончанию услуги;5) обзора результатов предоставленного ухода и лечения, ипоследующих взаимодействий до конца услуги;6) занесения в медицинскую карту пациента последующих планов и направлений пациента в другие лечебные учреждения или в другие организации. |  |  |
|  | 16.13 | Выписной эпикриз оформляется и:1) выдается пациенту за час до выписки или перевода;2) содержит:причины госпитализации;значимые заключения;диагноз;любые выполненные процедуры;любые назначенные лекарственные препараты и прочие видылечения;состояние пациента при выписке;лекарственные препараты при выписке и другие последующиеинструкции;указание того, были ли достигнуты цели ухода и лечения;рекомендации по дальнейшему лечению и наблюдениюпациента;3) в случае смерти, соответствующая информация о смерти1. передается в уполномоченный орган.
 |  |  |
|  | 16.14 | Персонал удовлетворяет нужды умирающих пациентов:1) помогая им в ослаблении боли и симптомов;2) предоставляя уважительный и сострадательный уход;3) обеспечивая текущую коммуникацию относительнопрогресса болезни, симптомов и других вариантов ухода;4) удовлетворяя их потребность в уединении,психологической и эмоциональной поддержке, а такжедуховных и культурных потребностей;5) помогая им и их семьям подготовиться к летальному1. исходу.
 |  |  |
| Стандарт 17.0 | **17.0 АНЕСТЕЗИЯ И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ****Анестезия и хирургическое лечение предоставляется****пациенту на своевременной и безопасной основе в целях****удовлетворения его определенных нужд.** | **17.0 ВНУТРЕННИЕ НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ**Руководство совместно с сотрудниками разрабатывает, утверждает и внедряет регламентирующие деятельность политики и процедуры. | Стандарт 17.0 «Предоставление медицинского обслуживания и лечения» в действующей редакции заменен на стандарт «Внутренние нормативные документы» в предлагаемой редакции, предусматривающий разработку, утверждение и внедрение регламентирующих деятельность политик и процедур |
|  | 17.1 | Анестезия (в том числе и глубокая седация) ихирургические услуги выполняются квалифицированнымиспециалистами в соответствии с письменными политиками ипроцедурами, и доступны в рабочее время, а такжепринимаются меры для оказания неотложной помощи в1. нерабочее время.
 | 17.1 Определяется порядок разработки, согласования, утверждения и оформления, пересмотра политик и процедур организации. \* |  |
|  | 17.2 | Каждый пациент:1) перед анестезией оценивается квалифицированнымспециалистом;2) осматривается непосредственно перед вводным наркозом;3) получает информацию о возможных рисках и преимуществах1. анестезии и альтернативных тактиках.
 | 17.2 Составляется и обновляется список всех действующих внутренних политики и процедуры организации. \*\* |
|  | 17.3 | Физиологическое состояние пациента во время анестезиинаходится под непрерывным контролем персонала, а послеанестезии за пациентом ведет наблюдение квалифицированная1. медсестра.
 | 17.3 Руководство организации обеспечивает доступность для персонала действующих политик и процедур организации.  |  |
|  | 17.4 | Запись течения анестезии/ седации включает:1) информацию по введенным пациенту лекарственнымпрепаратам, жидкостям;2) информацию о фактически использованныханестезиологических препаратах;3) любые необычные события или осложненияанестезиологического пособия;4) время начала и окончания анестезии;5) фамилию и подпись анестезиолога или квалифицированноговрача. | 17.4 Проводится обучение сотрудников утвержденным руководством медицинской организации политикам и процедурам организации, в том числе при внесении в них изменений. |
|  | 17.5 | На основании документирования результатов мониторингасостояния во время восстановления пациент переводитсяквалифицированным специалистом в профильноеподразделение, а время поступления, выписки или переводафиксируется. | 17.5 Все политики и процедуры внедряются, что очевидно из действий сотрудников, документации и опроса. |
|  | 17.6 | Каждый этап анестезиологического пособия записывается вмедицинской карте пациента. |  |  |
|  | 17.7 | Хирургическая помощь планируется и документируется наосновании результатов предоперационной оценки,предоперационного диагноза и обсуждения с пациентом исемьей метода, тактики, предполагаемого объема, возможныхрисков и альтернативных методов лечения. |  |  |
|  | 17.8 | До выписки пациента в условиях дневного стационара вмедицинской карте производится подробный письменный отчето хирургическом вмешательстве, включающий:1) описание хирургической процедуры;2) результаты;3) информация о взятии образцов ткани;4) ФИО хирурга и ассистентов, операционной сестры. |  |  |
|  | 17.9 | Коэффициент использования контрольного перечня похирургической безопасности, рекомендованного ВОЗ:1) оценивается за определенный период времени;2) анализируется для возможных действий;3) доступен и предоставляется во время аккредитационного1. обследования.
 |  |  |
|  | 17.10 | Коэффициент необоснованного использования наркотическихпрепаратов:1) оценивается за определенный период времени;2) анализируется для возможных действий;3) доступен и предоставляется во время аккредитационного1. обследования..
 |  |  |
| Стандарт 18.0 | **18.0 ЛАБОРАТОРНАЯ СЛУЖБА****Объем лабораторных услуг в медицинской организации четко определен** | **18.0 МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ****Медицинская документация составляется своевременно и способствует преемственности медицинской помощи.** | «Медицинская документация» обозначена стандартом 18.0 в связи с важностью своевременного составления медицинской документации и преемственности медицинской помощи. |
|  | 18.1 | Оказываемые услуги и их организация четко описаны и могутвключать в себя:гистопатология и цитология;клиническая химия;гематология;микробиология (бактериология);паразитология;диагностическая иммунология и серология;радиоиммуноанализ;общеклинические исследования:молекулярно-биологический (включает генетический) анализ;химико- токсикологический анализ;1. вирусология.
 | 18.1 В медицинских картах применяются утвержденные в установленном порядке формы медицинской документации и определяется, какие сотрудники вносят записи в медицинскую карту. \* |  |
|  | 18.2 | Правила и процедуры устанавливают мероприятия в рамках1. лабораторной службы.
 | 18.2 Все проведенные процедуры, методы лечения, каждая доза принятого лекарственного средства своевременно документируются в медицинской карте пациента. \* |  |
|  | Система управления качеством в лаборатории  |  |  |
|  | 18.3 | Проводится мониторинг стандартов ISO по принципу самооценки. | 18.3 Каждая запись в медицинской карте подписывается автором записи и включает дату и время. \* |  |
|  | 18.4 | План повышения качества подготовлен и реализован, а такжеоснован на результатах мониторинга и контроля качества1. стандартов ISO.
 | 18.4 В медицинских картах используются аббревиатуры, символы только из утвержденного списка и записи ясны, читабельны для пользователей. \* |  |
|  | **Руководство лаборатории** |  |  |
|  | 18.5 | Руководитель лабораторной службы имеет соответствующуюквалификацию (включая клинические и управленческиетребования).. | 18.5 Содержание медицинской карты стандартизуется. Проводится аудит качества, своевременности и полноты записей в медицинских картах (смотреть критерий 8.3) \* |  |
|  | 18.6 | Описание должностных обязанностей руководителялабораторной службы определяет следующие обязанности:1) обзор клинической и технической компетентностиперсонала;2) передача полномочий, если применимо;3) участие в разборе жалоб;4) консультативная помощь при оценке нового оборудования;5) оказание консультативной помощи по клиническим итехническим процедурам, современной наилучшей практике иважным научным находкам для клинического и техническогоперсонала;6) организация разработки всех клинических и техническихправил, процессов и процедур;7) несет ответственность за создание и функционирование1. системы управления качеством лабораторных услуг.
 |   |  |
|  | 18.7 | Руководитель лабораторной службы обеспечиваетфункционирование системы управления качествомлабораторных услуг. |  |
|  | 18.8 | Руководитель лабораторной службы обеспечивает, чтобы вселабораторные услуги предоставлялись в соответствии сустановленными правилами и процедурами оказания услуг. |  |
|  | 18.9 | Руководитель лабораторной службы обеспечивает, чтобыпроводился непрерывный мониторинг качества и выполнялсятекущий план повышения качества. |  |
| Стандарт 19.0 | 1. **МЕНЕДЖМЕНТ МЕДИКАМЕНТОВ**

**Управление и использование лекарственных средств является безопасным, эффективным и рациональным.** | **19.0 АНАЛИЗ ДАННЫХ****Проводится проверка достоверности и статистический анализ данных.** | Разработан новый стандарт по проведению проверки достоверности и статистического анализа данных. Валидация данных обеспечивает достоверность отчетов, предоставляемых в места их требования.  |
|  | 19.1 | Сертифицированный квалифицированный фармацевт:1) проводит выбор, заказ, раздачу и распределениелекарственных средств;2) контролирует фармацевтические услуги, предоставляемыемедицинским персоналом;3) проводит мониторинг назначенных лекарственныхсредств;4) предоставляет консультации персоналу и пациентам. | 19.1 Первый руководитель организации осуществляет контроль достоверности публикуемых и предоставляемых во внешние организации данных. |  |
|  | 19.2 | Организация использует утвержденный перечень основныхлекарственных средств (лекарственный формуляр), который:1) подготовлен совместно с учетом предоставляемых услуг,нужд пациента, научной обоснованности и экономическойэффективности;2) включает все необходимые терапевтические группылекарственных препаратов;3) включает списки лекарственных препаратов высокогориска, применяемых в организации;4) доступен для медицинского персонала во всехклинических подразделениях;5) является текущим и обновляется не менее одного раза вгод. | 19.2 Сотрудники, проводящие проверку достоверности (валидацию) данных обучаются методике валидации данных. |  |
|  | 19.3 | Реанимационная сумка или тележка с лекарственнымипрепаратами, которые могут срочно потребоваться вкритических ситуациях, например, при остановке сердца:1) имеется в наличии во всех местах, где находятсяпациенты;2) когда не используется, закрыта или прикреплена к стене(в случае с тележкой);3) укомплектована в соответствии с утвержденным перечнем;4) доукомплектовывается после использования, включаяинструкции по оказанию неотложной помощи.. | 19.3 При появлении новых индикаторов, или при необъяснимом изменении в индикаторе, проводится проверка достоверности (валидация) данных вторым лицом. \* |  |
|  | 19.4 | Заказ, хранение, использование и списание лекарственныхсредств, подлежащих строгому учету, регулируются всоответствии с утвержденными положениями и процедурами:1) хранение осуществляется в отдельном металлическомшкафу, прочно фиксированном к стене или полу;2) заказ составляется ответственным специалистом сзаполнением учетно-отчетной документации;3) все дозы были подсчитаны и зарегистрированы в книге1. учета медикаментов.
 | 19.4 Ответственный работник проводит свод данных по индикаторам для включения в квартальные отчеты для руководства (смотреть критерии 1.4 и 2.4). \*\* |  |
|  | 19.5 | Все лекарственные средства с истекшим сроком годности илисписанные по иным причинам (в том числе и препараты,возвращенные пациентами, неиспользованные лекарственныесредства, подлежащие строгому учету), безопасно1. утилизируются в соответствии с письменной процедурой.
 | 19.5 Ответственный работник проводит статистический анализ собираемых данных и своевременно предоставляет их в места их требования.  |  |
|  | 19.6 | Медицинская организация разрабатывает подходы поповышению безопасности использования лекарственныхсредств:1) концентрированные лекарственные средства хранятсяотдельно от других лекарственных средств с дополнительнымпредупреждением, напоминающим персоналу о необходимостиразбавления перед использованием;2) запрещено хранение концентрированных электролитов(включая хлорид калия, фосфат калия, хлорид натрия >0.9%,сульфат магния) в зонах пребывания пациентов;3) все лекарственные средства, контейнеры длямедикаментов, шприцы, системы для внутривенного вливания,поильники, находящиеся в стерильных зонах, маркируются;4) внедрены и используются процессы с цельюпредотвращения ошибок назначения и применения препаратоввысокого риска и концентрации, препаратов, имеющих схожую1. упаковку, или созвучных препаратов.
 |  |  |
|  | 19.7 | В медицинской организации имеется система, котораяобеспечивает, что выписанные рецепты:1) выдаются только уполномоченными медицинскимиработниками, имеющими право назначать рецептурныепрепараты (зарегистрированными практикующими врачами);2) заполнены разборчивым почерком и должным образомподписаны врачом;3) включают возраст и пол пациента, предварительный илиподтвержденный диагноз, частоту и продолжительность1. приема, дозу, форму лекарственных препаратов.
 |  |  |
|  | 19.8 | Персонал следует письменной политике, включая временныерамки и способ заказа, для устных заказов медикаментов чрезвычайных обстоятельствах, которые были согласованымедицинским, медсестринским и фармацевтическимперсоналом. |  |  |
|  | 19.9 | Пациенту предоставляется письменная и устная информацияотносительно выписанного лекарственного препарата,включая:1) стоимость, если применимо;2) положительное действие (эффективность) и побочныеэффекты;3) риски несоблюдения инструкций;4) безопасный и соответственный способ использованиялекарственного препарата. |  |  |
|  | 19.10 | В организации проводится оценка фармакологическихподходов при лечении больных определенныминозологическими формами посредством определенияответственного лица по проведению мониторингарационального использования лекарственных препаратов. |  |  |
|  | 19.11 | Все лекарственные препараты для отдельного пациентавыписываются согласно утвержденной форме для назначенийлекарственного препарата и лекарственного формулярамедицинской организации:1) имя пациента и регистрационный номер;2) дата;3) диагноз;4) лекарственный препарат, принимаемая доза и частота, ивыдаваемое количество;5) продолжительность приема;6) ФИО назначившего врача, имеющего право назначатьрецептурные препараты. |  |  |
|  | 19.12 | Организация определяет политику и процедуры побезопасному и точному назначению лекарственныхпрепаратов, включая следующее:1) лекарственные препараты должны назначаться тольковрачами;2) лекарственные препараты назначаются в соответствии спятью «правильно» - правильное лекарство, правильнаядоза, правильный способ применения, правильное время иправильный пациент;3) пациентов информируют относительно побочных эффектовлекарственных препаратов;4) самостоятельный прием лекарственных препаратов;5) безопасная дозировка педиатрических лекарственныхпрепаратов в случае критической ситуации, если применимо;6) показания к назначению парентерального питания;7) документальное фиксирование каждой принятой дозылекарственного препарата. |  |  |
|  | 19.13 | Безопасному, эффективному и экономному использованиюлекарственных препаратов способствует фармакологическаяслужба по мониторингу назначений посредством:1) определения несоответственного лекарственногопрепарата;2) мониторинга неблагоприятных реакций;3) мониторинга всех лекарственных препаратов с высокимриском;4) мониторинга антибиотиков на рациональноеиспользование;5) мониторинга раздачи и других ошибок с медикаментами;6) проверки адекватности маркировки лекарственныхпрепаратов и информации на листке-вкладыше в упаковке;7) визуального контроля лекарственных препаратов, длятого, чтобы оценить их качество и сроки годности;8) способствования назначению экономичных и недорогихлекарственных препаратов. |  |  |
|  | 19.14 | Коэффициент надлежащего использования профилактическихантибиотиков (обязательное и своевременное введение):1) оценивается за определенный период времени;2) анализируется для возможных действий;3) доступен и предоставляется во время аккредитационногообследования. |  |  |
|  | 19.15 | Коэффициент ошибок при назначении и применениимедикаментов (неправильное лекарство, неверная доза,неверное применение):1) оценивается за определенный период времени;2) анализируется для возможных действий;3) доступен и предоставляется во время аккредитационногообследования. |  |  |
| Стандарт 20.0 | **20.0 МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА****Записи в медицинской карте пациента содержат достоверные,****точные и всесторонние данные, и призваны для обеспечения****безопасного и непрерывного лечения за пациентом.** | **20.0 ШТАТНОЕ РАСПИСАНИЕ**Штатное расписание соответствует организационной структуре, миссии и деятельности организации. | Критерии 8.2, 8.3 выделены в отдельный стандарт, так как штатное расписание должно соответствовать организационной структуре, миссии и деятельности организации и способствовать оказанию качественной медицинской помощи  |
|  | 20.1 | Персонал следует документированному процессу управлениямедицинскими записями о пациентах, включающему:1) проводимые записи, включая присвоение пациентамидентификатора;2) использование только общеизвестных символов исокращений;3) поддержание стандартного формата с целью облегченияпоиска информации в медицинских записях;4) своевременное оформление медицинской документациимедицинскими сотрудниками;5) хранение, защиту, восстановление и архивированиемедицинской документации пациента. | 20.1 Медицинская организация коллективно разрабатывает и утверждает штатное расписание. \*\* |   |
|  | 20.2 | На каждого пациента оформляется медицинская карта,включающая всю информацию от врачей и оформленную вхронологическом порядке, благодаря которой возможнаэффективная коммуникация и непрерывность лечения и ухода,включая:1) дату и время обращения;2) оценку состояния пациента, в хирургических отделенияханестезиологическую и хирургическую оценку пациентов;3) анамнез заболевания;4) оформленный документально диагноз по каждой записи,сделанной другой службой;5) клинический осмотр;6) план лечения и ухода за пациентом, включая цели иожидаемые результаты;7) план последующих действий в лечении пациента;8) назначения лекарственных средств;9) планирование лечебно-диагностических исследований иинтерпретация полученных результатов;10) прочие детали лечения. | 20.2 Штатное расписание соответствует организационной структуре и деятельности организации.  |
|  | 20.3 | Записи в медицинской карте пациента, включая изменения,вносятся только уполномоченными лицами:1) записи разборчивые;2) записи производятся своевременно;3) подписаны с указанием ФИО;4) включают дату и время проводимых мероприятий. | 20.3 Штатное расписание и квалификационные требования к должностям разрабатываются с учетом рекомендаций профессиональной практики и позволяют оказание качественной медицинской помощи. |
|  | 20.4 | В медицинской карте имеются записи, предупреждающиеперсонал о наличии неблагоприятного фона у пациента,таком, как аллергический анамнез, неблагоприятные реакциина лекарственные средства, радиоактивная опасность и рискзаражения. | 20.4 Штатное расписание пересматривается на основании заявок руководителей структурных подразделений один раз в год. |
|  | 20.5 | В медицинской карте пациента имеется свидетельство ореализации плана лечения и ухода за пациентом, включая:1) наблюдение;2) записи о консультациях;3) сведения и результаты вмешательств, и полученноеинформированное согласие;4) записи обо всех значительных событиях, таких какоперации, изменение состояния пациента;5) реакцию организма на лечение и уход, а также прогрессв достижении целей;6) любые потенциально опасные происшествия, инциденты илинеблагоприятные события. | 20.5 На каждый вид должности, включая внештатных работников, совместителей, консультантов, резидентов, утверждается должностная инструкция с указанием квалификационных требований (образование, обучение, знания, навыки и опыт) и функций, специфичных для данной должности. \*\* |
|  | 20.6 | Копия информации о медицинских услугах, предоставленнаядругим медицинским организациям и поставщикам посленаправления пациентов или после предоставления пациентууслуг хранится в его медицинской карте. |  |
|  | 20.7 | Регулярно проводятся запланированные проверки медицинскойдокументации с целью рассмотрения полноты, точности исвоевременности заполнения. |  |
|  | 20.8 | Коэффициент ошибок, связанных с медицинской документациейпациентов:1) оценивается за определенный период времени;2) анализируется для возможных действий;3) доступен и предоставляется во время аккредитационногообследования |  |
|  | 20.9 | Коэффициент проведенных аудитов (службой внутреннегоаудита):1) оценивается за определенный период времени;2) анализируется для возможных действий;3) доступен и предоставляется во время аккредитационногообследования. |  |
| Стандарт 21.0 | **21.0 КАЧЕСТВО ЛЕЧЕНИЯ И УХОДА ЗА ПАЦИЕНТОМ****Организация постоянно отслеживает, оценивает и улучшает качество клинических процессов, и процессов связанных с уходом за пациентом.** | **21.0 УПРАВЛЕНИЕ ЧЕЛОВЕЧЕСКИМИ РЕСУРСАМИ****Медицинская организация принимает усилия для эффективного управления человеческими ресурсами.** |
|  | 21.1 | По всем лечебно-профилактическим процедурам имеютсястандартные процедуры, клинические руководства, протоколыи алгоритмы, которые:1) разрабатываются на основании научных исследований идоказательств;2) утверждаются руководителем медицинской организации;3) используются для обучения и проведения аттестацииперсонала по выполнению процедуры;4) выполняется назначенным персоналом. | 21.1 Политики и процедуры по поиску, трудоустройству, инструктажу (ориентации) и адаптации сотрудников разрабатываются в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан и внедряются в организации. \* | Стандарт «Менеджмент медикаментов» действующей редакции заменен на стандарт «Управление человеческими ресурсами» в предлагаемой редакции в связи с важностью и значимостью эффективного управления человеческими ресурсамимедицинской организации |
|  | 21.2 | Проверяется клиническое качество, а также результаты,примененные для улучшения путем использования:1) графика экспертиз медицинских карт больного для оценкисоответствия стандартам, стратегиям и процедурам;2) разбора случаев, подлежащих обязательной экспертизе в соответствии с нормативными актами. | 21.2 Каждый сотрудник соответствует занимаемой должности в соответствии с утвержденными в должностной инструкции квалификационными требованиями. Копия подписанной сотрудником должностной инструкции имеется в кадровой службе. |  |
|  | 21.3 | Предоставление пациенту медицинских услуг отслеживается,результаты используются для улучшения следующих аспектов:1) времени ожидания;2) оценки состояния пациента;3) хирургических и инвазивных процедур;4) использование анестезии, умеренной и глубокой седации,а также других процессов, содержащих высокий риск;5) наличие, содержание и ведение медицинскойдокументации;6) инфекционный контроль и отчетность;7) рациональное использование антибиотиков;8) ошибки назначения лекарственных средств инеблагоприятные реакции при использовании препаратов;9) использование ограничений и изоляции. | 21.3 Руководители медицинской организации создают условия для непрерывного обучения сотрудников (например, доступ в интернет, компьютеры, тренинговый класс, библиотека и другие). |  |
|  | 21.4 | Внедрен процесс по выявлению ошибок при назначениилекарственных препаратов и информирования о неблагоприятных событиях при использовании лекарственных средств:1) информация своевременно сообщается в соответствии с установленной процедурой;2) анализ полученных данных используется для улучшениякачества с целью снижения уровня ошибок при назначении и использовании лекарственных препаратов. | 21.4 Определяются потребности сотрудников в обучении. Обучение проводится на базе или вне медицинской организации. |  |
|  | 21.5 | В медицинской организации создана Формулярная комиссия,анализирующая использование антибактериальных препаратовв лечении пациентов для определения эффективности леченияи контроля за развитием резистентности к антибиотикам,рациональным использованием лекарственных препаратов. | 21.5 Руководством медицинской организации разрабатываются и внедряются политики и процедуры для мотивации персонала и укрепления корпоративного духа (смотреть критерии 6.1; 6.5; 14.5). |  |
|  | 21.6 | Показатели, разработанные для приоритетных болезней иключевых клинических процессов, например, время ожидания,ошибки в назначении лекарственных препаратов, уровеньинфекции:1) определяются на непрерывной основе;2) измеряются с согласованной частотой;3) информация передается в соответствующие службыорганизации, руководству и персоналу;4) определенные услуги, предоставленные за определенныйпромежуток времени сравниваются с исходными данными;5) информация используются для повышения качества. |  |  |
|  | 21.7 | На каждый летальный случай проводится конференция сучастием специалистов, задействованных в данном случае,таких как лечащий врач, заведующий отделением,руководитель организации с заместителями, патологоанатоми представители службы внутреннего аудита, с целью:1) обсуждения данного случая;2) анализа причин (-ы) летального исхода;3) подготовки отчета с согласованными мерамипредотвращения повторного возникновения выявленныхрисков. |  |  |
|  | 21.8 | Персонал следует письменной политике, включая временные рамки и способ заказа, для устных заказов медикаментов вчрезвычайных обстоятельствах, которые были согласованы медицинским, медсестринским и фармацевтическим персоналом. |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Стандарт 22.0 |  |  | **22.0 ЛИЧНОЕ ДЕЛО СОТРУДНИКА****Личные дела сотрудников медицинской организации формируются, хранятся и обновляются в соответствии с установленными требованиями законодательных актов Республики Казахстан.** | Критерий 8.6, пп. 3 выделен в отдельный стандарт «Личное дело сотрудника» в связи с тем, что формирование, хранение и обновление личных дел сотрудников медицинской организации должно осуществляться в соответствии с установленными требованиями |
|  | 22.1 |  | Личное дело каждого сотрудника, включая внештатных работников, совместителей, консультантов, резидентов содержит сведения об образовании и квалификации сотрудника, в соответствии с требованиями должностной инструкции и законодательных актов Республики Казахстан. |  |
|  | 22.2 |  | Личное дело каждого медицинского работника содержит доказательство проверки подлинности у первоисточника документов об образовании и квалификации сотрудника, в соответствии с требованиями должностной инструкции. |  |
|  | 22.3 |  | Личное дело каждого сотрудника содержит результаты оценки сотрудника, проводимые один раз в год. |  |
|  | 22.4 |  | Личное дело каждого сотрудника содержит записи о проведении обучения на базе медицинской организации и вне организации. |  |
|  | 22.5 |  | Личное дело каждого сотрудника стандартизуется и есть доказательство его периодической проверки работником кадровой службы. |  |
| Стандарт 23.0 |  |  | **23.0 ИНСТРУКТАЖ****Медицинская организация проводит инструктаж (ориентацию) каждого сотрудника для ознакомления с организацией.** | Критерий 8.8 выделен в отдельный стандарт в связи с необходимостью разработки и внедрения политик и процедур по инструктажу каждого сотрудника для ознакомления с организацией |
|  | 23.1 |  | Разрабатываются и внедряются письменные и (или) видеоматериалы для проведения инструктажа (ориентации). |  |
|  | 23.2 |  | Каждый сотрудник, внештатный сотрудник, волонтер, совместитель, консультант, студент, курсант, резидент проходит инструктаж и обучение для ознакомления с медицинской организацией, со своими должностными обязанностями и основными требованиями по безопасности. \*\* |  |
|  | 23.3 |  | Инструктаж сотрудников включаетпожарную безопасность, готовность к чрезвычайным ситуациям и безопасность на рабочем месте. |  |
|  | 23.4 |  | Инструктаж медицинских работников включает инфекционный контроль и требования по безопасной работе с медицинским оборудованием. |  |
|  | 23.5 |  | Инструктаж сотрудников включает ознакомление с Программой по повышению качества и безопасности пациента требования и сообщение об инцидентах. |  |
| Стандарт 24.0 |  |  | **24.0 ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКИХ НАВЫКОВ****При трудоустройстве и периодически проводится оценка знаний и клинических навыков медицинского (клинического) персонала.** | Критерий 8.6, пп. 1 выделен в отдельный стандарт в соответствии с международными требованиями к оценке знаний и клинических навыков медицинского (клинического) персонала. |
|  | 24.1 |  | При трудоустройстве проводится оценка клинических навыков врача и утверждается руководством медицинской организации список клинических привилегий врача – разрешенных для выполнения в данной организации операций и процедур высокого риска. |  |
|  | 24.2 |  | При трудоустройстве проводится оценка навыков среднего медицинского персонала и утверждается список компетенций. |  |
|  | 24.3 |  | При трудоустройстве проводится оценка навыков параклинического персонала (лаборанты, провизоры и фармацевты, инструкторы и другие) и утверждается руководством медицинской организации список компетенций. |  |
|  | 24.4 |  | Раз в три года или по необходимости проводится процедура пересмотра клинических привилегий врача с учетом оценки деятельности врача, его текущей квалификации (знаний, образования, навыков и опыта), исходов лечения, в том числе неблагоприятных исходов и других сведений. \* |  |
|  | 24.5 |  | Один раз в год проводится переоценка компетенций параклинического персонала и среднего медицинского персонала. |  |
| Стандарт 25.0 |  |  | **25.0 ЕЖЕГОДНАЯ ОЦЕНКА СОТРУДНИКОВ****Один раз в год проводится оценка работы каждого сотрудника, в соответствии с утвержденными политиками и процедурами организации.** | Критерий 8.10 выделен в отдельный стандарт в связи с важностью проведения оценки работы каждого сотрудника, в соответствии с утвержденными политиками и процедурами организации для качественного выполнения профессиональных обязанностей |
|  | 25.1 |  | Утверждаются политики и процедуры оценки работникови форма оценки сотрудников. |  |
|  | 25.2 |  | При оценке врачей, среднего медицинского персонала и других работников, определенных организацией, учитываются показатели работы (индикаторы деятельности) и эти показатели содержатся в личных делах. |  |
|  | 25.3 |  | Заполненная форма оценки сотрудника хранится в личном деле. Сотрудник ознакамливается с результатами оценки его (ее) работы. |  |
|  | 25.4 |  | Результаты оценки определяют соответствие сотрудника, включая внештатных работников, совместителей, консультантов, резидентов, занимаемой должности и ожиданиям непосредственного руководителя. |  |
|  | 25.5 |  | При оценке также оцениваются профессиональные компетенции (смотреть критерии 24.4 и 24.5). |  |
| Стандарт 26.0 |  |  | **26.0 ЗДОРОВЬЕ И БЕЗОПАСНОСТЬ СОТРУДНИКОВ****Здоровье и безопасность сотрудников, иммунизация и вакцинация поддерживаются в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан.** | Стандарт разработан в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан для обеспечения здоровья и безопасности сотрудников медицинской организации |
|  | 26.1 |  | Медицинская организация предоставляет (или обеспечивает) сотрудникам защитную одежду и защитные средства (включая средства для радиационной безопасности) и идентификационные бейджи на рабочем месте. |  |
|  | 26.2 |  | Внешняя организация раз в пять лет проводит оценку рабочих мест в медицинской организации в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан. \*\* |  |
|  | 26.3 |  | Медицинская организация проводит мониторинг нагрузки на персонал, управление стрессом среди сотрудников и есть процесс управления насилием и агрессией (например, антистрессовая комната, комната духовного уединения и другие). \* |  |
|  | 26.4 |  | Медицинская организация проводит вакцинацию и иммунизацию в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан и проводит мероприятия по продвижению здорового образа жизни (например, усилия против курения, тренажерный зал или со-оплата посещений в тренажерный зал). \*\* |  |
|  | 26.5 |  | Медицинская организация защищает персонал от опасностей на рабочем месте (включая радиацию, обращение с химическими и (или) опасными материалами) и принимает меры по предотвращению травм персонала (включая травмы от укола иглой). \*\* |  |
| Стандарт 27.0 |  |  | **27.0 КОНТРАКТНЫЕ РАБОТНИКИ****Медицинские работники, не состоящие в штатном расписании организации (внештатные специалисты), имеют соответствующее предоставляемым ими услугам образование и квалификацию.** | Разработан новый стандарт в связи с необходимостью контроля и мониторинга деятельности внештатных сотрудников с целью повышения качества медицинских услуг и безопасности пациентов |
|  | 27.1 |  | Каждый внештатный сотрудник соответствует прописанным квалификационным требованиям и копия подписанной должностной инструкции или договора на оказание услуг имеется в кадровой службе (смотреть критерии 21.2 и 22.1) \*\* |  |
|  | 27.2 |  | Личное дело каждого внештатного медицинского работника содержит доказательство проверки подлинности у первоисточника документов об образовании и квалификации (смотреть критерий 22.2) \*\* |  |
|  | 27.3 |  | При трудоустройстве проводится оценка клинических навыков каждого внештатного медицинского работника врача и утверждается руководством медицинской организации список клинических привилегий или список компетенций (смотреть критерии 24.1; 24.2 и 24.3) \*\* |  |
|  | 27.4 |  | Один раз в год проводится оценка качества работы каждого внештатного сотрудника, и форма оценки хранится в личном деле (смотреть стандарт 25) \*\* |  |
|  | 27.5 |  | Результаты оценки качества работы внештатного сотрудника применяются для повышения качества услуг организации |  |
| Стандарт 28.0 |  |  | **28.0 МОНИТОРИНГ ДОГОВОРОВ****Руководители медицинской организации контролируют качество представляемых по договору услуг и товаров.** | Критерий 11.4 выделен в отдельный стандарт с связи с необходимостью контроля за исполнением договоров, влияющих на качество оказания медицинской помощи и безопасности пациентов |
|  | 28.1 |  | Определяются руководители организации, которые курируют договора о предоставлении услуг или товаров для организации |  |
|  | 28.2 |  | В каждом договоре прописываются детальные требования к объему и качеству предоставляемых услуг или товаров, а также квалификационные требования к контрактной организации или ее исполнителям \*\* |  |
|  | 28.3 |  | В каждом договоре, существенно влияющем на безопасность пациента (например, охранные услуги, клининг, приготовление питания для пациентов, обслуживание медицинского оборудования), прописываются индикаторы, на основании которых медицинская организация проводит мониторинг договора и оценку качества услуг или товаров поставщика \*\* |  |
|  | 28.4 |  | Результаты мониторинга договоров на основе индикаторов или на основе однократной оценки поставщика доводятся до сведения руководства ежегодно (смотреть критерий 28.1) \*\* |  |
|  | 28.5 |  | При несоответствии качества услуг или товаров поставщика ожиданиям медицинской организации, принимаются меры по устранению несоответствий, вплоть до разрыва договорных отношений с поставщиком |  |
|  |  |  | **РАЗДЕЛ C: УПРАВЛЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТЬЮ** |  |
|  |  |  | **Инфекционный контроль.** |  |
| Стандарт 29.0 |  |  | **29.0 КОМИССИЯ ПО ИНФЕКЦИОННОМУ КОНТРОЛЮ****Комиссия по инфекционному контролю и сотрудник(и) по инфекционному контролю координируют выполнение программ, политик и алгоритмов по инфекционному контролю.** | Критерий 14.2 выделен в стандарт 29.0. так как критерии данного стандарта указывают на конкретные действия в координации выполнения программы и правил по инфекционному контролю |
|  | 29.1 |  | Ежегодно организация анализирует свою систему инфекционного контроля. Данный анализ включает оценку рисков (определение проблем, областей высокого риска по инфекционному контролю и определение приоритетных видов инфекций – бактериальные или вирусные) \*\* |  |
|  | 29.2 |  | На основании оценки рисков, разрабатывается и утверждается руководством медицинской организации ежегодный план работы (план мероприятий) по инфекционному контролю, включающий достижимые, измеримые задачи для снижения рисков \*\* |
|  | 29.3 |  | Проводится мониторинг инфекций, связанных с оказанием медицинских услуг – внутрибольничные инфекции, включая внутрибольничные инфекции по видам: пневмония в связи с использованием дыхательной трубки, инфекции кровеносного русла в связи с применением катетеров, инфекции мочевых путей, инфекции послеоперационной раны, резистентные микроорганизмы и другие приоритетные для организации инфекции \*\* |
|  | 29.4 |  | Комиссия по инфекционному контролю просматривает собранные данные по внутрибольничным инфекциям и их анализ (индикаторы по внутрибольничным инфекциям, а также разбор индивидуальных случаев внутрибольничных инфекций) и применяет данные по инфекциям для повышения безопасности пациента \*\* |
|  | 29.5 |  | Один раз в квартал персонал и руководство информируются о результатах мониторинга индикаторов по инфекционному контролю и рекомендациях для улучшения |
| Стандарт 30.0 |  |  | **30.0 ПРОГРАММА ПО ИНФЕКЦИОННОМУ КОНТРОЛЮ****В организации внедряется программа по инфекционному контролю, охватывающая все территории организации, всех работников, пациентов, посетителей и арендаторов помещений.**  | Данный стандарт по внедрению в медицинской организации программы по инфекционному контролю должен разрабатываться в соответствии с установленными требованиями законодательных актов Республики Казахстан. Значимость и важность данного стандарта в эффективном выполнении программы по инфекционному контролю |
|  | 30.1 |  | Программа по инфекционному контролю разрабатывается и утверждается руководством медицинской организации в соответствии с установленными требованиями и внедряется в медицинской организации  |  |
|  | 30.2 |  | Программа по инфекционному контролю разрабатывается с учетом современной мировой литературы, рекомендаций Всемирной Организации Здравоохранения или других профессиональных, признанных источников \* |  |
|  | 30.3 |  | Программа по инфекционному контролю пересматривается ежегодно |  |
|  | 30.4 |  | Результаты инфекционного контроля и другие подлежащие отчетности сведения (включая инфекции, ассоциирование с оказанием медицинских услуг, инфицирование персонала, и другие) сообщаются в уполномоченные органы по требованиям законодательных актов Республики Казахстан \*\* |  |
|  | 30.5 |  | Руководство предоставляет ресурсы для эффективного выполнения программы по инфекционному контролю |  |
| Стандарт 31.0 |  |  | **31.0 ПОЛИТИКИ И ПРОЦЕДУРЫ ПО ИНФЕКЦИОННОМУ КОНТРОЛЮ****Медицинская организация разрабатывает, утверждает и внедряет политики, процедуры или алгоритмы в области инфекционного контроля.** | Критерий 14.8 выделен в отдельный стандарт 31.0 в связи с важностью деятельности в области инфекционного контроля по утвержденным медицинской организацией политикам, процедурам и алгоритмам |
|  | 31.1 |  | В медицинской организации внедряются политики, процедуры и (или) алгоритмы по универсальным мерам предосторожности с четкими показаниями, когда и как использовать средства индивидуальной защиты \* |  |
|  | 31.2 |  | Политики, процедуры или алгоритмы в области инфекционного контроля разрабатываются на основе законодательных актов Республики Казахстан, и по возможности, доказательной базы из профессиональной литературы |  |
|  | 31.3 |  | В местах использования имеется достаточное количество средств индивидуальной защиты (смотреть критерий 30.5) |  |
|  | 31.4 |  | В местах обработки рук в зависимости от уровня обработки рук имеется достаточное количество раковин с проточной водой, мыла, антисептиков, салфеток или других средств для сушки рук (смотреть критерий 30.5) |  |
|  | 31.5 |  | Средства индивидуальной защиты используются персоналом правильно, в соответствии с политиками организации |  |
| Стандарт 32.0 |  |  | **32.0 ДЕЗИНФЕКЦИЯ, СТЕРИЛИЗАЦИЯ И ПРАЧЕЧНАЯ****Чистка (уборка), дезинфекция, стерилизация и действия в прачечной проводятся с минимизацией риска инфекций.**  | Критерий 14.12 выделен в стандарт 32.0Стандарт разработан для оценки дезинфекции, стерилизации и прачечной в связи с необходимостью минимизации риска распространения инфекций |
|  | 32.1 |  | Разрабатываются и внедряются политики, процедуры или алгоритмы по чистке (уборке), дезинфекции, стерилизации инструментов и обработки белья в прачечной включая транспортировку, обработку и хранение белья и инструментов \* |  |
|  | 32.2 |  | Одноразовые изделия утилизируются после использования; при их повторном использовании. Прописывается процесс по их безопасной обработке или дезинфекции и максимальное число повторной обработки и использования \* |  |
|  | 32.3 |  | Действия по чистке (уборке), дезинфекции, стерилизации проводятся с минимизацией риска инфекций и с соблюдением процесса от «грязной» к «чистой» зоне |  |
|  | 32.4 |  | Качество стерилизации мониторируется через химические и биологические индикаторы или другими методами \*\* |  |
|  | 32.5 |  | Стерилизацию инструментов можно проследить для конкретного пациента \*\* |  |
| Стандарт 33.0 |  |  | **33.0 МЕДИЦИНСКИЕ ОТХОДЫ** **Организация обеспечивает безопасное обращение с отходами.**  | Выделен в отдельный стандарт так как безопасное обращение с отходами необходимо для обеспечения безопасности пациентов и сотрудников медицинской организации и окружающей среды  |
|  | 33.1 |  | В медицинской организации внедряются политики, процедуры или алгоритмы по обращению с медицинскими отходами, включая безопасное обращение с острыми, колющими и режущими отходами и классификацию всех отходов, образуемых в медицинской организации \* |  |
|  | 33.2 |  | Помещение для централизованного сбора отходов содержится в чистоте при помощи достаточного количества закрытых мусорных контейнеров и регулярного опустошения контейнеров от мусора, с достаточной вентиляцией воздуха и при необходимости, c соблюдением определенного температурного режима |  |
|  | 33.3 |  | Отходы утилизируются безопасным образом согласно законодательным актам Республики Казахстан; острые, колющие и режущие предметы утилизируются в непрокалываемые, непротекаемые контейнеры с крышкой для безопасного сбора и утилизации отходов |  |
|  | 33.4 |  | Остатки и компоненты крови, биологические жидкости, ткани организма хранятся и утилизируются с минимизацией риска инфицирования в маркированных контейнерах согласно классификации отходов, с соблюдением температурного режима и сроков временного хранения  |  |
|  | 33.5 |  | Персонал обучается политикам и процедурам по обращению с медицинскими отходами и соблюдает их на практике \*\* |  |
| Стандарт 34.0 |  |  | **34.0 ИНЖЕНЕРНЫЕ СИСТЕМЫ И РЕМОНТНЫЕ РАБОТЫ****Инфекционный контроль поддерживается инженерными системами, а также при проведении ремонтных работ.**  | Разработан новый стандарт в связи с тем, что инженерные системы и ремонтные работы влияют на инфекционную безопасность медицинской организации и на качество оказания медицинских услуг |
|  | 34.1 |  | В местах, где необходима асептическая рабочая зона (микробиологическая, патологоанатомическая лаборатории, места разведения цитостатических лекарственных средств) устанавливаются ламинарные боксы  |  |
|  | 34.2 |  | В палатах для изоляции пациента с воздушно-капельной инфекцией система вентиляции поддерживает отрицательное давление (воздух вдувается из коридора в палату)  |  |
|  | 34.3 |  | В операционных комнатах, лабораториях катетеризации (рентген-операционных) и палатах для пациентов после трансплантации система вентиляции поддерживает положительное давление (воздух выдувается из комнаты в коридор)  |  |
|  | 34.4 |  | В медицинской организации внедряются политики и процедуры по инфекционному контролю при проведении ремонтных, строительных работ с определением уровня рисков в зависимости от масштаба и вида работ \* |  |
|  | 34.5 |  | Все ремонтные, строительные работы согласовываются письменно с сотрудникомпо инфекционному контролю, который контролирует соблюдение требований по инфекционному контролю для предотвращения инфицирования пациента в результате ремонтно-строительных работ \*\* |  |
| Стандарт 35.0 |  |  | **35.0 ПРОЦЕДУРА ИЗОЛЯЦИИ** **В медицинской организации разрабатываются и внедряются политики, процедуры и алгоритмы по изоляции (инфекционного) пациента.** | Критерий 14.6 выделен в отдельный стандарт 35.0, который политики прописывает процедуры по изоляции (инфекционного) пациента с целью обеспечения безопасности пациентов и сотрудников медицинской организации |
|  |  |  | 35.1 Процедура по изоляции инфекционного пациента прописывается ясно; персонал обучается ей и соблюдает ее \* |  |
|  |  |  | 35.2 В медицинской организации есть палата с отрицательным давлением для пациента с воздушно-капельной инфекцией или процедура по переводу таких пациентов в другую подходящую организацию  |  |
|  |  |  | 35.3 Процедура изоляции включает строгое соблюдение гигиены рук, показанные в таком случае средства индивидуальной защиты и визуальный знак для информирования любого, кто входит в зону нахождения инфекционного пациента |  |
|  |  |  | 35.4 Пациенты с инфекцией и члены семьи обучаются по инфекционному контролю, включая гигиену рук и требованиям при изоляции \*\* |  |
|  |  |  | 35.5 Уборка, обработка помещения и предметов во время нахождения инфекционного пациента и после его выписки проводятся согласно санитарно-эпидемиологических требований Республики Казахстан |  |
| Стандарт 36.0 |  |  | **36.0 ОБУЧЕНИЕ ПЕРСОНАЛА ПО ИНФЕКЦИОННОМУ КОНТРОЛЮ****Медицинская организация проводит непрерывное обучение персонала по инфекционному контролю.**  | Выделен в отдельный стандарт в связи с необходимостью обучения персонала по инфекционному контролю, влияющему на безопасность пациентов и сотрудников медицинской организации |
|  | 36.1 |  | Ежегодно каждый медицинский работник проходит обучение в области инфекционного контроля \*\* |  |
|  | 36.2 |  | Ежегодно тестируются знания медицинских работников в области инфекционного контроля |  |
|  | 36.3 |  | Обучение по инфекционному контролю проводится для немедицинских работников, студентов, курсантов, резидентов |  |
|  | 36.4 |  | Проводится обучение пациентов, членов семьи пациента по профилактике и контролю инфекций (смотреть критерий 36.4) |  |
|  | 36.5 |  | Дополнительное обучение персонала проводится в ответ на инциденты, случаи внутрибольничной инфекции, ухудшение индикаторов (смотреть критерий 29.5) |  |
|  |  |  | **Безопасность здания** |  |
| Стандарт 37.0 |  |  | **37.0 КОМИССИЯ ПО БЕЗОПАСНОСТИ ЗДАНИЙ****В организации внедряется Программа по безопасности зданий, выполнение которой координирует Комиссия по безопасности зданий.**  | Выделен в отдельный стандарт, указывающий на внедрение программы по безопасности зданий, выполнение которой координирует Комиссия по безопасности зданий. |
|  | 37.1 |  | Создается и работает Комиссия по безопасности зданий, которая координирует действия для поддержания безопасности зданий и окружающей среды \*\* |  |
|  | 37.2 |  | Программа по безопасности зданий разрабатывается на основе законодательных актов Республики Казахстан и включает разделы: безопасность окружающей среды и система охраны, пожарная безопасность, готовность к чрезвычайным ситуациям, обращение с опасными материалами, медицинское оборудование, коммунальные (инженерные) системы \*  |  |
|  | 37.3 |  | Программа по безопасности зданий пересматривается ежегодно с определением приоритетных на каждый год направлений работы в виде ежегодной оценки рисков \* |  |
|  | 37.4 |  | Ежеквартально руководство организации получает отчет о выполнении Программы по безопасности зданий с указанием проведенных ключевых работ и существующих проблем (рисков) безопасности зданий и окружающей среды \*\* |  |
|  | 37.5 |  | Ежегодно Управляющий орган (Наблюдательный Совет, Совет директоров, Совет учредителей или уполномоченный орган) получает отчет о выполнении Программы по безопасности зданий с указанием проведенных ключевых работ и существующих проблем (рисков) безопасности зданий и окружающей среды \*\* | II |
| Стандарт 38.0 |  |  | **38.0 БЕЗОПАСНОСТЬ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ** **Окружающая среда медицинской организации является безопасной и комфортной для пациентов, персонала и посетителей** (смотреть критерий 38.2). \* | Выделен в отдельный стандарт, указывающий на то, что медицинская организация обеспечивает безопасность окружающей среды для пациентов, персонала и посетителей |
|  | 38.1 |  | Здания и окружающая среда в медицинской организации соответствуют требованиям законодательных актов Республики Казахстан (строительные нормы и политика, санитарные нормы и другие)  |  |
|  | 38.2 |  | Случаи получения травм и несчастных случаев на рабочем месте и другие подлежащие отчетности сведения сообщаются в уполномоченные органы по требованиям законодательных актов Республики Казахстан (смотреть критерий 30.4) |  |
|  | 38.3 |  | Здания и помещения, инженерные системы, оборудование и прочие предметы имеются в достаточном количестве, регулярно инспектируются, тестируются с документацией проведенной инспекции или тестирования |  |
|  | 38.3 |  | Здания и помещения, инженерные системы, оборудование и прочие предметы регулярно обновляются и поддерживаются на безопасном уровне |  |
|  | 38.4 |  | При обнаружении значительных рисков для сотрудников, пациентов, посетителей или для окружающей среды, руководство предпринимает надлежащие действия по выделению средств, информированию заинтересованных сторон и снижению рисков  | I |
| Стандарт 39.0 |  |  | **39.0 ОХРАНА И ЗАЩИТА****Обеспечивается охрана и защита здания и территории медицинской организации** (смотреть критерий 38.2) \* | Критерий 38.2 выделен в отдельный стандартОхрана и защита здания и территории медицинской организации обеспечивает безопасность сотрудников и пациентов, влияя на качество оказания медицинской помощи |
|  | 39.1 |  | Все сотрудники, внештатные и контрактные работники, студенты, курсанты, резиденты и арендаторы помещения носят бейджи на территории медицинской организации (смотреть критерий 26.1) |  |
|  | 39.2 |  | Проводится мониторинг (видеонаблюдение и (или) обход) здания и территории с целью защиты и охраны |  |
|  | 39.3. |  | Документируется периодический обход (инспекция) здания и передача дежурства между сотрудниками охранной службы \*\* |  |
|  | 39.4 |  | Ограничивается вход посторонних в стационарные отделения, режимные отделения (например, операционный блок и реанимационное отделение), а также зоны контроля инженерных, коммунальных систем |  |
|  | 39.5 |  | Сотрудники охранной службы обучаются действиям при чрезвычайных ситуациях (при кодах по безопасности), а также оказанию первой помощи \*\* |  |
| Стандарт 40.0 |  |  | **40.0 ПОЖАРНАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ****Внедряется программа по снижению риска пожара и задымления** (смотреть критерий 38.2) \* | Соответствие стандарта требованиям законодательных актов Республики Казахстан и обеспечение безопасности пациентов и сотрудников организации |
|  | 40.1 |  | Функционирует система раннего выявления пожара; в достаточном количестве имеются исправные средства для пожаротушения, которые регулярно инспектируются и при необходимости обновляются  |  |
|  | 40.2 |  | Инспекция, тестирование и поддержание средств и систем для раннего выявления и тушения пожара документируется \*\* |  |
|  | 40.3. |  | Для безопасной эвакуации из здания при пожаре и других чрезвычайных ситуациях, пути эвакуации не загромождаются; в достаточном количестве имеются и видны указатели  |  |
|  | 40.4 |  | Для ограничения распространения дыма и огня, в соответствии с установленными требованиями: противопожарные двери плотно прикрываются, межэтажные и меж-стенные противопожарные перегородки не имеют щелей, используются огнеупорные материалы, минимизируется использование возгораемых материалов  |  |
|  | 40.5 |  | Сотрудники ежегодно проходят практическое учение по пожарной безопасности для проверки готовности в случае пожара и задымления (смотреть критерий 47.2) \*\* |  |
| Стандарт 41.0 |  |  | **41.0 ДРУГИЕ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫЕ СИТУАЦИИ****Внедряется программа по снижению риска прочих чрезвычайных ситуаций** (смотреть критерий 38.2) \*  | Стандарт соответствует требованиям законодательных актов Республики Казахстан и международным требованиям в области внедрения программы по снижению риска прочих чрезвычайных ситуаций в медицинской организации |
|  | 41.1 |  | Медицинская организация определяет значимые для региона виды чрезвычайных ситуаций в виде оценки рисков с указанием вероятности возникновения, разрушительной силы (последствий) и уровня готовности организации по каждому из перечисленных видов чрезвычайных ситуаций \*\* |  |
|  | 41.2 |  | На основе оценки рисков по чрезвычайным ситуациям определяются приоритетные направления работы в годовом плане мероприятий \*\* |  |
|  | 41.3 |  | Выделяются ресурсы для улучшения готовности организации к чрезвычайным ситуациям  |  |
|  | 41.4 |  | Сотрудники ежегодно проходят практическое учение по готовности к чрезвычайным ситуациям для проверки ответных действий сотрудников, готовности системы оповещения, готовности использовать альтернативные источники воды и электричества, готовности оказывать медицинскую помощь (смотреть критерий 47.3) \*\* |  |
|  | 41.5 |  | По окончании практического учения по чрезвычайным ситуациям проводится анализ проведенного учения, и делаются выводы с дальнейшей разработкой плана мероприятий и поддержки непрерывного улучшения \*\* |  |
| Стандарт 42.0 |  |  | **42.0 ОПАСНЫЕ МАТЕРИАЛЫ И ОТХОДЫ****Обращение с опасными материалами и отходами соответствуют требованиям законодательных актов Республики Казахстан, и обеспечивается безопасность людей и окружающей среды**  | Критерий 10.6 выделен в отдельный стандарт в связи с требованиями законодательных актов Республики Казахстан в области обращения с опасными материалами и отходами и обеспечения безопасности людей и окружающей среды |
|  | 42.1 |  | Определяется список всех опасных материалов и отходов с указанием названия (состава), мер предосторожности и мер первой помощи, мест хранения, максимально допустимого объема хранения и применимых предупреждающих знаков для маркировки (смотреть стандарт 33.0) |  |
|  | 42.2 |  | Прописываются требования к обращению с опасными материалами, включая их маркировку, хранение, ношение защитных средств при работе, транспортировку, утилизацию (смотреть критерий 38.2) \* |  |
|  | 42.3 |  | Все опасные материалы и отходы маркируются с указанием названия (состава), срока годности и применимых предупреждающих знаков |  |
|  | 42.4 |  | В местах обращения с опасными материалами имеется доступная информация по мерам предосторожности и мерам первой помощи (например, на этикетке контейнера или в виде списка опасных материалов – смотреть критерий 43.1) |  |
|  | 42.5 |  | Сотрудники обучаются действиям при разлитии опасного материала, включая быстрый сбор (обеззараживание) и сообщение об инциденте разлития или инциденте контакта с опасным материалом |  |
| Стандарт 43.0 |  |  | **43.0 МЕДИЦИНСКОЕ ОБОРУДОВАНИЕ****Безопасность медицинского оборудования и изделий обеспечивается путем регулярного тестирования, калибровки, поддержания, ремонта и обучения персонала**  | Выделен в отдельный стандарт в связи важностью безопасности медицинского оборудования и изделий медицинского назначения |
|  | 43.1 |  | Внедряется программа по обеспечению безопасности медицинского оборудования и изделий (смотреть критерий 38.2) \* |  |
|  | 43.2 |  | Медицинской организацией определяется список всего медицинского оборудования  |  |
|  | 43.3 |  | Проводится и документируется профилактическое обслуживание, инспекция, тестирование, калибровка, поддержание, ремонт медицинского оборудования |  |
|  | 43.4 |  | Персонал обучается безопасной работе с оборудованием и устройствами при трудоустройстве и по необходимости. Только обученные и компетентные лица обращаются со специализированным оборудованием и устройствами \*\* |  |
|  | 43.5 |  | Внедряется система оповещения пользователей и принятия мер при отзыве, поломке и прочих инцидентах, связанных с медицинским оборудованием (например, риск возгорания) \* |  |
| Стандарт 44.0 |  |  | **44.0 КОММУНАЛЬНЫЕ СИСТЕМЫ****Коммунальные и инженерные системы в организации соответствуют требованиям законодательных актов Республики Казахстан и удовлетворяют потребности медицинской организации** | Пп. 1 и 2, критерия 9.6 выделены в отдельный стандартCоответствие требованиям законодательных актов Республики Казахстан коммунальных и инженерных систем в организации способствует бесперебойной работе медицинской организации, обеспечивает безопасность пациентов и сотрудников при оказании услуг  |
|  | 44.1 |  | Руководством медицинской организации прописывается порядок и частота инспекций, тестирования и поддержания коммунальных и инженерных систем \* |  |
|  | 44.2 |  | Коммунальные и инженерные системы инспектируются, поддерживаются и улучшаются |  |
|  | 44.3 |  | Ответственными лицами проводится мониторинг системы вентиляции с документацией давления и частоты обмена воздуха в час в особых помещениях: палаты с отрицательным давлением для изоляции инфекционного пациента; палаты с положительным давлением для пациентов после трансплантации и операционные комнаты \*\* |  |
|  | 44.4 |  | Для предупреждения пылевого загрязнения, в системе вентиляции устанавливаются фильтры, которые меняются с частотой согласно рекомендации производителя  |  |
|  | 44.5 |  | Коммунальные и инженерные системы маркируются для облегчения частичного или полного отключения при чрезвычайных ситуациях |  |
| Стандарт 45.0 |  |  | **45.0 ВОДА И ЭЛЕКТРИЧЕСТВО****Обеспечивается непрерывный доступ к воде и электричеству, включая их альтернативные источники**  | Добавлен новый стандарт в связи с важностью обеспечения медицинской организацией непрерывного доступа к воде и электричеству, включая их альтернативные источники |
|  | 45.1 |  | Питьевая вода и электричество являются доступными круглосуточно в любое время года |  |
|  | 45.2 |  | Определяются зоны и услуги, для которых наиболее важно водоснабжение и электроснабжение из альтернативных источников \*\* |  |
|  | 45.3 |  | Альтернативные источники водоснабжения тестируются ежеквартально \*\* |  |
|  | 45.4 |  | Альтернативные источники электроснабжения тестируются ежеквартально. Хранится необходимый запас топлива для выработки электричества из альтернативного источника \*\* |  |
|  | 45.5 |  | В соответствии с санитарно – эпидемиологическими требованиями ежеквартально тестируется качество воды, включая воду, используемую для процедур диализа \*\* |  |
| Стандарт 46.0 |  |  | **46.0 ОБУЧЕНИЕ ПЕРСОНАЛА ПО БЕЗОПАСНОСТИ ЗДАНИЙ****Проводится обучение, тестирование знаний работников для поддержания безопасности зданий и окружающей среды**  | Внедрено требование международных стандартов в части обучения персонала по безопасности зданий. Обучение и тестирование, мониторинг знаний необходим для обеспечения безопасности зданий.  |
|  | 46.1 |  | Сотрудники обучаются своей роли в области пожарной безопасности и чрезвычайных ситуаций, охраны и защиты, обращении с опасными материалами |  |
|  | 46.2 |  | Сотрудники демонстрируют действия при пожаре, включая сообщение о пожаре, тушение пожара и эвакуацию пациентов |  |
|  | 46.3 |  | Сотрудники обучаются работе с оборудованием и коммунальными (инженерными) системами, включая действия при чрезвычайных ситуациях (смотреть критерий 44.4) |  |
|  | 46.4 |  | Обучаются сотрудники, в том числе внештатные, студенты, курсанты, резиденты, арендаторы помещений, волонтеры и посетители |  |
|  | 46.5 |  | Проводится обучение и тестирование знаний работников для поддержания безопасности зданий и окружающей среды проводится ежегодно |  |
|  |  |  | **БЕЗОПАСНОСТЬ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ И ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ** |  |
| Стандарт 47.0 |  |  | **47.0 УПРАВЛЕНИЕ МЕДИКАМЕНТАМИ****Обеспечивается безопасное обращение с лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения в организации**  | Стандарт обновленной редакции обеспечиваетбезопасное обращение с лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения в организации |
|  | 47.1 |  | Обращение с лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения осуществляется в соответствии с требованиями законодательных актов Республики Казахстан  |  |
|  | 47.2 |  | Ежегодно проводится анализ системы управления медикаментами, включающий каждый этап управления медикаментами: планирование и закуп; хранение; назначение; приготовление или разведение; введение; мониторинг эффектов на пациенте (cм. критерий 12.4) \*\* |  |
|  | 47.3 |  | Проводится анализ системы управления медикаментами, включающий оценку рисков (выявление проблем или зон высокого риска, связанных с лекарственными средствами) \*\* |  |
|  | 47.4 |  | Разрабатываются и внедряются политики и процедуры, описывающие каждый этап управления медикаментами: планирование и закуп; хранение; назначение; приготовление или разведение; введение; мониторинг эффектов на пациенте \* |  |
|  | 47.5 |  | Создается и функционирует формулярная комиссия, которая рассматривает вопросы управления медикаментами, включая формулярный список, медикаментозные ошибки и почти ошибки \*\*  |  |
| Стандарт 48.0 |  |  | **48.0 ХРАНЕНИЕ****Медикаменты хранятся безопасно и надлежащим образом** | Выделен в отдельный стандарт (хранение медикаментов).Хранение медикаментов в медицинской организации необходимо осуществлять безопасно и надлежащим образом |
|  | 48.1 |  | Все медикаменты правильно обозначаются с указанием названия (содержания), срока годности и применимых предупреждающих знаков |  |
|  | 48.2 |  | Медикаменты хранятся с соблюдением температурного режима, влажности и прочих условий, в соответствии с требованиями к их хранению |  |
|  | 48.3 |  | Наркотические и другие лекарственные средства, подлежащие строгому учету и контролю, хранятся, в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан |  |
|  | 48.4 |  | Медикаменты защищаются от потери и кражи по всей организации |  |
|  | 48.5 |  | Сотрудниками аптеки периодически инспектируются все места хранения лекарственных средств в организации для обеспечения правильного хранения лекарственных средств \*\* |  |
| Стандарт 49.0 |  |  | **49.0 ОСОБЫЕ СЛУЧАИ ОБРАЩЕНИЯ С МЕДИКАМЕНТАМИ****Прописываются особые случаи обращения с медикаментами**  | Новый стандарт внедрен в соответствии с требованиями международных экспертов и законодательных актов Республики Казахстан в связи с наличием в медицинских организациях медикаментов, требующих особого обращения. Например, наркотические препараты. |
|  | 49.1 |  | Прописывается и соблюдается процесс по выявлению и уничтожению медикаментов с истекшим сроком годности \*  |  |
|  | 49.2 |  | Прописывается и соблюдается процесс по обращению с личными (принесенными извне) медикаментами пациента \* |  |
|  | 49.3 |  | Прописывается и соблюдается процесс обращения с наборами лекарственных средств для экстренных случаев (противошоковая укладка, реанимационный набор или набор для кода синего), включая их защиту от кражи и потери, ежедневную проверку готовности набора, восполнение содержимого \* |  |
|  | 49.4 |  | Прописывается и соблюдается процесс отзыва медикаментов \* |  |
|  | 49.5 |  | Прописывается и соблюдается процесс обращения с радиофармацевтическими препаратами и другими опасными медикаментами (цитостатические лекарственные средства) \* |  |
| Стандарт 50.0 |  |  | **50.0 НАЗНАЧЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ****Прописывается процесс назначения лекарственных средств и проверки назначений лекарственных средств**  | Выделен в отдельный стандартв связи с необходимостью разработки политик и процедур, где прописываются требования по назначению лекарственных средств  |
|  | 50.1 |  | Прописываются требования к назначению лекарственных средств, включая обязательную информацию, которая должна быть в листе назначений или рецепте: идентификация пациента; название лекарственных средств (определить, требуется ли по международному непатентованному названию или по торговому наименованию); доза; путь введения; кратность; длительность курса; если по показаниям – то точное показание к приему \* |  |
|  | 50.2 |  | Прописываются действия при неразборчивом или неполном назначении лекарственных средств в листах назначения или рецепте \* |  |
|  | 50.3 |  | Прописывается процесс устного назначения лекарственных средств в экстренных ситуациях, если это разрешено организацией \* |  |
|  | 50.4 |  | Проводится проверка назначений лекарственных средств в текущих медицинских картах для выяснения обоснованности и полноты назначения (кроме экстренных назначений) |  |
|  | 50.5 |  | Проводится выборочный аудит листов назначений в текущих и закрытых медицинских картах на предмет соблюдения правил организации и безопасности пациента \*\* |  |
| Стандарт 51.0 |  |  | **51.0 ПРИГОТОВЛЕНИЕ МЕДИКАМЕНТОВ****Медикаменты готовятся в безопасной и чистой обстановке** | Новый стандарт внедрен в связи с важностью предъявления утвержденных законодательными актами Республики Казахстан и медицинской организацией требований к приготовлению медикаментов |
|  | 51.1 |  | Медикаменты готовятся (разводятся, фасуются) в чистой и безопасной рабочей зоне с необходимым оборудованием и изделиями  |  |
|  | 51.2 |  | Сотрудники, готовящие стерильные продукты обучаются принципам приготовления лекарственных средств и методам асептики \*\* |  |
|  | 51.3 |  | Каждое принятое, введенное лекарственное средство документируется в листе назначений (или ином документе) с указанием времени и автора записи \*\* |  |
|  | 51.4 |  | Безопасное введение медикаментов обеспечивается проверкой правильности пяти пунктов: тот ли это пациент, медикамент, доза, путь введения, время и частота приема |  |
|  | 51.5 |  | Прописывается процесс самостоятельного введения пациентом лекарственных средств(например, ингалятор или инсулиновая ручка) \* |  |
| Стандарт 52.0 |  |  | **52.0 МОНИТОРИНГ И ОБУЧЕНИЕ ОБ ОБРАЩЕНИИ С ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ****Проводится мониторинг эффекта лекарственных средств на пациента и периодическое обучение пациентов и персонала в зависимости от потребности** | Выделен в отдельный стандарт в связи с необходимостью проведения в медицинской организации мониторинга эффекта лекарственных средств на пациента, включая побочные действия и периодического обучения пациентов и персонала по обращению с лекарственными средствами для повышения безопасности пациентов. |
|  | 52.1 |  | Проводится мониторинг эффекта лекарственных средств на пациента и побочные эффекты документируются и сообщаются ответственному лицу \*\* |  |
|  | 52.2 |  | Проводится обучение пациента по вопросам приема медикаментов, включая обучение по рекомендуемым медикаментам после выписки \*\* |  |
|  | 52.3 |  | Прописывается определение терминов «медикаментозная ошибка» и «почти ошибка» и сотрудники сообщают о медикаментозных ошибках и почти ошибках (смотреть критерии 6.3 и 48.5) \*\* |  |
|  | 52.4 |  | Для врачей и прочего персонала, вовлеченных в обращение с медикаментами, имеется в доступе справочная информация по лекарственным средствам |  |
|  | 52.5 |  | Врачи, медицинские сестры и прочий персонал, вовлеченный в обращение с медикаментами, обучаются по вопросам обращения с медикаментами \*\* |  |
| Стандарт 53.0 |  |  | **53.0 КОНТРОЛЬ АНТИБИОТИКОВ****Медицинская организация внедряет программу по контролю антибиотиков** | Разработан новый стандарт в связи с актуальностью разработки программы по контролю за антибиотиками с привлечением клинического фармаколога, специалистов по инфекционному контролю для правильного назначения антибиотиков с целью повышения безопасности пациентов и повышения качества лечения пациентов |
|  | 53.1 |  | Программа или руководство по контролю антибиотиков включает список антибиотиков, назначение которых ограничено и есть четкие показания к применению резервных антибиотиков \* |  |
|  | 53.2 |  | Программа или руководство по контролю антибиотиков разрабатывается коллективно (с участием практикующих врачей или клинического фармаколога, специалистов по инфекционному контролю, микробиологии) и основано на доказательствах |  |
|  | 53.3 |  | Врачи и другие пользователи обучаются требованиям программы или руководства по контролю антибиотиков и программа внедряется на практике |  |
|  | 53.4 |  | Медицинские карты регулярно просматриваются на предмет выполнения программы или руководства по контролю антибиотиков  |  |
|  | 53.5 |  | Выполнение программы или руководства по контролю антибиотиков мониторируется через индикаторы, используемые для улучшения работы \*\* |  |
| Стандарт 54.0 |  |  | **РАЗДЕЛ D: ЛЕЧЕНИЕ И УХОД ЗА ПАЦИЕНТОМ****D1: Безопасность пациента Международная цель по безопасности пациента №1****Правильная идентификация пациента 54.0 Безопасность пациента повышается через процесс идентификации пациента, используя два идентификатора пациента** | Новый стандарт разработан в соответствии требованиями Всемирной Организации здравоохранения к обеспечению безопасности пациентов |
|  | 54.1 |  | Существуют политики и процедуры идентификации пациента, описывающие процесс идентификации пациента с применением двух идентификаторов пациента \* |  |
|  | 54.2 |  | Пациент идентифицируется в соответствии с политиками и процедурами перед каждой процедурой, операцией, инъекцией, приемом медикамента, переливанием крови, взятием биоматериала и других ситуациях |  |
|  | 54.3 |  | Идентификация пациента облегчается через идентификаторы пациента, такие как: имя (фамилия) пациента, идентификационный номер, дата рождения, штрих-код на браслете или другие применимые способы.  |  |
|  | 54.4 |  | Идентификация пациента или бар коды или отслеживаемые номера (номера, которые можно отследить) присутствуют во всех формах медицинских карт и на всех контейнерах с биоматериалом пациента |  |
|  | 54.5 |  | Сотрудники отдела качества и безопасности пациента помогают в процессе выбора индикаторов по всей организации и предоставляют координацию и интеграцию мероприятий по измерению индикаторов по всей организации\*\* |  |
|  |  |  | **Международная цель по безопасности пациента №2****Эффективная передача информации** |  |
| Стандарт 55.0 |  |  | **55.0 Безопасность пациента повышается через стандартизованный процесс передачи информации при переводе пациента, пересмене, при устных назначениях и сообщении результатов исследований**  | Новый стандарт разработан в соответствии требованиями Всемирной Организации здравоохранения к обеспечению безопасности пациентов |
|  | 55.1 |  | Разрабатываются политики и процедуры передачи информации устно и по телефону, описывающие процесс сообщения критических результатов лабораторных и диагностических исследований и форма документации такого результата; процесс сообщения экстренных результатов исследований, и процесс устного назначения медикаментов в экстренной ситуации \* |  |
|  | 55.2 |  | Существуют политики и процедуры, описывающие процесс передачи пациента при переводе между отделениями, между службами и при передаче смены |  |
|  | 55.3 |  | В стандартизованной передаче информации при получении критических результатов лабораторных и диагностических исследований требуется, чтобы получатель информации записал сообщение, получатель прочитал сообщение вслух, и сообщающее лицо подтвердило правильность сообщения |  |
|  | 55.4 |  | Обеспечивается правильность устной передачи информации по точности назначения лекарственных средств при передаче пациента между службами путем передачи медицинской карты или переводного эпикриза вместе с пациентом |  |
|  | 55.5 |  | Процесс передачи пациента и устные назначения, а также устное сообщение результатов исследований мониторируется через индикатор(ы), которые применяются для повышения безопасности пациента \*\* |  |
|  |  |  | **Международная цель по безопасности пациента №3****Безопасность медикаментов высокого риска** |  |
| Стандарт 56.0 |  |  | **56.0 Безопасность пациентов повышается за счет стандартизированной маркировки и обращения с концентрированными электролитами, медикаментами со схожим видом и схожим названием и другими медикаментами высокого риска**  | Новый стандарт разработан в соответствии требованиями Всемирной Организации здравоохранения к обеспечению безопасности пациентов |
|  | 56.1 |  | Разрабатываются политики и процедуры, описывающие обращение с медикаментами высокого риска, в том числе их маркировку, хранение, назначение и применение \* |  |
|  | 56.2 |  | Формируется список медикаментов высокого риска, в том числе концентрированных электролитов, медикаментов со схожим видом и схожим названием,которые присутствуют в больнице \*\* |  |
|  | 56.3 |  | Медикаменты высокого риска, в том числе концентрированные электролиты, медикаменты со схожим видом и схожим названием хранятся, маркируются и используются в соответствии с политиками больницы по всей организации |  |
|  | 56.4 |  | Концентрированные электролиты не хранятся в клинических единицах, где они используются редко и хранятся только в тех местах оказания медицинской помощи, где они клинически необходимы |  |
|  | 56.5 |  | Обращение с медикаментами высокого риска мониторируется через индикатор(ы), которые применяются для повышения безопасности пациента \*\* |  |
|  |  |  | **Международная цель по безопасности пациента №4****Хирургическая безопасность: правильный участок тела, правильная процедура и правильный пациент.** | Новый стандарт разработан в соответствии требованиями Всемирной Организации здравоохранения к обеспечению безопасности пациентов |
| Стандарт 57.0 |  |  | **57.0 Безопасность пациентов повышается за счет стандартизированной предоперационной верификации (проверки готовности) и тайм-аута, чтобы обеспечить правильную процедуру на правильном участке тела правильному пациенту**  |  |
|  | 57.1 |  | Разрабатываются политики и процедуры, описывающие процесс маркировки места операции, предоперационной проверки и тайм-аута для обеспечения правильного участка тела, правильной процедуры, и операции на правильном пациенте \* |  |
|  | 57.2 |  | Участок тела маркируется перед операцией и инвазивной процедурой высокого риска в виде единого знака в рамках всей организации врачом, который будет выполнять процедуру |  |
|  | 57.3 |  | Осуществляется предоперационная верификация (проверка готовности) на основе чек-листа или другого инструмента для документации готовности к операции или процедуре высокого риска |  |
|  | 57.4 |  | Вся хирургическая команда участвует в процедуре тайм-аута в зоне, где будет проводиться хирургическое вмешательство или инвазивная процедура высокого риска, и тайм-аут документируется в медицинской карте |  |
|  | 57.5 |  | Предоперационная верификация и процедура тайм-аут мониторируются через индикатор(ы), которые применяются для повышения безопасности пациента \*\* |  |
|  |  |  | **Международная цель по безопасности пациента №5****Снизить риск инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи через гигиену рук** | Новый стандарт разработан в соответствии требованиями Всемирной Организации здравоохранения к обеспечению безопасности пациентов |
| Стандарт 58.0 |  |  | **58.0 Безопасность пациентов повышается за счет комплексной программы гигиены рук для предотвращения инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи**  |  |
|  | 58.1 |  | Разрабатываются основанные на доказательной базе (литературе) политики и процедуры, описывающие виды (уровни), этапы гигиены рук и показания для гигиены рук \* |  |
|  | 58.2 |  | Политики процедуры по гигиене рук выполняются по всей медицинской организации  |  |
|  | 58.3 |  | Имеются достаточные ресурсы для выполнения процедур мытья рук и дезинфекции рук |  |
|  | 58.4 |  | Сотрудники обучаются по видам, этапам гигиены рук и показаниям для гигиены рук \*\* |  |
|  | 58.5 |  | Практика гигиены рук мониторируются через индикатор(ы), которые применяются для повышения безопасности пациента \*\* |  |
|  |  |  | **Международная цель по безопасности пациента №6****Снизить риск вреда вследствие падений пациента** |  |
| Стандарт 59.0 |  |  | **59.0 Безопасность пациентов повышается за счет первичной и повторной оценки риска падения у применимой группы пациентов, а также за счет профилактических мероприятий и безопасной окружающей среды**  | Новый стандарт разработан в соответствии требованиями Всемирной Организации здравоохранения к обеспечению безопасности пациентов |
|  | 59.1 |  | Разрабатываются политики и процедуры профилактики падений, которые направлены на предотвращение падений и травм от падений. Соответствующий персонал обучается политикам и процедурам \* |  |
|  | 59.2 |  | Политики и процедуры по профилактике падений имеют четкие требования к оценке риска падения с указанием того, каким пациентам должна проводиться первичная оценка риска падения, переоценка риска падения позже, когда, как часто и каким образом |  |
|  | 59.3 |  | Оценка и переоценка риска падения выполняется, когда это требуется и своевременно документируется в медицинской карте \*\* |  |
|  | 59.4 |  | Предпринимаются действия для предотвращения падений и снижения риска падения, включая: визуальное отличие пациентов с высоким риском падения, сопровождение пациентов с высоким риском падения, частые и регулярные сестринские обходы в палатах каждые два часа и другие действия, определенные в политиках |  |
|  | 59.5 |  | Руководство медицинской организации берет на себя обязательство сделать окружение пациента безопасным для предотвращения падений |  |
|  |  |  | **Международная цель по безопасности пациента №7****Безопасное соединение катетеров и трубок**  |  |
| Стандарт 60.0 |  |  | **60.0 Безопасность пациентов повышается за счет предотвращения неправильного соединения катетеров и трубок пациента**  | Новый стандарт разработан в соответствии требованиями Всемирной Организации здравоохранения к обеспечению безопасности пациентов |
|  | 60.1 |  | 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, перед переподключением, или при введении лекарственных средств, растворов или других продуктов \*\* |  |
|  | 60.2 |  | Соединения трубок и катетеров перепроверяются или обговариваются вслух при смене дежурств, при переводе пациента в новое подразделение или службу, или после перемещения (смены положения) пациента |  |
|  | 60.3 |  | По мере необходимости, перед закупом проводится оценка ожидаемой безопасности при использовании трубок и катетеров, чтобы выявить потенциальные шансы неправильных соединений (предпочтение приобретать устройства, которые не соединяемы для различных систем организма) |  |
|  | 60.4 |  | По возможности, 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);
3. уретральные и мочевые устройства;
4. устройства-манжеты для конечностей;
5. нейроаксиальные устройства (спинальные и эпидуральные катетеры и системы для вливания);
6. внутрисосудистые или подкожные устройства.
 |  |
|  | 60.5 |  | Пациенты и члены их семей обучаются уходу за катетерами и трубками и информированы о запрете на самостоятельное подключение или отключение катетеров и трубок  |  |
|  |  |  | **D2: Права пациента** |  |
| Стандарт 61.0 |  |  | **61.0 ДОСТУП К МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ****Доступ к медицинской помощи облегчается для лиц с ограниченными возможностями и особыми потребностями**  | Критерий 15.6 стандарта 15.0 Права пациента и семьи 2-ой версии выделен в стандарт 61.0 3 версииПрава пациентов с ограниченными возможностями и особыми потребностями необходимо обеспечивать в соответствии с законодательными актами республики Казахстан |
|  | 61.1 |  | Вход в здание имеет пути, доступные для колясок и с перилами (поручнями) |  |
|  | 61.2 |  | У входа являются доступными кресла-коляски или детские коляски в зависимости от обслуживаемого населения |  |
|  | 61.3 |  | Если пациент с потенциально высоким риском падения не сопровождается, охранник или сотрудник регистратуры (ресепшн) или другие назначенные люди обучаются тому, чтобы организовать сопровождение |  |
|  | 61.4 |  | Туалеты пациента, палаты пациента и другие области, определенные в больнице, имеют кнопки вызова или другие средства вызова помощи со стороны персонала |  |
|  | 61.5 |  | Выполняются другие национальные правила (законодательные акты Республики Казахстан) для лиц с ограниченными физическими возможностями (например, требования к обозначению туалетов и маршруты для инвалидов) |  |
| Стандарт 62.0 |  |  | **62.0 ПОЛИТИКИ И ПРОЦЕДУРЫ ПО ПРАВАМ И ОБЯЗАННОСТЯМ ПАЦИЕНТА****Медицинская организация выполняет политики и процедуры, направленные на соблюдение прав пациента и определяет обязанности пациента и членов семьи** | В соответствии с требованиями международных стандартов аккредитации медицинской организации необходимо разработать и утвердить политики и процедуры по правам и обязанностям пациента с информированием пациента и семьи, обучением персонала организации по уважению прав пациентов на практике |
|  | 62.1 |  | Права и обязанности пациентов и членов семьи перечисляются в документе, который доступен для пациентов в письменной форме в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан \*\* |  |
|  | 62.2 |  | В соответствии с законодательными актами Республики Казахстан руководство медицинской организации перечисляет другие права и обязанности пациента для улучшения пациент-ориентированного ухода (например, разрешение членам семьи пациента посещать и длительное время присутствовать в отделении реанимации) и предоставляет ресурсы для их соблюдения с учетом ментальности, культуры \* |  |
|  | 62.3 |  | Пациенты информируются о своих правах, обязанностях и о солидарной ответственности за свое здоровье, которое включает информирование врача о предыдущих заболеваниях, лечении, обследованиях, а также следование рекомендациям медицинского персонала (комплаентность) |  |
|  | 62.4 |  | Персонал уважает предпочтения и выбор пациентов во время ухода, например, как сотрудники обращаются к пациенту, касательно одежды (если это не нарушает этические нормы), личного ухода и гигиены (за исключением риска безопасности), питания и напитков (если это не запрещено или не ограничено), деятельности, интересов, неприкосновенности частной жизни и касательно посетителей  |  |
|  | 62.5 |  | Персонал обучается соблюдению прав пациентов и уважает права пациентов на практике |  |
| Стандарт 63.0 |  |  | **63.0 БАРЬЕРЫ К ПОЛУЧЕНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ** **Выявляются и снижаются барьеры к получению медицинской помощи** | Новый стандарт В соответствии с требованиями законодательных актов Республики Казахстан медицинской организации необходимо выявлять и снижать барьеры к получению медицинской помощи, такие как: языковой, культурные и духовные предпочтения и другие прописанные в данном стандарте  |
|  | 63.1 |  | Имеется достаточно знаков (указателей), в том числе к подъездным путям к зданию, которые видны и понятны, чтобы помочь посетителям и пациентам ориентироваться в здании и вне здания |  |
|  | 63.2 |  | Пациенты с языковым барьером получают помощь переводчика или персонала или члена семьи, чтобы облегчить получение медицинской помощи |  |
|  | 63.3 |  | Организация выявляет другие барьеры в медицинском уходе и принимает меры по их снижению  |  |
|  | 63.4 |  | Персонал выявляет какие-либо особые культурные или духовные предпочтения пациентов и не ограничивает доступ пациентов к духовной помощи |  |
|  | 63.5 |  | Право пациента на личную безопасность и охрану соблюдается через систему охраны и определенный организацией уровень ответственности по защите имущества пациента от потери в соответствии с законодательством Республики Казахстан |  |
| Стандарт 64.0 |  |  | **64.0 ПРИВАТНОСТЬ И КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ ИНФОРМАЦИИ****Соблюдаются права пациента на неприкосновенность частной жизни (приватность), конфиденциальность информации, достойное и уважительное отношение к пациенту в соответствием Республики Казахстан** | Новый стандарт внедрен в соответствии с международными требованиями |
|  | 64.1 |  | Соблюдается право пациента на приватность при осмотрах, обследованиях и транспортировке |  |
|  | 64.2 |  | Конфиденциальность информации о пациенте сохраняется в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан |  |
|  | 64.3 |  | Существуют политики и процедуры, утвержденные руководством медицинской организации по соблюдению конфиденциальности информации о пациенте и защите информации \* |  |
|  | 64.4 |  | Сотрудники обучаются требованиям по соблюдению конфиденциальности информации о пациенте |  |
|  | 64.5 |  | Персонал проявляет достойное и уважительное отношение к пациенту на всех этапах лечения  |  |
| Стандарт 65.0 |  |  | **65.0 ЖАЛОБЫ И ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ****Жалобы пациентов расследуются и разрешаются своевременно и объективно** | Разработан отдельный стандарт в связи с важностью своевременного и объективного разрешения жалоб пациентов |
|  | 65.1 |  | Пациенты информируются о том, как выразить жалобу, предложение и отзыв, и такая информация доступна в каждом подразделении, оказывающем медицинскую помощь  |  |
|  | 65.2 |  | Жалобы, предложения и отзывы пациентов собираются из нескольких источников  |  |
|  | 65.3 |  | Жалобы пациентов расследуются своевременно и объективно в течение определенного законодательными актами Республики Казахстан периода времени |  |
|  | 65.4 |  | Пациент или члены семьи информируются о результатах расследования жалоб |  |
|  | 65.5 |  | На основе анализа жалоб, предложений и отзывов с целью улучшения опыта пациента или снижения рисков принимаются действия на системном уровне |  |
| Стандарт 66.0 |  |  | **66.0 ОБЩЕЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ****Медицинской организацией внедряются политики и процедуры получения общего информированного согласия от пациента или лица, принимающего решения от имени пациента** | Критерий выделен в отдельный стандарт в связи со значимостью внедрения политик и процедур по получению общего информированного согласия от пациентаили лица, принимающего решения от имени пациента |
|  | 66.1 |  | Медицинской организацией внедряются политики и процедуры, описывающие получениеобщего информированного согласия на лечение в медицинской организации и утверждена форма общего информированного согласия \* |  |
|  | 66.2 |  | Персонал вовлекает пациента в их собственный уход, получая письменное общее информированноесогласие на лечение |  |
|  | 66.3 |  | Персонал информирует пациентов или родственников о выборе ухода и лечения и области действия общего информированного согласия |  |
|  | 66.4 |  | Персонал информирует пациентов или родственников о том, какие виды лечения, процедуры и исследования требуют специального информированного согласия |  |
|  | 66.5 |  | В общем информированном согласии оговаривается, может ли вестись фото- и видеосъемка в целях безопасности или для рекламы и если да, то когда |  |
| Стандарт 67.0 |  |  | **67.0 СПЕЦИАЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ****Внедряются политики и процедуры о получении специального информированного согласия от пациента или лиц, принимающих решения за пациента перед определенными процедурами и видами лечения**  | Критерий выделен в отдельный стандарт в связи с важностью внедрения политик и процедур по получению специального информированного согласия от пациентаперед определенными процедурами и видами лечения |
|  | 67.1 |  | Руководством медицинской организации утверждаются политики и процедуры, описывающие получениеспециального информированного согласия и перечень ситуаций, требующих получение специального информированного согласия \* |  |
|  | 67.2 |  | Формы информированных согласий утверждаются руководством медицинской организации и заполняются с указанием идентификации пациента, фамилии и подписи врача, даты, времени, подписи пациента или члена семьи или записи об устном согласии пациента или записи о невозможности получить письменное согласие |  |
|  | 67.3 |  | Персонал вовлекает пациента в их собственное лечение и уход, получая письменно специальное информированное согласие перед процедурами и видами лечения, определенными организацией |  |
|  | 67.4 |  | Персонал информирует пациентов или их семьи о предлагаемом виде лечения, рисках (возможных осложнениях) и альтернативных методах лечения  |  |
|  | 67.5 |  | Информированное согласие берется и документируется в медицинской карте перед любой операцией, процедурой высокого риска, анестезией и седацией, перед участием в научном проекте или в экспериментальном лечении и в других ситуациях, определенных медицинской организацией \*\* |  |
| Стандарт 68.0 |  |  | **68.0 ОТКАЗ ОТ ЛЕЧЕНИЯ****Пациент информирован о праве на отказ от предложенной медицинской помощи** | Выделен в отдельный стандарт в связи с важностьюинформированности пациента о праве на отказ от предложенной медицинской помощи**.** Внедрен в соответствии с международными стандартами  |
|  | 68.1 |  | Руководством медицинской организации утверждаются политики и процедуры, описывающие право пациента на отказ от предложенной медицинской помощи полностью или частично, от продолжения лечения или от госпитализации с учетом законодательных актов Республики Казахстан \* |  |
|  | 68.2 |  | Форма отказа от предложенной медицинской помощи утверждается руководством медицинской организации и существует процесс документации отказа пациента от определенного лечения, части лечения или от госпитализации |  |
|  | 68.3 |  | Пациент получает второе мнение о лечении от другого врача или другой организации без страха ухудшения взаимоотношения с врачом |  |
|  | 68.4 |  | Если временное покидание стационара пациентом разрешается медицинской организацией, определяется процесс временного отпуска пациента \* |  |
|  | 68.5 |  | Персонал уважает право пациента отказаться от лечения и информирует о возможных рисках, осложнениях вследствие отказа и об альтернативных видах лечения |  |
| Стандарт 69.0 |  |  | **69.0 НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ****Участие пациента в научных исследованиях или экспериментальном лечении проводится с соблюдением прав пациента и законодательных актов Республики Казахстан** | Новый стандартвнедрен в связи с проведением научных исследований или экспериментального лечения в медицинских организациях. |
|  | 69.1 |  | Создается и работает Комиссия по этике (локальный этический комитет), который наблюдает за проведением научных исследований с вовлечением пациента или экспериментального лечения \*\* |  |
|  | 69.2 |  | В политиках и процедурах, утвержденных медицинской организацией прописываются функции Комиссии по этике, включающие обзор научного исследования, анализ ожидаемых преимуществ и рисков для безопасности пациента и принятие решения о проведении исследования \*\* |  |
|  | 69.3 |  | Руководством медицинской организации определяется лицо, осуществляющее контроль за проведение и координацию научного исследования с вовлечением пациента (главный исследователь) |  |
|  | 69.4 |  | Перед началом исследования пациентом или членом семьи подписывается информированное согласие на участие в научном исследовании с указанием идентификации пациента, фамилии и подписи врача, даты, времени, подписи пациента или члена семьи  |  |
|  | 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 |  |
| Стандарт 70.0 |  |  | **70.0 ОБУЧЕНИЕ СТУДЕНТОВ И КУРСАНТОВ****Образование медицинских студентов и курсантов на базе медицинской организации проводится в соответствии с утвержденными медицинской организацией документами** | Новый стандартВнедрен в связи с нахождением медицинских студентов и курсантов на базах медицинских организаций и необходимостью обеспечения безопасности пациентов  |
|  | 70.1 |  | Определяется порядок контроля образовательного процесса, а также лицо, осуществляющее контроль образовательного процесса со стороны медицинской организации  |  |
|  | 70.2 |  | В медицинской организации имеется список всех обучающихся студентов и курсантов и документы, подтверждающие их учебный статус \*\* |  |
|  | 70.3 |  | Для студентов и курсантов определяется уровень самостоятельности в оказании медицинской помощи (что имеют право делать под наблюдением, а что самостоятельно) \*\* |  |
|  | 70.4 |  | Студентам и курсантам предоставляется необходимый уровень контроля и оценки навыков |  |
|  | 70.5 |  | Студенты и курсанты проходят инструктаж и обучаются по качеству, инфекционному контролю и другим ключевым требованиям медицинской организации \*\* |  |
|  |  |  | **D3: Основы клинического ухода** |  |
| Стандарт 71.0 |  |  | **71.0 ПРИЕМ АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ****Процесс приема амбулаторных пациентов стандартизуется** | Новый стандарт внедрен в связи с необходимостью внедрения в медицинской организации политик и процедур, описывающих прием амбулаторных пациентов в первой точке контакта, триажа |
|  | 71.1 |  | Внедряются политики и процедуры, описывающие процесс приема амбулаторных пациентов. В первой точке контакта, пациент проходит осмотр /обследование с целью оценки его состояния для определения приемлемости услуг организации \* |  |
|  | 71.2 |  | Внедряются политики и процедуры, описывающие процесс эффективного ухода и процедуры триажа (сортировки) для определения пациентов, требующих незамедлительных действий (критерии приоритетности срочных, неотложных пациентов) |  |
|  | 71.3 |  | Пациенты, требующие незамедлительных действий, получают приоритетное право на осмотр и лечение  |  |
|  | 71.4 |  | Персонал обучается критериям приоритетности срочных, неотложных пациентов, на основе которых определяется потребность пациента в плановой или неотложной помощи |  |
|  | 71.5 |  | Пациенты, требующие незамедлительных действий, осматриваются и стабилизируются в пределах имеющихся возможностей организации, затем направляются или госпитализируются в соответствующую службу \* |  |
| Стандарт 72.0 |   |  | **72.0 КОНСУЛЬТАЦИЯ АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ** **Процесс регистрации, осмотра и ведения амбулаторных пациентов стандартизуется** | Новый стандартВнедрен в связи с важностью стандартизации процесса регистрации, осмотра и ведения амбулаторных пациентов |
|  | 72.1 |  | Внедряются политики и процедуры, описывающие процессрегистрации, осмотра и ведения амбулаторныхпациентов \* |  |
|  | 72.2 |  | Имеется график приема (консультации) врачей для пациентов доступен (смотреть критерий 11.1) |  |
|  | 72.3 |  | Врач, осматривающий пациента по основному заболеванию, либо иное определенное лицо координирует лечение пациента на амбулаторном этапе |  |
|  | 72.4 |  | При выполнении назначений лекарственных средств в поликлинике, дневном стационаре, процедурных кабинетах соблюдаются единые политика медицинской организации по назначению, документации выполненного назначения и мониторингу состояния пациента (смотреть критерии 48.4; 51.1; 52.1-52.4, 53.1-53.5) |  |
|  | 72.5 |  | В амбулаторной карте пациента содержится информация об основных текущих и перенесенных заболеваниях пациента, постоянно принимаемых лекарственных средств, аллергиях, операциях, контактные данные и адрес проживания пациента |  |
| Стандарт 73.0 |  |  | **73.0 ПАЦИЕНТЫ ГРУППЫ РИСКА** **Медицинская организация определяет пациентов группы риска и процедуры высокого риска** | Новый стандарт разработан в связи с необходимостью определенияпациентов группы риска и процедур высокого рискав медицинской организации, обеспечивающих повышение качества медицинских услуг и безопасность пациентов |
|  | 73.1 |  | Медицинской организацией определяются пациенты группы риска, которые из-за своего состояния не могут выражать свое мнение или требуют особого обращения с ними: 1. дети;
2. ослабленные пожилые люди;
3. терминальные/ умирающие пациенты;
4. пациенты в коме или на поддерживающей терапии в реанимации;
5. пациенты, получающие диализ;
6. пациенты с эмоциональными или психическими расстройствами;
7. жертвы насилия или невнимательного обращения;
8. инфекционные пациенты;
9. другие группы на усмотрение медицинской организации.
 |  |
|  | 73.2 |  | Внедряются политики и процедуры, описывающие особенности осмотра, лечения, ухода, обращения с пациентами группы риска.На постоянной основе проводится оценка рисков, в связи с лечением и уходом за пациентами групп риска \* |  |
|  | 73.3 |  | Форма осмотра пациента по необходимости дополняется информацией, важной для пациентов группы риска (модификация формы осмотра) |  |
|  | 73.4 |  | Персонал обучается политикам и требованиям, связанным с лечением пациентов группы риска |  |
|  | 73.5 |  | При выявлении жертв насилия или невнимательного обращения, организация контактирует с заинтересованными социальными, правоохранительными органами и иными организациями |  |
| Стандарт 74.0 |  |  | **74.0 ПЕРВИЧНЫЙ ОСМОТР ПАЦИЕНТА****Первичный осмотр является информативным для определения потребностей пациента и составления первоначального плана лечения \***  | Критерий выделен в новый стандарт в связи с важностью утверждения законодательными актами Республики Казахстан и (или) руководством медицинской организации политик и процедур по содержанию первичного осмотра пациента |
|  | 74.1 |  | Первичный осмотр включает в себя сбор анамнеза, аллергологический анамнез, подробный медикаментозный анамнез, оценку боли, жизненно-важные показатели, физикальное обследование, и если применимо, локальный статус  |  |
|  | 74.2 |  | Уполномоченным органом либо медицинской организацией утверждаются формы первичного осмотра для всех видов специальностей врачей (и если применимо, для медицинских сестер), которые проводят осмотр пациентов (смотреть критерий 18.1) |  |
|  | 74.3 |  | Записи в медицинской карте, включая осмотры, являются доступными персоналу, задействованному в лечении и уходе за пациентом  |  |
|  | 74.4 |  | Только квалифицированные специалисты проводят осмотры на основе их образования, квалификации и навыков, подтвержденных документами |  |
|  | 74.5 |  | Первичный осмотр включает в себя социально-экономический статус и эмоциональный статус пациента  |  |
| Стандарт 75.0 |  |  | **75.0 ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ И УХОДА****Индивидуальный план лечения своевременно документируется и включает в себя цели или желаемые результаты лечения \*** | В связи с важностью документирования плана лечения и ухода выделен стандарт 75.0 |
|  | 75.1 |  | План лечения разрабатывается врачом на основе первичного осмотра, предыдущих осмотров, результатов обследований |  |
|  | 75.2 |  | В разработку плана лечения вовлекается команда (врач, медицинская сестра и другие специалисты)  |  |
|  | 75.3 |  | План лечения включает цели или желаемые результаты лечения  |  |
|  | 75.4 |  | План лечения соответствует утвержденным, основанным на доказательной базе клиническим протоколам или руководствам по лечению (смотреть также стандарт 10.0)  |  |
|  | 75.5 |  | План лечения своевременно отражается в листах назначения врача и пациенту назначаются необходимые консультации специалистов, исследования, лекарственная и иная терапия |  |
| Стандарт 76.0 |  |  | **76.0** **ПРОГРАММА УПРАВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИМИ НЕИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ****Внедряется программа управления хроническими неинфекционными заболеваниями для обеспечения партнерских отношений пациентов с персоналом и повышения качества оказания медицинской помощи \*** | Новый стандарт внедрен в связи с внедрением в Республике Казахстан Программы управления хроническими неинфекционными заболеваниями |
|  | 76.1 |  | Разрабатывается программа и внедряется процесс управления хроническими неинфекционными заболеваниями (оценка статуса прикрепленного населения, формирование стратегий по ведению пациентов, утверждение списков пациентов, индикаторов мониторинга и т.д.)  |  |
|  | 76.2 |  | Руководством медицинской организации определяются ответственные лица для реализации программы по управлению хроническими неинфекционными заболеваниями из числа руководителей медицинской организации, врачей, медицинских сестер и прочего персонала (мультидисциплинарная команда) |  |
|  | 76.3 |  | Проводится обучение пациентов и сотрудников для реализации процессов по управлению хроническими неинфекционными заболеваниями (самоменеджмент, ведение карт наблюдения, регистров и т.д.) |  |
|  | 76.4 |  | Проводится мониторинг для оценки эффективности мероприятий по управлению хроническими неинфекционными заболеваниями |  |
|  | 76.5 |  | Результат аудита применяется для обратной связи с медицинским персоналом, обучения сотрудников и других мероприятий для улучшения деятельности |  |
| Стандарт 77.0 |  |  | **77.0 ПОВТОРНЫЕ ОСМОТРЫ ПАЦИЕНТА****Состояние пациента наблюдается и документируется в динамике**  | Критерий выделен в новый стандарт в связи с важностью разработок политик и процедур повторных осмотров пациента для повышения качества оказания медицинских услуг медицинской организацией |
|  | 78.1 |  | Состояние пациента наблюдается и документируется в динамике с целью оценки достижения целей или желаемых результатов от плана лечения |  |
|  | 77.2 |  | Повторные осмотры пациента проводятся регулярно в течение острой фазы заболевания и при хронической неострой фазе заболевания, в соответствии с политиками и процедурами медицинской организации, или чаще, в зависимости от состояния пациента \* |  |
|  | 77.3 |  | План лечения обновляется, когда меняется состояние, диагноз пациента или на основе новой информации или по результатам повторных осмотров  |  |
|  | 77.4 |  | Повторные осмотры пациента документируются в виде дневниковых записей врача (если применимо, также дневниковых записей медицинской сестры) с указанием состояния пациента в динамике |  |
|  | 77.5 |  | При появлении признаков ухудшения состояния пациент направляется или госпитализируется в соответствующую службу \* |  |
| Стандарт 78.0 |  |  | **78.0 ПЛАНИРОВАНИЕ ВЫПИСКИ (ДЛЯ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА)****Планирование выписки начинается**  **пункта первого контакта пациента с медицинской организацией \*** | Выделен в отдельный стандарт в связи с необходимостью внедрения в медицинских организациях планирования выписки с первого дня лечения |
|  | 78.1 |  | Планирование выписки начинается с пункта первого контакта пациента с медицинской организацией  |  |
|  | 78.2 |  | Планирование выписки вовлекает пациентов и их семьи, когда это необходимо |  |
|  | 78.3 |  | Планирование выписки включает контакты (взаимодействие) с другими медицинскими организациями или внешними учреждениями в целях содействия непрерывности медицинской помощи |  |
|  | 78.4 |  | Планирование выписки учитывает социальные, духовные и культурные потребности пациента или семьи  |  |
|  | 78.5 |  | Планирование выписки документируется в медицинской карте и обновляется по мере необходимости  |  |
| Стандарт 79.0 |  |  | **79.0 ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ****Выписка содержит ключевую информацию об оказанной медицинской помощи \*** | Критерий 17.13 выделен в отдельный стандарт в связи с важностью выписки, включающей ключевую информацию об оказанной медицинской помощи пациенту  |
|  | 79.1 |  | Готовность пациента к выписке определяется состоянием пациента и показаниями к выписке |  |
|  | 79.2 |  | Выписка содержит причину госпитализации, основной диагноз, сопутствующие заболевания, ключевые данные осмотров, обследований, проведенное лечение, основные принятые лекарственные средства |  |
|  | 79.3 |  | Выписка содержит состояние пациента на момент выписки и подробные рекомендации по дальнейшему уходу, причины для обращения за медицинской помощью или срок повторных осмотров |  |
|  | 79.4 |  | Копия выписки хранится в медицинской карте, другая копия выписки выдается пациенту и (или) медицинскому работнику, ответственному за дальнейшее лечение пациента |  |
|  | 79.5 |  | Если пациент покинул медицинскую организацию без предупреждения или против рекомендации врача, делаются попытки информировать пациента или членов семьи или врача по месту жительства о рисках и последствиях  |  |
| Стандарт 80.0 |  |  | **80.0 ПЕРЕВОД И ТРАНСПОРТИРОВКА ПАЦИЕНТА** **Перевод пациента согласовывается с принимающей организацией и обеспечивается безопасность транспортировки пациента \*** | Новый стандартВнедрен в соответствии с международной практикой для повышения безопасности пациентов |
|  | 80.1 |  | Перевод пациента в другую медицинскую организацию проводится на основе переводного эпикриза, который содержит причину перевода, проведенное лечение, состояние пациента на момент перевода и дальнейшие рекомендации |  |
|  | 80.2 |  | Устанавливается официальная или неофициальная договоренность с принимающей медицинской организацией о готовности принять пациента |  |
|  | 80.3 |  | При переводе пациента на медицинском транспорте, заполняется транспортировочный лист с указанием состояния пациента во время транспортировки, оказанного лечения, названия принимающей организации и фамилии сопровождающих и принимающих пациента сотрудников  |  |
|  | 80.4 |  | Медицинский транспорт оснащается оборудованием, изделиями медицинского назначения и лекарственными средствами в зависимости от состояния и потребностей пациента и если транспорт принадлежит медицинской организации, проводится регулярная инспекция готовности машины по чек-листу |  |
|  | 80.5 |  | Пациент сопровождается квалифицированным персоналом в зависимости от состояния и потребностей пациента  |  |
| Стандарт 81.0 |  |  | **81.0 ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА И СЕМЬИ****Медицинская организация проводит непрерывное обучение пациентов и семьи качественному, безопасному уходу** | Новый стандарт внедрен в связи с важностью непрерывного обучения пациентов и семьи качественному, безопасному уходу медицинской организацией  |
|  | 81.1 |  | Медицинской организацией разрабатываются политики, процедуры и внедряется процесс обучения пациентов и его семьи качественному, безопасному уходу  |  |
|  | 81.2 |  | Сотрудниками медицинской организации регулярно проводится оценка потребностей в обучении пациента и семьи, результаты оценки своевременно вносятся в медицинскую карту  |  |
|  | 81.3 |  | Обучение пациентов и семьи проводится ответственным персоналом, обладающим необходимыми знаниями, коммуникативными навыками, с учетом потребностей пациентов и семьи |  |
|  | 81.4 |  | Регулярно проводится мониторинг знаний пациента и семьи по качественному и безопасному уходу |  |
|  | 81.5 |  | Результаты мониторинга используются при обучении пациента и семьи и других мероприятий для улучшения деятельности медицинской организации |  |
| Стандарт 82.0 |  |  | **82.0 ОРГАНИЗАЦИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ****Услуги по анестезии и седации являются доступными круглосуточно и соответствуют законодательным актам Республики Казахстан и профессиональным требованиям \*** | Выделен в отдельный стандарт в связи с важностью организации анестезиологической помощи |
|  | 82.1 |  | Руководством медицинской организации определяется квалифицированное лицо, осуществляющее контроль анестезиологической службы и все услуги по анестезии и седации, и его функции прописываются в должностной инструкции |  |
|  | 82.2 |  | Только квалифицированное лицо проводит пред-анестезиологический и пред-седационный осмотр, дает анестезию или седацию и наблюдает за пациентом во время и после анестезии и седации  |  |
|  | 82.3 |  | Оказываемые услуги по седации и анестезии соответствуют законодательным актам Республики Казахстан, а также профессиональным стандартам, протоколам лечения |  |
|  | 82.4 |  | Услуги по седации и анестезии являются доступными для экстренных ситуаций |  |
|  | 82.5 |  | Медицинской организацией разрабатываются и утверждаются формы информированного согласия на анестезию и седацию, и пациенту говорится о преимуществах, рисках (возможных осложнениях) и альтернативах предлагаемой анестезии или седации (смотреть критерий 68.5) |  |
| Стандарт 83.0 |  |  | **83.0 АНЕСТЕЗИЯ****Разрабатываются и внедряются политики, процедуры или руководства по анестезии \*** | Выделен в отдельный стандарт в соответствии с международными требованиями |
|  | 83.1 |  | Перед проведением анестезии анестезиологом проводится и документируется в медицинской карте предварительный осмотр пациента (смотреть критерий 18.1) |  |
|  | 83.2 |  | Непосредственно перед началом анестезии анестезиологом проводится и документируется прединдукционная оценка пациента  |  |
|  | 83.3 |  | Физиологический статус во время анестезии на основе жизненно-важных функций наблюдается и документируется не реже, чем каждые 10 минут для каждого пациента.Примечание: частота документации и жизненно-важные функции, которые должны наблюдаться, зависят от состояния пациента до процедуры, от вида процедуры, от вида анестетика и от профессиональных требований, и четко прописываются в правилах |  |
|  | 83.4 |  | Постанестезиологический статус каждого пациента на основе жизненно-важных функций наблюдается и документируется не реже, чем каждые 30 минут для каждого пациента с указанием времени начала и конца пробуждения |  |
|  | 83.5 |  | Решение о пробуждении и готовности пациента к переводу в клиническое отделение принимается анестезиологом  |  |
| Стандарт 84.0 |  |  | **84.0 СЕДАЦИЯ****Разрабатываются и внедряются политики, процедуры или руководства по седации \*** | Выделен в отдельный стандарт в соответствии с международными требованиями |
|  | 84.1 |  | Перед проведением седации квалифицированный врач проводит и документирует в медицинской карте предварительный осмотр пациента (смотреть критерий 18.1) |  |
|  | 84.2 |  | В политиках и процедурах перечисляются все места, где седация проводится для сопровождения болезненной процедуры (процедурная седация) |  |
|  | 84.3 |  | При проведении процедурной седации являются доступными лекарственные средства и изделия медицинского назначения для оказания экстренной помощи |  |
|  | 84.4 |  | При проведении процедурной седации присутствует лицо, владеющее навыками углубленной реанимационной помощи (врач-анестезиолог либо врач с действующим сертификатом углубленная сердечно-легочная реанимация) |  |
|  | 84.5 |  | Восстановление после седации определяется на основе критериев пробуждения, которые документируются в медицинской карте |  |
| Стандарт 85.0 |  |  | **85.0 КОД СИНИЙ****Услуги реанимации являются доступными по всей организации \*** | Выделен в отдельный стандарт в соответствии с международными требованиями |
|  | 85.1 |  | Круглосуточно на территории медицинской организации являются доступными услуги реанимации (оказание базовой и углубленной сердечно-легочной реанимации или «код синий») |  |
|  | 85.2 |  | Стандартизованный набор лекарственных средств, изделий медицинского назначения и оборудования для оказания базовой и углубленной сердечно-легочной реанимации поддерживается в постоянной готовности |  |
|  | 85.3 |  | Медицинской организацией внедряются политики и процедуры, описывающие порядок оказания базовой и углубленной сердечно-легочной реанимации |  |
|  | 85.4 |  | Углубленная (расширенная) сердечно-легочная реанимация оказывается в течение 3 минут на территории медицинской организации |  |
|  | 85.5 |  | Медицинские работники обучаются оказанию базовой сердечно-легочной реанимации |  |
| Стандарт 86.0 |  |  | **86.0 ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО****Протокол операции составляется своевременно и подробно \*** | Выделен в отдельный стандарт в соответствии с международными требованиями |
|  | 86.1 |  | Вне зависимости от срочности операции, до начала операции врачом проводится предоперационный осмотр и документирует его в виде предоперационного эпикриза в медицинской карте |  |
|  | 86.2 |  | В предоперационном эпикризе содержится обоснование или причина операции, предоперационный диагноз, название планируемой операции |  |
|  | 86.3 |  | Медицинской организацией разрабатываются и утверждаются формы информированного согласия на хирургическое вмешательство, и пациенту говорится о преимуществах, рисках (возможных осложнениях) и альтернативах предлагаемого метода лечения (смотреть критерий 68.5) |  |
|  | 86.4 |  | В течение трех часов после окончания операции, до того, как пациент покинет зону пробуждения, составляется и документируется протокол операции |  |
|  | 86.5 |  | В протокол операции включается: 1. идентификация пациента;
2. послеоперационный диагноз;
3. имя оперировавшего хирурга и его ассистентов;
4. название операции и ход (описание) операции;
5. упоминание осложнений (нет/да);
6. биоматериал, отправленный на гистологическое исследование;
7. объем кровопотери в мл;
8. серийный номер импланта (если применимо);
9. дату, время, подпись хирурга.
 |  |
| Стандарт 87.0 |  |  | **87.0 ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ** **В течение 24 часов после операции составляется совместный послеоперационный план лечения и ухода** | Новый стандарт внедрен в связи с важностью послеоперационного ведения пациента в соответствии с планом.  |
|  | 87.1 |  | Послеоперационный план лечения и ухода составляется врачом совместно с медицинской сестрой и другими задействованными специалистами |  |
|  | 87.2 |  | В послеоперационном плане лечения и ухода содержатся конкретные указания или действия для среднего медицинского персонала и подпись среднего медицинского персонала |  |
|  | 87.3 |  | Послеоперационный план лечения составляется после операции и доступен для медицинского персонала |  |
|  | 87.4 |  | Послеоперационный план лечения отражается в листах назначения врача  |  |
|  | 87.5 |  | При изменении состояния или потребностей пациента, послеоперационный план лечения и ухода обновляется |  |
|  |  |  | **D4: Лабораторные услуги и служба крови** |  |
| Стандарт 88.0 |  |  | **88.0 ОРГАНИЗАЦИЯ ЛАБОРАТОРНОЙ СЛУЖБЫ****Лабораторные услуги являются доступными для удовлетворения нужд пациентов и соответствуют законодательству и профессиональным требованиям \*** | Выделен в отдельный стандарт в соответствии с международными требованиями |
|  | 88.1 |  | Руководством медицинской организации определяется квалифицированное лицо, осуществляющее контроль лабораторных услуг, оказываемых пациентам медицинской организации, в том числе оказываемых субподрядными организациями по договору |  |
|  | 88.2 |  | Только квалифицированными лицами проводятся и интерпретируются лабораторные исследования |  |
|  | 88.3 |  | Оказываемые лабораторные услуги соответствуют законодательным актам Республики Казахстан |  |
|  | 88.4 |  | Определенные лабораторные услуги являются доступными круглосуточно для экстренных ситуаций, возникающих во внерабочее время (если применимо) |  |
|  | 88.5 |  | Лабораторные услуги, оказываемые субподрядными организациями по договору, контролируются через индикаторы или требования, прописываются в договоре, и при неудовлетворительном качестве услуг принимаются меры \*\* |  |
| Стандарт 89.0 |  |  | **89.0 ВРЕМЕННЫЕ РАМКИ ИССЛЕДОВАНИЙ****Определяются временные рамки на каждый вид лабораторного исследования \*** | Выделен в отдельный стандарт в соответствии с международными требованиями |
|  | 89.1 |  | На каждый вид лабораторного исследования определяются временные рамки, в течение которых должен быть готов результат исследования |  |
|  | 89.2 |  | Результаты лабораторных исследований сообщаются своевременно |  |
|  | 89.3 |  | Ответственным лицом проводится мониторинг своевременности выполнения экстренных лабораторных исследований |  |
|  | 89.4 |  | На каждый вид лабораторного исследования определяются границы нормы, которые по возможности указаны в бланке с результатом исследования и при необходимости пересматриваются |  |
|  | 89.5 |  | Определяются критические (значительно отклоненные от нормы) результаты лабораторных исследований, при выявлении которых персонал лаборатории в течение 30 минут информирует врача или пост стационарного отделения (смотреть критерии 56.1 и 56.3)  |  |
| Стандарт 90.0 |  |  | **90.0 ОБРАЩЕНИЕ С БИОМАТЕРИАЛОМ ПАЦИЕНТА****Процессы сбора, идентификации и маркировки, транспортировки, утилизации биоматериала пациента стандартизуются \*** | Выделен в отдельный стандарт в соответствии с международными требованиями |
|  | 90.1 |  | Прописывается и выполняетсяпроцесс назначения лабораторного исследования врачом и выписывания направления в лабораторию |  |
|  | 90.2 |  | Прописывается и выполняетсяпроцесс сбора биоматериала, его идентификации и маркировки |  |
|  | 90.3 |  | Прописывается и выполняетсяпроцесс безопасной транспортировки, обращения с биоматериалом пациента |  |
|  | 90.4 |  | Прописывается и выполняетсяпроцесс приема лабораторией, регистрации, отслеживания и хранения биоматериала пациента |  |
|  | 90.5 |  | Вышеуказанные требования выполняются субподрядными организациями, выполняющими лабораторные исследования для пациентов организации |  |
| Стандарт 91.0 |  |  | **91.0 ЛАБОРАТОРНАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ****Внедряется и выполняется программа лабораторной безопасности, взаимосвязанная с инфекционным контролем и безопасностью здания \*** | Выделен в отдельный стандарт в соответствии с международными требованиями |
|  | 91.1 |  | Сотрудники лаборатории защищаются от рисков через ношение средств индивидуальной защиты, специальной одежды, пользование защитным оборудованием и устройствами (например, очки, ламинарный шкаф) |  |
|  | 91.2 |  | Все сотрудники лаборатории обучаются основам лабораторной безопасности при трудоустройстве и периодически в ответ на инциденты, при получении нового оборудования или изменении методов работы \*\* |  |
|  | 91.3 |  | В программе лабораторной безопасности запрещается в рабочих зонах лаборатории есть, пить, курить, применять косметику, прикасаться к контактной линзе или к губам |  |
|  | 91.4 |  | Инциденты, связанные с безопасностью (например, укол иглой, контакт с биоматериалом), сообщаются и по ним принимаются корректирующие меры (смотреть критерии 9.2; 26.5; 43.5) |  |
|  | 91.5 |  | Раз в год или чаще лицо, ответственное за лабораторные услуги, выступает с отчетом по лабораторной безопасности на заседании Комиссии по безопасности здания |  |
| Стандарт 92.0 |  |  | **92.0 КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА В ЛАБОРАТОРИИ****Проводится внутренний и внешний контроль качества лабораторных услуг** | Выделен в отдельный стандарт в связи с важностью внутреннего и внешнего контроля качества лабораторных услуг |
|  | 92.1 |  | Медицинской организацией проводится внутренний контроль качества лабораторных услуг через оборудование или вручную путем выборочной перепроверки результатов исследований |  |
|  | 92.2 |  | Внутренний контроль качества проводится регулярно (желательно ежедневно) и не требует документации, если выполняется автоматически на оборудовании  |  |
|  | 92.3 |  | Проводится внешний контроль качества лабораторных услуг через референс-лабораторию или выборочную перепроверку биоматериала внешней организацией |  |
|  | 92.4 |  | Внешний контроль качества проводится раз в год и подтверждается документально \*\* |  |
|  | 92.5 |  | При неудовлетворительном результате внутреннего или внешнего контроля качества, принимаются корректирующие действия |  |
| Стандарт 93.0 |  |  | **93.0 ЛАБОРАТОРНОЕ ОБОРУДОВАНИЕ****Лабораторное оборудование поддерживается в рабочем состоянии** | Выделен в отдельный стандарт в связи с важностьюподдерживания лабораторного оборудования в рабочем состоянии |
|  | 93.1 |  | Все лабораторное оборудование регулярно инспектируется, поддерживается, калибруется, и эти действия документируются (смотреть критерии 44.1 – 44.5) |  |
|  | 93.2 |  | Лабораторное оборудование обслуживается сотрудниками организации или за счет договора с внешней организацией  |  |
|  | 93.3 |  | Все сотрудники обучаются работе с оборудованием, с которым они работают |  |
|  | 93.4 |  | Если лабораторное оборудование находится вне лаборатории и им пользуются сотрудники клинических отделений, то они обучаются работе с оборудованием от руководителя или сотрудника лаборатории |  |
|  | 93.5 |  | Ежеквартально руководителем или сотрудником лаборатории проверяются все единицы лабораторного оборудования, которое находится вне лаборатории (тестирование реагентов или функций оборудования) \*\* |  |
|  |  |  | **D5: Служба лучевой диагностики** |  |
| Стандарт 94.0 |  |  | **94.0 ОРГАНИЗАЦИЯ СЛУЖБЫ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ****Услуги лучевой диагностики являются доступными для удовлетворения нужд пациентов и соответствуют законодательным актам Республики Казахстан** | Выделен в отдельный стандарт в связи с важностью выполнения контроля качества и соблюдения требований законодательства Республики Казахстан и профессиональных стандартов при организации службы лучевой диагностики |
|  | 94.1 |  | Руководством медицинской организации определяется квалифицированное лицо, осуществляющее контроль за услуги лучевой диагностики, оказываемые для пациентов медицинской организации |  |
|  | 94.2 |  | Только квалифицированными лицами проводятся и интерпретируются радиологические, ультразвуковые и другие виды исследования в лучевой диагностике |  |
|  | 94.3 |  | Оказываемые услуги лучевой диагностики соответствуют законодательным актам Республики Казахстан |  |
|  | 94.4 |  | Определенные услуги лучевой диагностики являются доступными круглосуточно для экстренных ситуаций, возникающих во внерабочее время (если применимо) |  |
|  | 94.5 |  | Услуги лучевой диагностики, оказываемые субподрядными организациями по договору, контролируются через индикаторы или требования, прописываются в договоре, и при неудовлетворительном качестве услуг принимаются меры \*\*  |  |
| Стандарт 95.0 |  |  | **95.0 ВРЕМЕННЫЕ РАМКИ ИССЛЕДОВАНИЙ****Определяются временные рамки на каждый вид исследования в лучевой диагностике \*** | Выделен в отдельный стандарт в соответствии с международными требованиями |
|  | 95.1 |  | На каждый вид радиологического исследования (рентген, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография) определяются временные рамки, в течение которых должно быть готово заключение  |  |
|  | 95.2 |  | Заключение радиологических исследований готовится своевременно |  |
|  | 95.3 |  | Проводится мониторинг своевременности выполнения экстренных радиологических исследований |  |
|  | 95.4 |  | Во внерабочее время снимок или диск с радиологическим исследованием может выдаваться дежурному/ лечащему врачу без заключения при условии, что врач имеет привилегию по интерпретации исследования (смотреть критерии 24.1 и 27.3) |  |
|  | 95.5 |  | Определяются критические (значительно отклоненные от нормы) результаты радиологических исследований, при выявлении которых персонал информирует врача или ответственных лиц (смотреть критерии 56.1 и 56.3)  |  |
| Стандарт 96.0 |  |  | **96.0 РАДИАЦИОННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ****Внедряется и выполняется программа радиационной безопасности, взаимосвязанная с инфекционным контролем и безопасностью здания \*** | Выделен в отдельный стандарт в связи с важностью **в**недрения и выполнения программы радиационной безопасности, взаимосвязанной с инфекционным контролем и безопасностью здания |
|  | 96.1 |  | Сотрудники защищаются от радиации через ношение рентген-защитной одежды, пользование защитными устройствами, ношение индивидуальных дозиметров  |  |
|  | 96.2 |  | Все сотрудники радиологической службы обучаются основам радиационной безопасности при трудоустройстве и периодически в ответ на инциденты, при получении нового оборудования или изменении методов работы \*\* |  |
|  | 96.3 |  | Программа радиационной безопасности включает проверку защитных свойств всей рентген-защитной одежды каждые два года, проверку фона радиации в помещении раз в год и ежеквартальный контроль индивидуальных дозиметров \*\* |  |
|  | 96.4 |  | Инциденты, связанные с безопасностью или несоблюдением радиационной безопасности сообщаются и по результатам работы с инцидентами принимаются корректирующие меры (смотреть критерии 9.2; 26.5; 43.5) |  |
|  | 96.5 |  | Раз в год лицо, ответственное за радиационную безопасность, выступает с отчетом по радиационной безопасности на заседании Комиссии по безопасности здания  |  |
| Стандарт 97.0 |  |  | **97.0 РАДИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОРУДОВАНИЕ****Радиологическое оборудование поддерживается в рабочем состоянии** | Выделен в отдельный стандарт в связи с важностью поддержания радиологического оборудования в рабочем состоянии |
|  | 97.1 |  | Все оборудование по лучевой диагностике (рентген, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультра- звуковое исследование и другие) регулярно инспектируется, поддерживается, калибруется и эти действия документируются (смотреть критерии 44.1 – 44.5) |  |
|  | 97.2 |  | Оборудование по лучевой диагностике обслуживается сотрудниками организации или за счет договора с внешней организацией  |  |
|  | 97.3 |  | Все сотрудники обучаются работе с оборудованием, с которым они работают |  |
|  | 97.4 |  | Есть список всего оборудования по лучевой диагностике |  |
|  | 97.5 |  | Требования к технической спецификации и характеристикам закупаемого оборудования по лучевой диагностике определяются специалистом по лучевой диагностике  |  |
| Стандарт 98.0 |  |  | **98.0 КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА В РАДИОЛОГИИ****Проводится внутренний и внешний контроль качества радиологических исследований** | Выделен в отдельный стандарт в связи с важностью проведения внутреннего и внешнего контроля качества радиологических исследований для безопасности пациентов и сотрудников |
|  | 98.1 |  | Внутренний контроль качества проводится регулярно (желательно ежедневно) и не требует документации, если выполняется автоматически на оборудовании  |  |
|  | 98.2 |  | Ежегодно проводится внешний контроль качества путем выборочной перепроверки заключения внешним экспертом («второе чтение») |  |
|  | 98.3 |  | Существует список внешних экспертов с контактными данными, к которым может обратиться организация при сомнительном, сложном случае («второе чтение») \*\* |  |
|  | 98.4 |  | Знания, квалификация внешних экспертов подтверждается документально |  |
|  | 98.5 |  | При неудовлетворительных данных контроля качества принимаются меры |  |